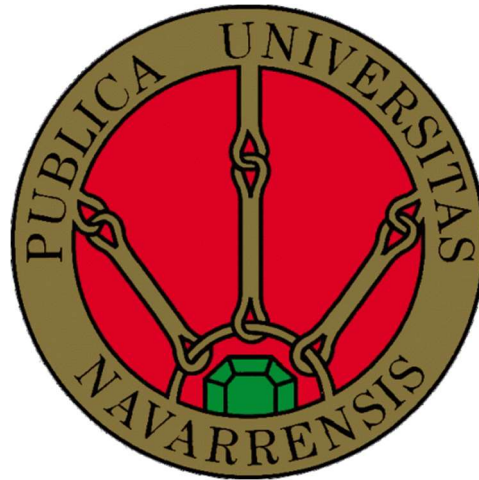


# UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MÁSTER UNIVERSITARIO EN SALUD PÚBLICA



TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Programa para la prevención, asesoramiento y  
asistencia de personas afectadas por grupos de  
persuasión coercitiva  
en Navarra**

Autor:

Luis María Berrueta Maeztu

Tutora:

Ana Carmen San Martín Luis

Pamplona, 2023

---

Fue el mejor de los tiempos y también el peor; la edad de la sabiduría y de la locura; la época de la fe y de la incredulidad; la era de la luz y de las tinieblas; la primavera de la esperanza y el invierno de la desesperación. Parecía que lo teníamos todo y no teníamos nada. Íbamos directamente hacia el cielo pero nos extraviábamos por el camino opuesto.

Charles Dickens (1)

Dicen que no existe nadie más vulnerable a creerse algo falso que aquél que necesita que esa mentira sea cierta.

Lorena Pronsky. Del poema "Interés mentiroso". (2)

No hay mayor infelicidad que vivir metida en una mentira y no ser consciente de ello.

Ana Azanza Elío (3)

Dña. Ana Carmen San Martín Luis, profesora asociada de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra

**HAGO CONSTAR:**

Que el presente Trabajo de Fin de Máster titulado **“PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN, ASESORAMIENTO Y ASISTENCIA DE PERSONAS AFECTADAS POR GRUPOS DE PERSUASIÓN COERCITIVA EN NAVARRA”**, trabajo original de D. Luis María Berrueta Maeztu, estudiante del Máster Universitario en Salud Pública de la Universidad Pública de Navarra en el curso 2022-2023, ha sido elaborado bajo mi dirección y cuenta con el Visto Bueno para su defensa.

En Pamplona, a 10 de Septiembre de 2023



Fdo: Ana Carmen San Martín Luis

## Agradecimientos

---

Todo proyecto tiene una historia, y quiero empezar agradeciendo a todas aquellas personas que de algún modo forman parte de esa chispa que me animó a empezar este trabajo fin de máster tan específico: Alberto Pérez Pastor sj, Marcos Rad, Marc Vilarasau sj, Patxi Álvarez sj, Eduardo Bofill, Carlos Gurpegui, José Ramón Bellido, Sonia Alfaro, Chus Ciriza y muchas otras personas por quienes siento también un gran aprecio y cariño.

Concretar las ideas y los sueños en algo real no es en ocasiones tarea fácil, por eso quiero agradecer especialmente a todas aquellas personas que me ayudaron y apoyaron con este proyecto: a mis compañeras en la Red de Salud Mental de Navarra; a mis compañeras terapeutas ocupacionales de Navarra (Cristina Rubio, Pilar Durán, Iosune Roncal, Susana Aldaz, entre otras) y de otros rincones (Sergio Guzmán, Miguel Ángel Talavera, Patricia Sanz, etc); a amigas (Inma Ariñez, Clara Madoz, etc); a las personas con sufrimiento psicosocial o problemas de salud mental, de quienes no dejo de aprender cada día; a las personas que han padecido o padecen manipulación y abuso psicológico o espiritual; a mis amigos del barrio y a mi hermano José Ignacio, a quienes tanto debo; a mi amigo José Luis Mosquera, por echarme un cable cuando lo necesito; a mis cuñados José Luis, Carlos y Miguel ángel, que siempre están ahí; y a mis compañeras de máster por su generosidad, especialmente a Lorca Fernández.

Gracias a los expertos en este ámbito que me dedicaron su tiempo, me facilitaron contactos y me aportaron interesantes ideas: Juantxo Domínguez y Mariano Marín (de Redune), José Miguel Cuevas (psicólogo del Programa de Atención a víctimas y familiares de dependencias grupales de Marbella), y todos aquellos que han publicado artículos o libros sobre esta temática que he leído y disfrutado en estos últimos años (grupo invictus, Antelo, Santamaría, Sayans, Bardavío, Perlado, Jara, Merino, Moyano, etc).

Gracias sobre todo a mis padres, José Luis y Sagrario, por los valores que me enseñaron con su vida, especialmente el valor de la libertad, la honestidad y la sencillez; a Chus, mi mujer, y a mis 3 hijos: Miguel, Iñaki y Javier, por su tiempo y todo su apoyo, especialmente por su amor y por motivarme para intentar ser cada día un poco mejor.

Gracias también a la Dra. Inés Aguinaga por su orientación al comienzo del proyecto y a la Dra. Ana Carmen Martín por la tutorización de este trabajo. Gracias a ambas por estar tan pendientes de los detalles.

**Cláusula de género:** “En caso de aparecer en el texto de este TFM sustantivos de género gramatical masculino o femenino para referirse a colectivos, deberá entenderse que se emplean para designar de forma genérica a individuos de ambos sexos, sin que dicho uso comporte intención discriminatoria alguna. Esta opción lingüística tiene como única finalidad facilitar la lectura del documento y lograr una mayor economía en la expresión”.

# Índice

---

Agradecimientos.....	4
<b>Glosario de términos.....</b>	<b>10</b>
<b>1.Introducción .....</b>	<b>11</b>
1.1. Justificación .....	12
1.2. Antecedentes .....	15
1.2.1. Revisión Bibliográfica .....	15
1.2.2. Definición de Grupo de Persuasión Coercitiva.....	19
1.2.3. Clasificación de los Grupos de Persuasión Coercitiva .....	28
1.3. Situación actual en Navarra.....	34
1.3.1. Salud mental y bienestar emocional en Navarra.....	39
1.3.2. La Red de Salud Mental de Navarra .....	45
1.4. Adecuación a los planes de salud de Navarra .....	52
1.5. La repercusión de los Grupos de Persuasión Coercitiva en la salud.....	56
1.5.1. Daños relacionados con la salud mental.....	57
1.5.2. Diagnóstico DAFO.....	64
1.5.3. Método Hanlon de priorización .....	65
1.5.4. Análisis de riesgos.....	67
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>68</b>
2.1. Objetivo general.....	69
2.2. Objetivos específicos .....	69
<b>3. Metodología y desarrollo del programa.....</b>	<b>70</b>
3.1 Población de referencia.....	71
3.2 Selección de la población de intervención. Criterios de inclusión y exclusión .....	71
3.3 Actividades para alcanzar los objetivos.....	73
3.3.1 Selección del recurso de la Red de Salud Mental de Navarra y los profesionales para la ejecución del programa.....	73
3.3.2 Preparación del equipo para iniciar el programa .....	74
3.3.3 Divulgación del programa.....	75
3.3.4 Formación de los profesionales sanitarios sobre los Grupos de Persuasión Coercitiva .....	75
3.3.5 Programa Preventivo .....	77
3.3.6 Prevención Primaria.....	79
3.3.7 Prevención secundaria .....	82
3.3.8 Prevención Terciaria.....	89
<b>4. Cronograma .....</b>	<b>103</b>
4.1. Cronograma .....	104
<b>5. Recursos humanos y materiales .....</b>	<b>105</b>

5.1. Equipo sanitario que desarrolle el proyecto .....	106
5.2. Recursos materiales: fungible e inventariable.....	110
5.3. Presupuesto estimado.....	111
<b>6. Documentos de autorización.....</b>	<b>113</b>
<b>7. Información y divulgación.....</b>	<b>114</b>
7.1. Información a otros recursos y personas.....	115
7.2. Nota de prensa para los medios de comunicación.....	115
<b>8. Evaluación del proyecto y de los resultados alcanzados.....</b>	<b>117</b>
8.1. Indicadores Cuantitativos y Cualitativos.....	118
<b>9. Bibliografía.....</b>	<b>122</b>
<b>10. Anexos.....</b>	<b>132</b>
10.1. ANEXO 1. Búsqueda bibliográfica.....	133
10.2. ANEXO 2. Taxonomía de dificultades psicosociales en supervivientes de grupos abusivos.....	140
10.3. ANEXO 3. Folleto informativo sobre sectas coercitivas .....	142
10.4. ANEXO 4. Las 25 actitudes para la prevención integral .....	144
10.5. ANEXO 5. Cuentos.....	148
10.6. ANEXO 6. Folleto de Bienestar Emocional .....	150
10.7. ANEXO 7. Comportamientos que indican nivel de adhesión. ....	151
10.8. ANEXO 8. Preguntas para primera entrevista con la familia.....	153
10.9. ANEXO 9. Preguntas guía en relación al grupo.....	154
10.10. ANEXO 10. Taxonomía de las estrategias de abuso psicológico en grupos.....	156
10.11. ANEXO 11. Criterios diagnósticos propuestos por AIS para el Síndrome de Dependencia Grupal .....	157
10.12. ANEXO 12. Escala de Abuso Psicológico (GPA-S).....	158
10.13. ANEXO 13. Escala de Detección de Persuasión Coercitiva (EDPC).....	159
10.14. ANEXO 14. Psychological Abuse Experience In Groups Scale (PAEGS) .....	161
10.15. ANEXO 15. Emotional Distress Scale in Survivors of Abusive Groups (EDS-SAG) .....	162
10.16. ANEXO 16. Inventory of Psychosocial Difficulties in survivors of Abusive Groups (IPD-AG) .....	163
10.17. ANEXO 17. Definición de Terapia Ocupacional (TO) .....	164
10.18. ANEXO 18. Esquema del Modelo de la Ocupación Humana.....	165
10.19. ANEXO 19. Técnicas de tratamiento o intervención en TO.....	166
10.20. ANEXO 20. Comparación del Abuso psicológico en contextos de pareja y grupos coercitivos.....	168
10.21. ANEXO 21. Grupos de Persuasión Coercitiva, cine y series .....	170
<b>11. Resumen / Abstract.....</b>	<b>173</b>

## TABLAS

**Tabla 1:** Ecuaciones de búsqueda

**Tabla 2:** Diferencias entre religiones legítimas y sectas religiosas

**Tabla 3:** La escalera de necesidades

**Tabla 4:** Clasificación de las sectas

**Tabla 5:** Posición de Navarra respecto a otras Comunidades Autónomas en el IMCV

**Tabla 6:** Salud autopercebida

**Tabla 7:** Bienestar general y necesidad de atención en salud mental según el nivel socioeconómico.

**Tabla 8:** Bienestar general y necesidad de atención en salud mental según edad

**Tabla 9:** Actividad asistencial de los hospitales de día de salud mental en Navarra

**Tabla 10:** Número de personas ingresadas en Hospital de Día 1 en los últimos 13 años

**Tabla 11:** Matiz DAFO

**Tabla 12:** Método Hanlon de priorización

**Tabla 13:** Análisis de riesgos del programa

**Tabla 14:** Criterios de inclusión y de exclusión

**Tabla 15:** Guía de la presentación del programa

**Tabla 16:** Anuncio del curso de formación sobre Grupos de Persuasión Coercitiva

**Tabla 17:** Tipos de prevención

**Tabla 18:** Programa de formación escolar de AIS

**Tabla 19:** Taller de formación escolar

**Tabla 20:** Familias, ¿qué hacer y qué no hacer?

**Tabla 21:** Principales áreas de ajuste post-secta

**Tabla 22:** Intervención psicológica

**Tabla 23:** Intervenciones de los terapeutas ocupacionales

**Tabla 24:** Cronograma del programa

**Tabla 25:** Presupuesto estimado del programa

**Tabla 26:** Indicadores de evaluación en prevención primaria

**Tabla 27:** Indicadores de evaluación en prevención secundaria

**Tabla 28:** Indicadores de evaluación en prevención terciaria



## IMÁGENES

**Imagen 1:** Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección bibliográfico

**Imagen 2:** Población navarra a 1 de enero de 2022

**Imagen 3:** Satisfacción vital en la Comunidad Foral de Navarra en 2020

**Imagen 4:** Auto-valoración de la salud en el día

**Imagen 5:** Auto-valoración de la salud en el último año

**Imagen 6:** Adscripción religiosa población joven de Navarra

**Imagen 7:** Número de personas que han recibido atención en salud mental en la Comunidad Foral de Navarra

**Imagen 8:** Evolución del absentismo laboral en Navarra

**Imagen 9:** Distribución de infraestructuras y población TIS por áreas de salud, 2022

**Imagen 10:** Porcentaje de gasto por ámbitos en 2022

**Imagen 11:** Porcentaje de gasto por ámbitos y capítulos económicos en 2022

**Imagen 12:** Recursos de la Gerencia de Salud Mental de Navarra

**Imagen 13:** Osasunbidea: caminando por la salud

**Imagen 14:** Necesidades humanas

**Imagen 15:** Ocupaciones

**Imagen 16:** Folleto informativo del programa

**Imagen 17:** Definición de terapia ocupacional de la WFOT

**Imagen 18:** Definición de terapia ocupacional de Berrueta

## Glosario de términos

---

### Abreviatura Término

GPC	Grupo de Persuasión Coercitiva
APG	Abuso Psicológico en Grupos
SD	Secta Destructiva
NMR	Nuevos Movimientos Religiosos
RSMN	Red de Salud Mental de Navarra
SALSA	Seach, AppaisoL, Synnthesis and Analysis
ICSA	International Cultic Studies association
IJCAM	International Journal of Coercion, Abuse, and Manipulation
FECRIS	European Federation of Centres of Research and Information on Cults and Sects
RedUNE	Red de prevención del sectarismo y del abuso de la debilidad
AIS	Asociación “Atención e Investigación de Socioadicciones”
RIES	Red Iberoamericana de Estudio de las Sectas
AIAP	Asociación Iberoamericana para la Investigación del Abuso Psicológico
FAPES	Fundación Argentina Para el Estudio de las Sectas
(NA)STAT	Instituto de Estadística de Navarra
IMCV	Indicador Multidimensional del Calidad de Vida
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
UPNA	Universidad Pública de Navarra
OMS	Organización Mundial de la Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
SNS-O	Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea
RSMN	Red de Salud Mental de Navarra
MOHO	Modelo de la Ocupación Humana
BOE	Boletín Oficial del Estado (España)
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

# **1.Introducción**

---

## 1.1. Justificación

---

La World Health Assembly consideró en 1996 la violencia como una prioridad de salud pública internacional (4).

En este trabajo se plantea una propuesta para dar respuesta a un tipo de violencia interpersonal que tradicionalmente ha estado menos visibilizada, como es la violencia psicológica, que cuando se ejerce de manera continuada se denomina abuso psicológico. El **abuso psicológico** es un proceso en el que se aplican sistemáticamente estrategias de presión, control, manipulación y coacción. Concretamente, nos centraremos en el abuso psicológico grupal, es decir, cuando éste es ejercido en determinados contextos grupales con el objetivo de someter a la víctima a un grupo, siendo perpetrado el abuso por los miembros del propio grupo, y consiguiendo así la obediencia y conformidad de la víctima hacia las figuras de autoridad, así como una extrema dependencia del grupo (4).

Un grupo abusivo puede formarse alrededor de cualquier contenido, siendo las conductas abusivas que tienen lugar dentro de estos grupos, y no su ideología, lo que más les caracteriza, ya que el sistema de creencias no es más que una herramienta que sirve a los deseos y objetivos de las figuras de autoridad del grupo. (4)

Tal como afirma Perlado (5), lo que preocupa de las sectas no son sus doctrinas, sino sus prácticas. Las doctrinas e ideas que sostienen funcionan como una pantalla atractiva al mundo. La doctrina externa busca seducir y envolver, calmar y dar sentido, a través de mensajes armoniosos, de síntesis, integración, conexión, realización, iluminación o ayuda a los demás. La doctrina interna dará explicación a las prácticas transgresoras que se pondrán en marcha, y tiene que ver con un relato y un estilo de relación que hacen que la persona se sienta como la escogida, que está a otro nivel y que está destinada a una tarea trascendente que tan solo podrá alcanzar a través de la vinculación con el grupo.

Debido a que estos grupos pueden variar enormemente en tamaño e ideología, y tienen a menudo unas características camaleónicas, es difícil disponer de cifras de prevalencia, por tanto, los datos que aportan diferentes estudios hay que tomarlos con cautela.

Según señala Antelo (4) “A nivel global, a comienzos de la década de los noventa se estimó que aproximadamente un 1% de la población general estaba directamente involucrada en un grupo abusivo (Bird y Reimer, 1982; Zimbardo y Hartley, 1989). En Norte América, algunos recursos indican que hay al menos 5.000 grupos abusivos en Estados Unidos y Canadá (Singer, 2003), con alrededor de 2.500.000 miembros (McCabe et al., 2007). De este número de miembros, se estima que aproximadamente un 5% de ellos han sido personas que han nacido o crecido dentro del grupo (McCabe et al., 2007)”.

Cuevas (6) señala que “Tan sólo en España se calcula que unas 500.000 personas están envueltas en grupos sectarios coercitivos, con más de 150 grupos operando, si bien esta cifra sólo es, probablemente, la punta del iceberg”.

Santamaría (7) hizo un estudio al respecto en 2014 y calculó que en España había unos 400.000 adeptos que forman parte de al menos 350 sectas presentes en el país, lo que coincide con los resultados de trabajos similares en otros países occidentales, que apuntan a que cerca de un 1% de la población pertenece a grupos sectarios.

En un reciente simposio (8) Santamaría, tras comentar el último libro que ha publicado (9) donde analiza 99 sectas de origen cristiano presentes en España, reflexionaba del siguiente modo: “Si de 354 sectas que identifiqué en el año 2014, 43 eran de origen cristiano (eso es el 12% redondeando), haciendo una regla de tres, si ahora de las 43 han pasado a ser 99, las 354 serían más de 800, ¿qué hago cuando me pregunten cuántas sectas hay en España?, ¿respondo que hay 800?. No, pero es que la cifra es falsa también, seguro que son más... Y todas las que están sin estar, ese sectarismo 3.0”.

Un estudio (10) llevado a cabo por la entidad “Atención e Investigación de Socioadicciones” (AIS) en 2005 constata que existían activos 89 grupos u organizaciones de abuso psicológico en Cataluña de las que había información contrastada. Respecto al número de seguidores, el mismo estudio afirma que hay allí como mínimo 54.316 personas vinculadas (socios o colaboradores) a grupos de manipulación psicológica.

Para Cervero y Álvarez (11) la magnitud del problema en España es relevante, puesto que se estima que el porcentaje de personas pertenecientes a grupos

sectarios (unos 250 grupos) ronda el 0,9 % de la población, un porcentaje similar al de otros países europeos, que en España se traduce en unos 400.000 afectados.

Trasladar este mismo porcentaje a Navarra supone en torno a 6.000 personas afectadas. Paradójicamente, es un fenómeno muy invisibilizado, que solo salta a la luz cuando hay algún acontecimiento trágico, por ejemplo, como sucedió en Navarra el pasado 19 de mayo de 2022 cuando falleció en Corella un niño de 3 años, perteneciente a la comunidad de las 12 tribus, al ingerir accidentalmente agua oxigenada. (12)

Tal como señala Sayans (13), “el fenómeno sectario en España comenzó a destacarse en la década de 1980, periodo en el que una multitud de jóvenes perdió o arruinó su vida a causa de las drogas, y otros muchos, aún influenciados por los ideales del movimiento hippie, encontraron un destino similar en las garras de líderes sectarios. Las consecuencias de la droga resultaron ser tan devastadoras que pronto comenzaron a emerger subvenciones destinadas a campañas de prevención y centros de desintoxicación. La **alienación grupal** (que fue considerada como el segundo problema de mayor impacto entre la juventud española de aquella época), no obtuvo el mismo respaldo desde las administraciones públicas...”.

Así, para Santamaría (7) “Hablamos de un problema real que afecta con gran intensidad y que no es afrontado correctamente ni por la sociedad en general ni por la justicia, las administraciones públicas y las fuerzas del orden en particular”.

El resultado de todo ello, según señala el mismo autor, es que “las familias y personas dañadas por la acción de las sectas se hallan en la mayor parte de los casos en un total desamparo y falta de información y orientación. No sólo no encuentran quien pueda ayudarlas de forma práctica y concreta, profesional y especializada, sino que apenas hallan quien sea capaz de una básica comprensión de lo que les ha sucedido para orientarlas y resituirlas”.

Carmona et al (14) consideran “la pertenencia a sectas destructivas como un problema de salud pública, ya que no sólo es causa de un elevado número de psicopatologías individuales, sino que además la proliferación de este tipo de grupos es síntoma de disfunciones en las estructuras sociales”.

La pertenencia a grupos de persuasión coercitiva es considerada por algunos autores dentro de las nuevas formas de esclavitud, hablamos por tanto también de derechos humanos.

Como señala Santamaría (15) “Urge que las administraciones públicas ofrezcan ayuda a las víctimas de las sectas y a las familias que sufren este problema. Afrontar el tema legalmente es difícil y requiere tiempo; lo entiendo. Pero para ayudar a las víctimas, que es algo ineludible, sólo hacen falta voluntad de los organismos públicos y recursos concretos para ello”.

También indica que “Lo más urgente y necesario, lo primero, desde luego, es ofrecer cauces de ayuda concreta (y gratuita) a las víctimas de sectas”. “Y lo segundo, que tanto los que tienen que impartir justicia y las fuerzas policiales, como los profesionales de salud mental y de los servicios sociales, reciban una formación adecuada sobre este tema” (16).

No hay que olvidar, tal como nos recuerda Tello (17), que “las personas que han estado involucradas en un grupo abusivo suelen ser revictimizadas y estigmatizadas, y tienen acceso a recursos de recuperación menos especializados, en comparación con los supervivientes de otros tipos de abusos”.

Este trabajo pretende ser una propuesta concreta y factible desde el ámbito sanitario para comenzar a subsanar en Navarra las consecuencias de esta grave problemática social en la salud mental de las personas, ayudándolas a vivir sus necesidades personales de un modo lo más saludable posible.

## 1.2. Antecedentes

---

En este apartado realizamos una revisión de la bibliografía, nos adentramos en las definiciones de lo que entendemos por Grupo de Persuasión Coercitiva (GPC), y analizaremos algunas de las clasificaciones existentes.

### 1.2.1. Revisión Bibliográfica

---

Para llevar a cabo este trabajo, se ha realizado una scoping review aplicando el framework SALSA (Search, Appraisal, Synthesis and Analysis) y siguiendo el

protocolo PRISMA para scoping reviews. Tal y como sugieren Pastor-Ramón y Rovira (18), cuando analizamos la bibliografía se recomienda el uso combinado de diferentes herramientas o sistemas de información de tal modo que éstos se complementen entre sí para poder tener una imagen completa de cuál es la situación respecto a un tema. Así, inicialmente se realizó una aproximación al tema buscando en Semantic Scholar y Google Academic.

Posteriormente, el 28 de Marzo de 2023, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Wos, Scopus, Pubmed, Dialnet y Dimensions.

Los criterios de inclusión fueron: artículos de investigación y revisión publicados en los últimos 10 años, en inglés o español. Se excluyeron: documentos duplicados y falsos positivos. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: “cults” and “health” en inglés, y “sectas” y “salud” en español.

A continuación se detallan las ecuaciones de búsqueda, el número de resultados obtenido y los seleccionados una vez revisados título y resumen:

<b>Base de datos</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Resultados</b>	<b>Selección</b>
<b>Web of Science</b>	“cults” and “health” desde 2013 a 2023	34	7
<b>Scopus</b>	TITLE-ABS KEY ( "cults" AND "health" ) AND ( LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2023 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2022 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2021 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2020 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2019 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2018 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2017 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2016 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2015 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2014 ) OR LIMIT- TO ( PUBYEAR, 2013 ) )	256	7
<b>Pubmed</b>	(“cults”[All Fields] AND “health”[All Fields] AND (2013:2023[pdat])	8	3
<b>Dialnet</b>	“sectas” and “salud”	14 artículos y 2 tesis	4
<b>Dimensions</b>	“cults” AND “health”; Publication Year: (2023 OR 2022 OR 2021 OR 2020 OR 2019 OR 2018 OR 2017 OR 2016 OR 2015 OR 2014 OR 2013)	313	15

**Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda. Fuente: Elaboración propia**



Los artículos seleccionados se recogen en la primera parte del anexo 1.

Posteriormente, a la vista de que es un tema invisibilizado también en las principales bases de datos académicas, se llevó a cabo una revisión de la bibliografía inversa. Este método consiste en que, a partir del análisis de la bibliografía de los documentos primarios recuperados en la búsqueda sistemática realizada, se seleccionan los documentos fuente originales, y básicamente consiste en la técnica “tirar del hilo”. Para ello se revisó la bibliografía que aparece en las tesis de postgrado y libros en español encontrados sobre esta temática, comenzando por los más recientes. Este proceso llevó a bases documentales donde hay abundante información, pero cuyo análisis es de enorme dificultad al carecer dichas bases de herramientas de búsqueda y análisis apropiadas.

La International Cultic Studies Association (ICSA) cuenta con numerosos recursos bibliográficos (<https://www.icsahome.com/elibrary>) que lamentablemente no aparecen indexadas en las principales bases de datos consultadas. Otras publicaciones antiguas de ICSA se pueden encontrar en: <https://www.icsahome.com/icsa-publications>.

Se revisaron las siguientes revistas de ICSA, específicas de la temática que nos atañe:

- “International Journal of Coercion, Abuse, and Manipulation” (IJCAM): <https://www.ijcam.org/>

- “ICSA Today”: <https://www.icsahome.com/icsa-publications/icsatoday>

En España, la Asociación Iberoamericana para la Investigación del Abuso Psicológico (AIIAP) publica una revista de investigación sobre abuso psicológico, que también se revisó:

- “Traspasos”: <https://www.iiap.org/revista/>

Igualmente se revisaron las publicaciones realizadas por el grupo de investigación “Invictus Investigación” (<http://www.ub.edu/invictus/>), especialmente en la línea de investigación “Grupos Abusivos”: <http://www.ub.edu/invictus/publicaciones/grupos-abusivos/>. Hay que destacar el importante trabajo entre investigadores de diferentes universidades, que se refleja en una considerable producción científica, solo en dicha página se pueden

encontrar 19 artículos (12 en fechas de 2013 a 2023). Además de las ponencias en diferentes jornadas y congresos.

En los últimos meses se siguió de cerca las siguientes webs:

- European Federation of Centres of Research and Information on Cults and Sects (FECRIS): <https://www.fecris.org/>
- Red Iberoamericana de Estudio de las Sectas (RIES): <http://info-ries.blogspot.com/>
- Red de prevención del sectarismo y del abuso de debilidad (RedUNE): <https://www.redune.org.es/>
- Atención e Investigación de Socioadicciones (AIS): <https://ais-info.org/>
- Educasectas: <https://educasectas.org/>
- Clínica de psicología Miguel Perlado: <https://miguelperlado.com/>

Una vez realizada esta segunda fase de búsqueda, se seleccionaron 71 artículos (se recogen en la segunda parte del anexo 1), que se añadieron a los 28 anteriores.

A continuación se detalla la estrategia utilizada:

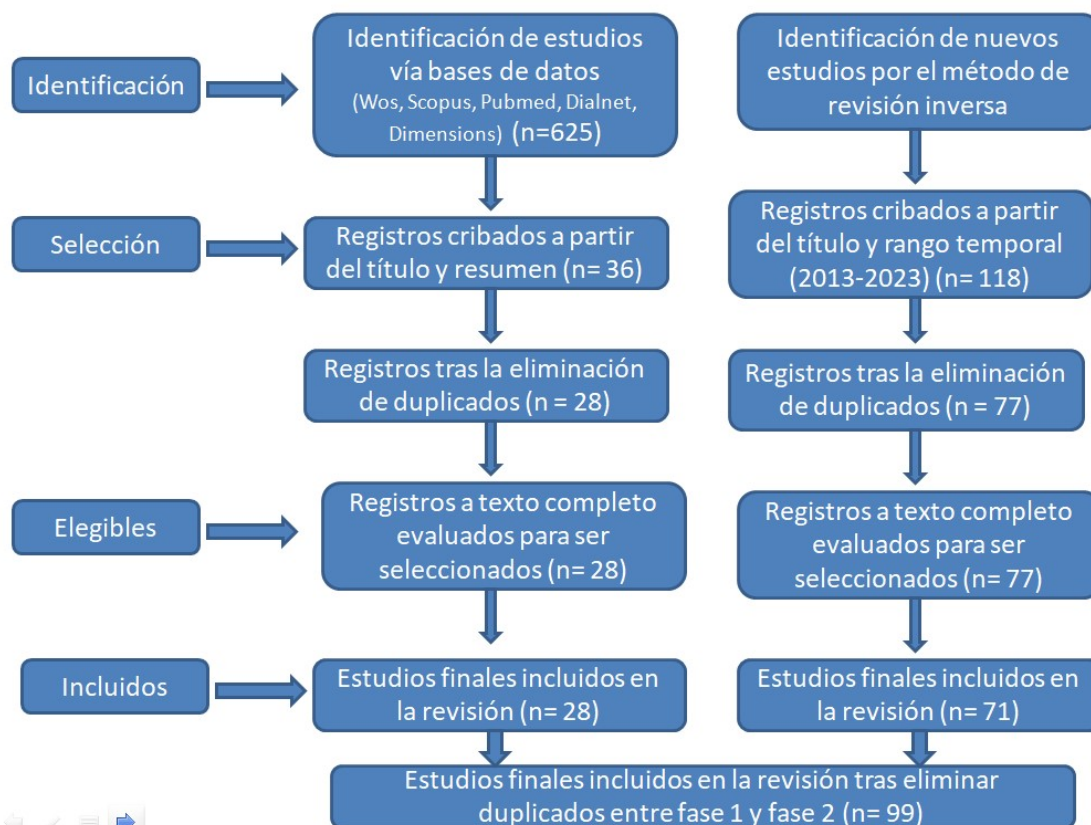


Imagen 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de bibliografía. Fuente: Elaboración propia

### 1.2.2. Definición de Grupo de Persuasión Coercitiva

---

Existe una gran dificultad para desarrollar un consenso de lo que realmente es una secta, y a lo largo de los años se han propuesto una variedad de propuestas para acercarse a este fenómeno. Para Farías (19) “Quizás sea esto consecuencia de las propias características del sectarismo, un fenómeno muy vasto, amplio y caleidoscópico, un fenómeno que no permite encasillarlo en una sola definición”.

Así, a lo largo de los últimos años, se han utilizado variadas expresiones, desde diferentes paradigmas de estudio y autores, para referirse a este tema: Lavado de cerebro; Control mental; Reforma del pensamiento; Dominio o control persuasivo; Persuasión coercitiva; Abuso psicológico grupal; Grupos de manipulación y de abuso de la debilidad; Socioadicción; Grupo dependencia; Alienación grupal; Grupos alienantes; Sectas destructivas; Sectas coercitivas; Grupos de persuasión coercitiva; Grupos de dinámica sectaria; Derivas sectarias o grupos con funcionamiento sectario; Nuevos movimientos religiosos; Sectas 2.0; Sectas 3.0..... son algunos de los términos más utilizados. En su tesis doctoral, Cuevas (6) realiza un análisis de los principales conceptos análogos para referirse a este fenómeno.

En este TFM utilizaremos preferentemente los conceptos “**Grupo de persuasión coercitiva**” (GPC), “**Grupo de abuso psicológico**”, salvo cuando se cite a un autor, en cuyo caso se respetará su propia denominación.

Esta dificultad para delimitar y visibilizar este fenómeno es debida principalmente a varias causas:

- a) la amplitud del fenómeno, con diversidad de grupos, con gran capacidad de adaptación, variabilidad y variedad que muestran en cuanto a sus características (tamaño, estructura, técnicas y disfraces utilizados).
- b) su poder y su capacidad para influir en la sociedad por diferentes medios; su capacidad de marketing y de silenciar a quienes denuncian sus métodos; su victimismo.
- c) la connotación negativa que adquieren con el tiempo los términos utilizados para definir este universo, que por un lado hace que todos los grupos huyan de ellos, y por otro que los términos utilizados acaben finalmente “contaminados”.

d) su dinamismo, y la gran diversidad de formas que pueden llegar a adoptar (en el ámbito de la empresa, política, salud, religión, asistencia social, educación, etc), utilizando a menudo el mismo grupo diferentes vías.

e) La diversidad de significados que se han atribuido a lo largo de la historia al término secta, así como la ambigüedad y zonas grises existentes para diferenciar lo legítimo de lo perjudicial, así como las responsabilidades individuales de las grupales o colectivas.

Ya en su mismo origen, la palabra “secta” tiene una doble acepción etimológica. Por un lado proviene de “sequi”, es decir, seguimiento de una manera de vivir, o de una escuela filosófica o una línea de conducta política, religiosa o doctrinal. Por otro lado proviene de “sectio, secare”, que indica sección, segmentación o separación de una iglesia. (5)

Jara (20) señala que “no existe una definición de “secta” que sea considerada universalmente válida por todos los profesionales del tema. No obstante, existen varias buenas definiciones de cierta aceptación entre los profesionales pero no demasiado aceptadas”.

Urra (21) además de aportar su propia definición ha recopilado 12 definiciones de secta. Entre ellas queremos destacar las elaboradas por:

Lagone (1988): “Grupo o movimiento, que exhibe una devoción excesiva a una persona, idea o cosa y que emplea técnicas antiéticas de manipulación para persuadir y controlar a sus adeptos; diseñadas para lograr las metas del líder del grupo; trayendo como consecuencias actuales o posibles, el daño a sus miembros, a los familiares de éstos o a la sociedad en general”.

Santamaría (2018): “Grupo que hace una propuesta alternativa de sentido al hombre, pero en el que se está dando un abuso espiritual y una manipulación que acaba con la libertad de sus miembros”.

No obstante, Santamaría afirma (22) que después de 25 años estudiando el fenómeno sectario aún no ha propuesto su propia definición.

Algunas de las definiciones que considero más significativas y representativas en los últimos años son las siguientes:

Para Pepe Rodríguez (23) “Una Secta Destructiva (SD) será todo aquel grupo que, en su dinámica de captación y/o adoctrinamiento, utilice técnicas de persuasión coercitiva que propicien la destrucción (desestructuración) de la personalidad previa del adepto o la dañen severamente. El que, por su dinámica vital, ocasione la destrucción total o severa de los lazos afectivos y de comunicación efectiva del sectario con su entorno social habitual y consigo mismo. Y, por último, el que su dinámica de funcionamiento le lleve a destruir, a conculcar, derechos jurídicos inalienables en un Estado de Derecho.”

Farías (19), abordando el sectarismo desde la psicología, prefiere la definición de Margaret Singer, quien emplea la expresión “relaciones sectarias” para referirse de forma más precisa a los procesos e interacciones que se dan en una secta. Así, una relación sectaria “es aquella en la que una persona induce intencionalmente a otras a volverse total o casi solamente dependientes de ella respecto de casi todas las decisiones importantes de la vida e inculca en esos seguidores la creencia de que ella posee algún talento, don o conocimiento especial”. Según esta autora, el rótulo “secta” se refiere a tres factores: a) el origen del grupo y el rol del líder; b) la estructura de poder o relación del líder y los seguidores; c) la utilización de un programa coordinado de manipulación psicológica o lo que más comúnmente se denomina “lavado de cerebro”. Para Farías esta definición incluye 3 elementos clave para analizar el sectarismo: el vínculo de dependencia líder-adepto, la influencia del grupo y la manipulación psicológica.

Rodríguez-Carballeira et al. (24) denominan abuso psicológico en grupos a “un proceso de aplicación sistemática y continuada de estrategias de presión, control, manipulación y coerción con el objetivo de dominar a otras personas para lograr su sumisión al grupo”.

“Esta definición se basa en 3 elementos básicos que permiten caracterizar el fenómeno: a) el carácter abusivo de las estrategias; b) la continuación de la duración de su aplicación; y c) el fin último de estas estrategias, a saber, la sumisión de los miembros del grupo”. “Esta definición se centra en la propia

acción abusiva, sin mencionar sus posibles consecuencias para las personas afectadas”.

Perlado (5) define secta como “un grupo que, con independencia de sus doctrinas, exige progresivamente de sus seguidores una convicción, devoción y dedicación excesivas hacia una persona, idea u objeto, con un funcionamiento de grupo codependiente y en el que se ha institucionalizado una relación de dominio y control (mediante la distorsión de la información y de las propias percepciones, anulando el pensamiento autónomo, controlando poco a poco las relaciones personales, fomentando una dependencia excesiva, inculcando miedos al abandono...), siempre en beneficio del líder (o líderes) y provocando un daño real (o posible) sobre sus miembros, la familia o la sociedad en su conjunto”.

Creemos oportuna la reflexión de Perlado (5), al referir que la idea absoluta de secta no existe como tal, ya que es una noción tipo con la que comparamos el funcionamiento de numerosos grupos. Así, considera que existe un continuum entre dos extremos, por un lado, los grupos saludables (que potencian la autonomía) y por el otro el de los grupos con un funcionamiento sectario (que estimulan la dependencia existencial), y existen muchos otros grupos que se mueven en esa franja de continuidad.

Perlado (5) diferencia 3 conceptos: comportamientos sectarios, derivas sectarias y sectas.

**Comportamientos o actitudes sectarias** se refieren al modo en que los grupos realizan ciertas actividades o a alguno de sus principios, y es algo natural en algunos momentos en las relaciones humanas y en las organizaciones sociales.

**Deriva sectaria** dentro de un grupo es la constatación de comportamientos sectarios que cristalizan y se institucionalizan a lo largo del tiempo y de forma idéntica en diversos lugares.

**Secta** es una designación que caracteriza una estructura de grupo y un funcionamiento determinados: estructura de grupo que gira en torno a una autoridad única autoproclamada e incuestionable, en la que se ha institucionalizado la relación de dominio, instaurando un funcionamiento basado en una intensa codependencia que deriva progresivamente hacia grados

significativos de control psicológico, y que genera niveles variables de daño psicológico y/o espiritual.

Para Perlado (5), el concepto de secta es un marco de referencia con el que se contrasta la información disponible de un grupo determinado, y para ello ofrece algunos elementos guía para identificar cuándo un grupo funciona como una secta, que resumo a continuación:

1.- Son grupos jerarquizados, dominados por un líder o gurú con un legado trascendente e incuestionable.

2.- Tienen una interpretación de la realidad propia que consideran exclusiva, que tratan de imponer descalificando otras realidades.

3.- Ofrecen un modelo de transformación estándar a las personas, un programa que vale para todos, sin respetar las diferencias de sus seguidores ni la autonomía personal.

4.- Seducen y emiten falsas promesas a diversos niveles. Existe una doble agenda y un doble discurso.

5.- Utilizan a las personas, sus capacidades y recursos como instrumentos para beneficio del grupo, de un modo explotador.

6.- Funcionamiento parasitario, explotan las inquietudes y necesidades de las personas, e inoculan sentimientos de miedo y/o culpabilidad si se abandona el grupo.

7.- Originan rupturas en diversos ámbitos: modo de pensar, familia, relaciones anteriores, trabajo, etc.

8.- Ideología intolerante hacia otros movimientos o estilos de vida.

9.- Intentan camuflarse o aprovecharse de las instituciones sociales.

A modo de síntesis, y siguiendo un símil con la naturaleza, Jara (25, 20, 22) define Secta como “un grupo social depredador que practica el mimetismo y el señuelo”.

Jara (25) realiza un análisis profundo y pormenorizado de las diferentes definiciones de secta, proponiendo a partir de ahí una definición que consideramos muy apropiada.

Sayans (13) comparte esta misma visión de Jara, al afirmar que “las sectas son agrupaciones que alienan a sus adeptos para sacar de ellos el máximo provecho”. También Perlado (5) cuando afirma que “las sectas funcionan de un modo voraz, deben engullir a más seguidores porque el reclutamiento es una pieza esencial”.

Resulta difícil en ocasiones diferenciar una religión de una secta o un grupo religioso de un grupo sectario, incluso es bastante frecuente que las sectas empleen el lenguaje de las religiones como una forma de legitimar su propio discurso, tratando así de ser consideradas como tales.

Para ello Carol Giambalvo, citada por Santamaría (22), ofrece un decálogo de las diferencias concretas entre una religión y una secta, que bien se podrían trasladar a otros contextos o grupos de persuasión coercitiva no religiosos:

1.- Las religiones respetan la autonomía del individuo, mientras que las sectas exigen el cumplimiento.

2.- Las religiones tratan de ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades espirituales, mientras que las sectas explotan esas necesidades espirituales.

3.- Las religiones toleran e incluso fomentan las preguntas y el pensamiento crítico independiente, mientras que las sectas desalientan las preguntas y el pensamiento crítico independiente.

4.- Las religiones fomentan la integración psicoespiritual (de la mente y el espíritu), mientras que las sectas dividen a los miembros entre el “yo bueno” de la secta y el “yo malo” anterior.

5.- La conversión a una religión implica un despliegue de unos procesos internos centrales a la identidad de las personas, mientras que la conversión a una secta implica una rendición inconsciente a fuerzas externas que se preocupan poco por la identidad de la persona.

6.- Las religiones ven el dinero como un medio, sujeto a restricciones éticas para lograr fines nobles, mientras que las sectas ven el dinero como un fin o como un medio para alcanzar el poder o las metas de los líderes.

7.- Las religiones ven el sexo entre clérigos y fieles como poco ético, mientras que en las sectas con frecuencia sujetan a los miembros a los apetitos sexuales de los líderes o regulan el comportamiento sexual de los miembros.



8.- Las religiones responden a las críticas con respeto, mientras que las sectas frecuentemente intimidan a los críticos con amenazas físicas o legales.

9.- Las religiones valoran a la familia, mientras que las sectas ven a la familia como enemigo.

10.- Las religiones fomentan la reflexión cuidadosa antes de comprometerse y unirse a ellas, mientras que las sectas fomentan una toma rápida de decisiones con poca información.

Tal como indica Jara (26), “en el proceso de entrada en una secta no se da la libertad de la voluntad y la lucidez del entendimiento no oscurecido (...) ambos elementos son cruciales para la adecuada y normal pertenencia a un grupo eclesial. La clave del discernimiento está en la libertad, concepto central y nuclear en la persona, y con ello en el conocimiento y la voluntad. Y por el contrario, es en el engaño (contra el conocimiento) y en el señuelo (contra la voluntad), como ocurre la agresión que cometen las sectas, donde se encuentran los elementos reveladores de lo que es o no es una secta”.

Perlado (5) señala que en términos generales “las religiones legítimas potencian la autonomía de la persona, reconocen su individualidad y funcionan de un modo honesto, mientras que las sectas estimulan la dependencia patológica, no respetan la individualidad o las diferencias entre las personas y tienden a mostrar un funcionamiento deshonesto”.

RELIGIONES LEGÍTIMAS	SECTAS RELIGIOSAS
Tienden a empoderar a las personas, a darles voz y a estimular sus capacidades.	Las personas quedan supeditadas al dictado del líder espiritual, sin posibilidad de criticar y en un estilo de relación de sometimiento. El narcisismo patológico de los gurús les lleva a ser el centro del universo.
Estimulan la reflexión y el discernimiento, permitiendo el contraste y el acceso a múltiples fuentes de información.	Se bloquea o dificulta la posibilidad de acceder a otras fuentes de información y se ofrecen eslóganes que funcionan como mantras para no pensar y así impedir una adecuada discriminación.
Acepta a las personas incondicionalmente, reconociendo el valor de la familia y las relaciones humanas con personas externas al propio grupo.	Se establecen relaciones endogámicas y cerradas a las relaciones con personas ajenas al grupo, a la vez que se ataca sistemáticamente el vínculo familiar como origen y fuente de todos los problemas. Ruptura con contextos de relación previos. Descalificación hacia otras religiones y formas de relación.
Proceso de conversión: la persona mantiene su capacidad de razonamiento crítico, puede explicarse y tomar cierta distancia, a la vez que mantiene un nivel de integración en diversos aspectos de su vida sin que se produzcan rupturas.	Conversiones aceleradas, todo sucede muy rápido, dando lugar a que en ocasiones los familiares se alarmen ante cambios súbitos de valores o comportamientos.
Vinculación basada en la libertad de elección. Se respetan los tiempos para la reflexión y el contraste, para el discernimiento.	Vinculación por presión emocional y psicológica. Se aprovechan momentos de vulnerabilidad. No se respetan los tiempos ni se deja espacio a la duda. Las decisiones deben tomarse rápidamente cuando llega el momento sin dar mucha información a los familiares.

Tabla 2. Diferencias entre religiones legítimas y sectas religiosas. Fuente: Perlado (2020). Para profundizar: <https://educasectas.org/extra/feaster.pdf>

Perlado propone una línea de continuidad entre una espiritualidad que tiende a promover la autonomía y una espiritualidad que fomenta la dependencia nociva, la infantilización y la regresión.

Es importante señalar que “a las estructuras religiosas les cuesta reconocer la existencia de abusos, pero todavía más las derivas sectarias dentro de sus organizaciones. Dentro de las religiones establecidas pueden aparecer, y de hecho aparecen, derivas sectarias intraeclesiales” (5). Si tal como afirma Santamaría (20) las sectas son una de las principales patologías del fenómeno religioso, los

representantes de las religiones deberían trabajar conjuntamente con especialistas en funcionamientos sectarios para abordar criterios de demarcación, chequear sus propias organizaciones o grupos para detectar patrones de abuso psicológico o espiritual, y prevenir situaciones futuras.

Todo lo que hemos señalado en el ámbito religioso es trasladable también a otros ámbitos que utilizan las sectas como pantalla o disfraz (ongs, asociaciones, partidos políticos, empresas, etc), puesto que el fondo es en realidad el mismo. Aunque si no resulta fácil diferenciar el nivel de sectarismo de un grupo en el contexto religioso, menos aún lo es en otros. Además, como señala Santamaría (15) a nivel social “existe un alto nivel de tolerancia hacia las sectas, en aras a un falso concepto de libertad y de respeto a cualquier creencia”.

A modo de síntesis, una secta o grupo sectario sería aquél formado por 2 o más personas, que inicialmente realiza una propuesta atractiva para satisfacer las necesidades vitales de éstas pero que resulta ser realmente engañosa, puesto que en realidad busca beneficiarse/aprovecharse de ellas, y posteriormente ejerce la persuasión coercitiva, el abuso psicológico o espiritual sobre sus miembros, provocando fracturas vitales en diversos aspectos de sus vidas (familiar, laboral, etc), fomentando la dependencia emocional y existencial, lo que se deriva en la falta de la libertad necesaria para que una persona pueda tomar las decisiones que considera más oportunas sobre su propia vida de forma autónoma.

Fuente: Elaboración propia

### 1.2.3. Clasificación de los Grupos de Persuasión Coercitiva

---

Existen diferentes criterios para clasificar los GPC.

Jara afirma que (20) “La Fundación Argentina para el Estudio de las Sectas (FAPES) las dividió en tres grandes tipos:

**Sectas destructivas:** Grupos totalitariamente estructurados y fuertemente organizados que propugnan un nuevo sistema de vida y que obligan a sus adeptos a una sumisión total. Utilizan técnicas de reforma del pensamiento. Habitualmente estos grupos viven en comunidades y el líder posee el poder absoluto. Tratan de captar adolescentes de clase media y media alta.

**Sectas peligrosas:** Grupos que no utilizan técnicas de reforma de pensamiento. Una manera rápida de reconocer estos grupos es analizando sus actitudes: rigidez en el credo, no cooperación con otras iglesias, autoconvencimiento de que fuera de su credo no hay posibilidades de “salvación”, y énfasis marcado en detalles insignificantes (segundo bautismo, prohibición de fumar, de ingerir bebidas alcohólicas o bailar). Trabajan principalmente en los barrios humildes.

**Grupos de riesgo:** En los últimos años ha crecido un fenómeno que bordea lo sectario, instalándose sobre todo en la clase media. Se trata de infinidad de grupos aglutinados en torno de un tema en especial (bioenergética, yoga, biodanza, ufología, terapias para liberar angustias, control mental, armonización de los centros energéticos, etc.). Estos grupos, que no están sólidamente organizados entre sí, pueden proponer, a partir de una metodología precisa desde dejar de fumar hasta la salvación eterna. Lamentablemente muchos de sus líderes, algunos profesionales de la salud, forman organizaciones que terminan convirtiendo a sus pacientes en verdaderos esclavos, adquiriendo el grupo las características de una secta destructiva.”

Sayans (13) crea una herramienta denominada “La escalera de necesidades” para clasificar las sectas según su reclamo principal de captación, ya que considera la cobertura de necesidades la puerta de acceso al reclutamiento sectario. La Escalera de necesidades está inspirada en la pirámide de Maslow y agrupa en 3 las necesidades que impulsan la conducta humana: la supervivencia, la autoestima y la autorealización.

		AUTOREALIZACIÓN
	AUTOESTIMA	Los fantasmas y sueños más profundos.
SUPERVIVENCIA	Técnicas, actividades y tratamientos para mejorar la autoestima: planes de adelgazamiento, talleres de desarrollo personal, voluntariado, campamentos, curso de inglés, etc.	Alcanzar los objetivos y sueños vinculados con la felicidad. Desarrollo espiritual y personal vinculados a alcanzar la mejor versión de sí mismos.
Necesidades primarias: asistencia sanitaria, empleo, un lugar de residencia, etc.		

Tabla 3. La escalera de necesidades. Fuente: Sayans (2022)

Puesto que los grupos de persuasión coercitiva utilizan y explotan las necesidades vitales de las personas para su propio beneficio, engañando, manipulando y limitando la libertad de las personas, este enfoque nos parece muy apropiado.

Según Marina (27) “podemos destilar de las múltiples actividades del ser humano cuatro deseos fundamentales:

1.- Sobrevivir: No me refiero sólo a la ciega mecánica animal de buscar comida si se tiene hambre o de aparearse en su época, sino a la emocionante peripecia de convertir un hecho en un derecho, y también a los problemas que plantea el conocimiento de la inevitabilidad de la muerte, el deseo de evitarla o de sobrevivir, sea en el transmundo o en la memoria de los demás.

2.- Disfrutar: Hay un deseo hedónico que nos impulsa a buscar el placer y evitar el dolor. Todos los seres con memoria repiten los actos premiados y evitan los castigos. Nosotros también.

3.- Vincularse: Somos seres sociales y necesitamos comunicarnos agradable y útilmente con los demás.

4.- Ampliar las posibilidades: Es una exclusiva humana. Necesitamos crear, explorar, conocer, dominar de muchas maneras la realidad –la nuestra incluida-, alcanzar cada vez mayor autonomía, dar mejores respuestas a nuestra permanente

manía de hacer preguntas. Es el impulso expansivo de nuestra naturaleza. De él surge una necesidad designada con una curiosa palabra: realizarnos. Maslow habló de “autorealización”. ¿Qué somos antes de realizarnos?. Una nada según Sartre; o una posibilidad, según yo. Habermas incluiría en este apartado el dinamismo emancipador, y Spinoza el afán de aumentar el propio poder”.

Estos 4 deseos serán utilizados de forma inteligente y sibilina por los líderes para generar una relación, un vínculo, con las personas que tras un proceso corto pero intenso cristalice en una dependencia en beneficio del propio grupo.

Sayans (13) clasifica a los grupos alienantes en base a estas 3 necesidades.

<b>SECTAS DE 1º NIVEL</b>	<b>SECTAS DE 2º NIVEL</b>	<b>SECTAS DE 3º NIVEL</b>
Necesidad de supervivencia	Necesidad de autoestima	Necesidad de autorealización
<b>1.- PSICOSANITARIAS</b>	<b>4.- ESTÉTICAS</b>	<b>8.- RELIGIOSAS</b>
Falsa esperanza de curación o sanación (física y mental) de las enfermedades más graves. Incitan u obligan a sus seguidores al abandono de los tratamientos médicos convencionales para utilizar sus servicios y productos. Cualquier tema o servicio vinculado con la salud puede ser la puerta de acceso.	Prometen mejorar su aspecto físico mediante el consumo de sus caros productos milagrosos, accediendo a sus técnicas y conocimientos exclusivos a golpe de cheques, o practicando deporte en formato grupal para favorecer entre sus miembros el compromiso hacia el ejercicio físico. Afirman que sus adeptos mejorarán la autoestima de forma proporcional al nivel de transformación física alcanzado. Ganchos: centros nutricionales, negocios relacionados con la venta de cosméticos, gimnasios, etc.	Ofertan respuestas a las necesidades trascendentes y espirituales, la búsqueda de sentido y de plenitud o felicidad. Usan la religión o el formato religioso (creencia y adoración de un ser divino) como forma de enganchar a las personas, y con distintas finalidades según el grupo: salvar el alma, alcanzar la iluminación, la felicidad, el contacto con seres de otro mundo (extraterreste, o el mundo de los muertos), salvar a la humanidad, etc.
<b>2.- COMERCIALES O EMPRESARIALES</b>	<b>5.- TERAPÉUTICAS</b>	<b>9.- APOCALÍPTICAS</b>
Utilizan las consecuencias del desempleo prolongado (falta de esperanza, necesidad económica) para enganchar con la persona, ofreciéndole falsas esperanzas. Es habitual que utilicen la venta piramidal.	Prometen acrecentar la autoestima de sus seguidores cambiando sus pensamientos, y transformando así de forma positiva su manera de vivir y de percibir el mundo. Utilizan el pretexto de los beneficios que aporta vivir nuevas experiencias para invitar a sus adeptos a salir de su zona de confort, lo que siendo cierto, llevará a los acólitos a la sumisión.	Su principal arma es el miedo. Anunciando la llegada inminente del fin del mundo provocan en sus seguidores terror y desesperación. El miedo paraliza y hace a las personas muy vulnerables. El grupo se ofrece como refugio o cómo única vía de salvación.
<b>3.- ADOPTANTES</b>	<b>6.- AFILIATIVAS</b>	<b>10.- COMUNALES</b>
Constituyen clanes, de estructura familiar, que satisfacen las necesidades que habitualmente cubre la familia, sustituyéndola perversamente. Se produce una aparente aceptación incondicional, ofreciendo protección y cuidado. Es un caramelo para personas con daño vincular o delicada relación familiar.	Satisfacen la necesidad de socialización del ser humano. Utilizan reclamos como aficiones, o el propio grupo. Compartir una afición genera sinergias entre los participantes, favoreciendo la identidad grupal. Posibles ganchos: clubs deportivos, partidos políticos, grupos ecologistas, asociaciones juveniles.	Ofrecen participar en la construcción de un mundo mejor, más justo e igualitario, a través de comunidades que vivan y hagan realidad ese sueño. Suele atrapar a jóvenes idealistas, que se ven atrapados en una comuna aislada del mundo. Para ello deben antes desprenderse de sus bienes materiales y abandonarlo todo. Viven en lugares aislados, y suelen ir acompañados cuando salen de allí.
	<b>7.- SOLIDARIAS</b>	<b>11.- SATÁNICAS</b>
	Utilizan como tapadera asociaciones u ONGs, que en realidad son vías para captar nuevos miembros. Utilizan el bienestar por ayudar a otros y sentirse útil como gancho. Ofrecen como reclamo participar en falsos proyectos de ayuda a personas desfavorecidas. Es atractivo para jóvenes idealistas, quien desea ampliar horizontes, o hacer un paréntesis en su trayectoria vital antes de iniciar la vida laboral o cambiar de estapa. Son muy peligrosos aquellos grupos alienantes que ofertan proyectos de voluntariado en el extranjero.	Puerta abierta al lado más oscuro, un mundo lleno de secretos, misterio, leyendas y creencias populares. Suelen ser grupos pequeños, donde reina la ley del silencio. Admiran al anticristo u otras manifestaciones diabólicas o relacionadas con el mal.

Tabla 4. Clasificación de las sectas. Fuente: Sayans (2022)

Tal como señalan Cuevas y Canto (28) “las sectas se sirven de aquellas necesidades no cubiertas en la vida cotidiana de los individuos para transformar la

mente de ellos, convirtiéndolos en personas acríticas que, con la esperanza de encontrar la felicidad o la salvación, siguen unas estrictas normas, unos procedimientos coercitivos, que varían en función del antojo de los líderes de las sectas”.

Otra forma de clasificar a las sectas muy actual en los últimos tiempos es la siguiente: **secta 1.0; secta 2.0; secta 3.0**. Cuevas (29) las explica con claridad en un artículo, del que resumimos algún apartado:

**a) Sectas 1.0:** son las sectas comunales, grupos “cerrados”, alejados del mundo, que realizan un proselitismo directo, cara a cara, con técnicas de persuasión coercitiva más manifiestas.

**b) Sectas 2.0:** grupos que no viven en comunidad, mantienen un contacto directo o presencial con la persona, pero no conviviente. Son sectas tipo “ambulatorio”, en espacios donde el adepto no tiene que ir a vivir o convivir, no hay una necesidad explícita de que la persona abandone su pueblo/ciudad (al menos de inicio) para ingresar en ella. Se modifica la convivencia exclusiva con otros miembros y se acude a locales o espacios en los que se adoctrina, volviendo la persona a su entorno habitual.

Presentan distintas apariencias, mostrándose más integrados socialmente, aunque empleando técnicas coercitivas más sutiles que las anteriores, pero con unas consecuencias y sometimientos muy similares. Se distancia a la persona “psicológica y afectivamente” de su entorno, pero sin la necesidad de abandonar el trabajo o toda su vida previa (al menos en apariencia).

**c) Sectas 3.0:** son las se caracterizan porque que operan primordialmente a través de internet. Incluye grupos “de toda la vida” que se han adaptado e integrado simultáneamente al nuevo espacio digital. Con espacios “virtuales”, que son mucho más económicos que una sede o espacio físico, pueden llegar a más personas en menor tiempo que cualquier transporte, pudiendo acceder con muy pocos medios a cualquier hogar desde cualquier parte del mundo. Entre sus características destacan:

- El proselitismo “online” es muy activo, con frecuentes actividades a modo de gancho. Inicialmente gratuitas. Lo que recuerda aquel eslogan que dice que en internet “cuando algo es gratis, tú eres el producto”.



- Recurren con frecuencia a “organizaciones o webs pantallas”, presentándose con otros nombres y denominaciones, para incrementar su margen de acción.
- Emplean distintas redes sociales, mostrando una imagen amable alejada de los estigmas que suelen acompañarles. Presentan mejor imagen, más atractiva y humanitaria.
- Es frecuente el establecimiento y mantenimiento de comunicación “online”, incluyendo, tras la fase de captación, la asignación de tareas y deberes “a distancia”.
- La distancia puede desarrollarse “online”, a modo de conferencias formales, charlas informales, rituales de iniciación o el establecimiento de compromisos y/o formación (y seguimiento) en aulas virtuales. Uso de redes sociales y grupos, públicos y privados, como facebook, telegram, así como sesiones mediante videoconferencias. Desde la pantalla de cada casa se pueden realizar distintas sesiones o rituales a diario, en contacto estrecho con el grupo y/o el líder.
- Control de la crítica. Hacen lo posible por borrar el rastro negativo, bombardeando la información crítica y a los críticos.

Para profundizar en la “manipulación y el adoctrinamiento” es frecuente combinar el formato online con sesiones presenciales, incluyendo actividades del tipo “retiro de fin de semana” u otras.

Tal como indica Santamaría (30) “cualquiera puede tener a las sectas dentro de casa a través del móvil o del ordenador”.

Por otro lado, como afirma Cuevas (29), en el nuevo sectarismo resulta “cada vez más frecuente la presencia de personas que, sin pertenecer activamente a un grupo, se ven afectadas por el “sectarismo” consumido a través de múltiples contenidos presentes en la red” produciéndose un proceso de “auto-fanatización” fruto de la exploración de contenidos propiamente “sectarios” o “pseudos”.

Las nuevas tecnologías permiten que nuevas realidades sean sectarizables, como la interacción en juegos de ordenador o videoconsolas.

### 1.3.Situación actual en Navarra

La Comunidad Foral de Navarra es una de las 17 Comunidades Autónomas que forman el actual reino de España, con una rica historia con raíces propias. Está situada en el Norte del país, en el extremo occidental de la cordillera pirenaica donde mantiene 163 kilómetros de frontera con Francia. En 2022 tenía 664.117 habitantes, un 3% más que hace 10 años. Tiene una densidad de población de 61 habitantes por kilómetro cuadrado. El crecimiento demográfico, por otro lado, ha sido menor que la media española y la densidad de población sigue siendo baja.

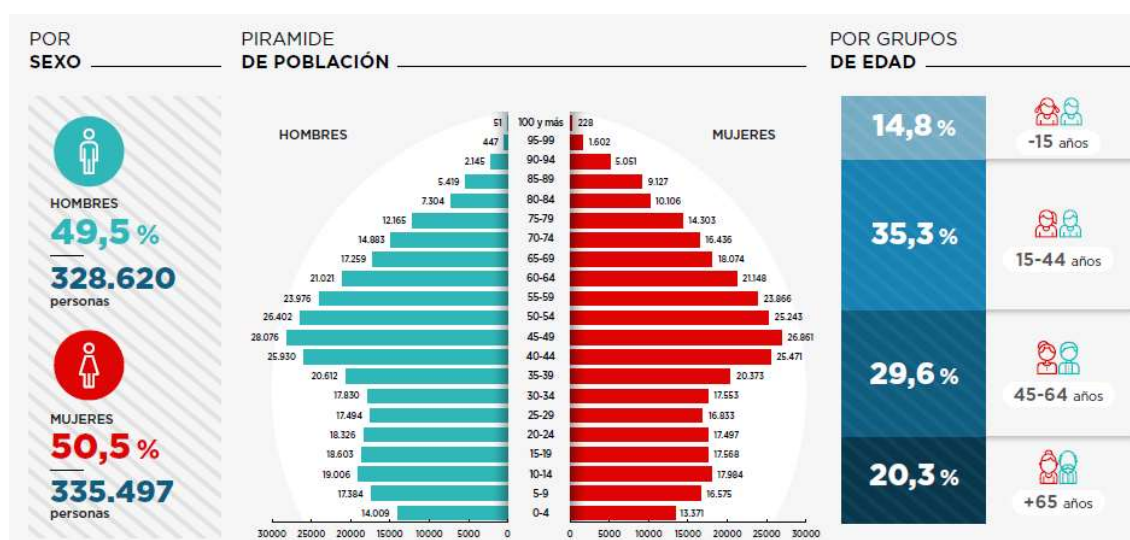


Imagen 2. Población de Navarra a 1 de enero de 2022. Fuente: Instituto de Estadística de Navarra (Nastat)

Los grupos de persuasión coercitiva necesitan un contexto social o un medioambiente en el que desarrollarse, siendo unos más proclives que otros. Tal como indican Rodríguez-Carballeira, Saldaña y Almendros (31) “Las épocas de crisis y de importantes cambios socioculturales son más propicias para la emergencia de sectas en general, pues se trata de periodos en que se producen rupturas en las estructuras y normativas sociales vigentes y se alteran los valores y patrones de comportamiento establecidos, por lo que aumenta la inseguridad y vulnerabilidad de buena parte de la sociedad”. “Ese proceso permite encontrar más gente predispuesta a dar la bienvenida a soluciones de tipo mágico, esotérico, alternativo

y, a menudo, poseedoras de un carácter absoluto que les promete librarse de la angustia que les produce su vivencia de malestar social”.

Para Germaine Tillion, citado por Riccardi (32), la verdadera incredulidad no existe. Afirma que “No creyente” o “Ateo” son palabras vacías (...) porque en todo ser humano existe un diálogo de fondo, este eco interior, y a este eco, es al que hay que hablar. El eco es tal vez diálogo con una ausencia. Pero también es meditación. Ningún ser humano sabe exactamente en qué cree, pero en él hay “una especie de eco del gran big bang inicial”.

Y es que el ser humano es un ser trascendente y espiritual, en sentido amplio. Como escribía Casaldáliga (33) “Cuando caminas preguntas. Respondes cuando caminas, si es que, caminando, escuchas”. El reto es cómo responder para crecer como persona en lo que cada uno quiera sin caer en la trampa de los totalitarismos.

Vamos a analizar a continuación la situación actual de Navarra como entorno donde existe un “humus” en el que puede echar raíces la semilla sectaria.

Según la **Encuesta Social y Condiciones de Vida** (Satisfacción Vital) (34), **en 2020** la población navarra declaraba estar menos satisfecha con su vida que en el pasado y preveía mejorar su situación en el futuro. Las mujeres estaban más satisfechas con su vida que los hombres, también en el pasado y en sus proyecciones hacia el futuro.

Según **grupos de edad**: Las personas más jóvenes valoran muy positivamente (8,0 en 2019 y 8,4 en 2020) su satisfacción vital a futuro mientras que las más mayores es la valoración que peor puntúan (7,0 en 2019 y 6,3 en 2020). Estas últimas asignan los valores máximos a su satisfacción mirando al pasado (7,6 en 2019 y 2020). Según **situación económica**: Entre quienes tienen un nivel socioeconómico ‘bajo’ predomina una perspectiva pesimista de su futuro, situación que se ha acentuado en 2020. Según **Salud y actividad física**: Cuanto mayor es la salud auto-percibida, mayor es la valoración de la satisfacción vital y, a su vez, esta medida de felicidad aumenta si miramos de pasado hacia futuro. También se observa la relación entre la práctica de actividad física y satisfacción con la vida, de manera que quienes practican ejercicio de forma más habitual son quienes mejor valoran el presente y el futuro.

## Satisfacción vital en el pasado, presente y futuro, comparación de serie 2019-2020 (medias)



Imagen 3. Satisfacción Vital en la Comunidad Foral de Navarra en 2020. Fuente: Nastat. Encuesta Social y de condiciones de Vida. 23 de diciembre de 2021.

La valoración de salud autopercebida (34) en el día se sitúa en 73,1% en 2022, valores ligeramente superiores respecto al año anterior que era de 72,9.

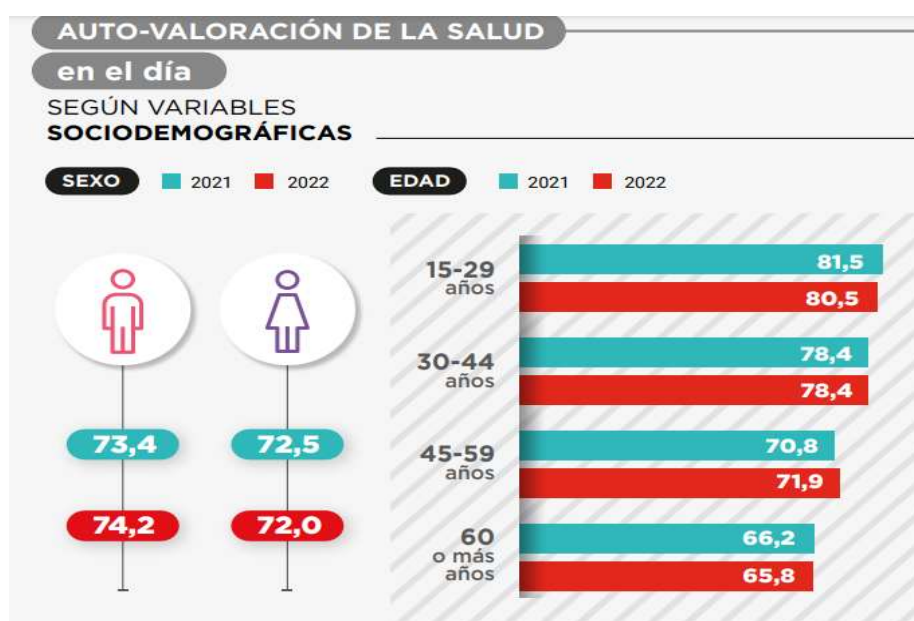


Imagen 4. Auto-valoración de la salud en el día. Encuesta social y de condiciones de vida de la Comunidad Foral de Navarra 2022. Fuente: Instituto de Estadística de Navarra (Nastat)

Respecto a la valoración de la salud en el último año, aumenta el porcentaje de personas que valoran como mala o muy mala su salud en el último año (10,7% frente al 9,1% en 2021) y disminuyen quienes han tenido buena o muy buena salud (64,5% frente al 64,9% en 2021). Además, los hombres vuelven a valorar mejor que las mujeres su salud (68,1% y 61,1% respectivamente) en el último año.

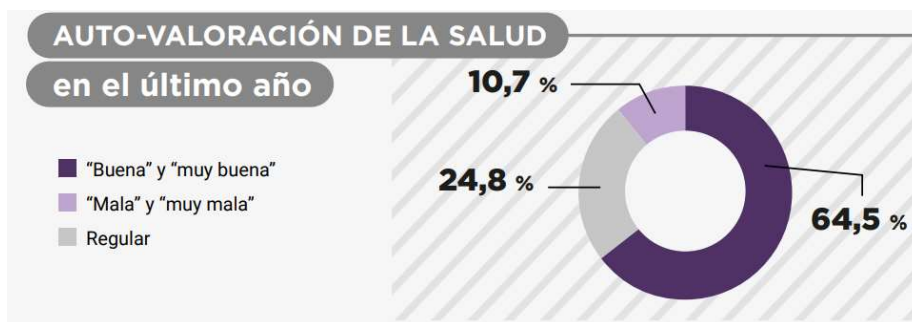


Imagen 5. Auto-valoración de la salud en el último año. Encuesta social y de condiciones de vida de la Comunidad Foral de Navarra 2022. Fuente: Instituto de Estadística de Navarra (Nastat)

Según el **indicador multidimensional de calidad de vida (IMCV)** (35), en términos estatales agregados, la calidad de vida disminuyó en España **en 2020** tras mejorar ininterrumpidamente desde 2014, siendo Navarra, La Rioja y Aragón, por este orden, las comunidades que presentaron los niveles más elevados de calidad de vida en el año 2020.

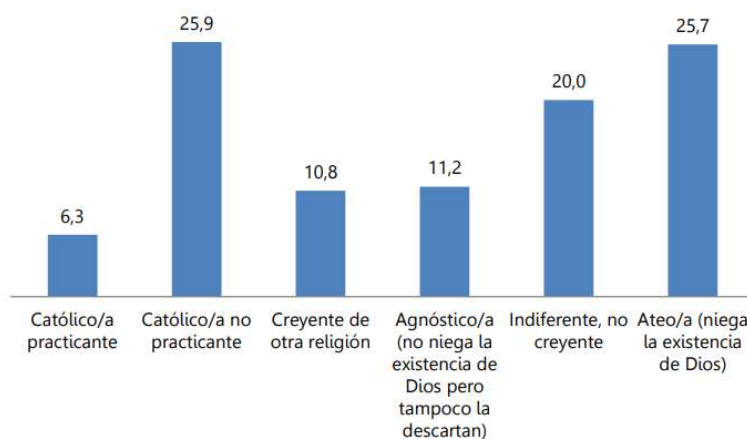
Dimensión	Posición de Navarra	Dif. Navarra-Estado
1. Condiciones materiales de vida	4ª mejor	4,8
2. Trabajo	3ª mejor	3,0
3. Salud	2ª mejor	3,3
4. Educación	2ª mejor	7,1
5. Ocio y relaciones sociales	6ª mejor	2,7
6. Seguridad física y personal	7ª mejor	4,4
7. Gobernanza y derechos básicos	6ª mejor	2,4
8. Entorno y medio ambiente	1ª mejor	7,3
9. Experiencia general de la vida	5ª mejor	3,0

Tabla 5. Posición de Navarra respecto a otras comunidades autónomas. Fuente: Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV): informe Comunidad Foral de Navarra (2020). Observatorio de la Realidad Social.

Si nos ceñimos al **ámbito religioso**, acorde a los datos publicados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en octubre de **2018** (36), Navarra encabezaba la lista de comunidades con mayor número de personas que se declaran no religiosas del Estado, con un 54,7%. Entre las declaradas religiosas, un 38,1% se identifican con el catolicismo, mientras el 4,8% practica otra religión y el 2,4% decide no contestar. Respecto a 2016, y acorde a las mismas fuentes, el número de creyentes de la Comunidad Foral ha caído más de un 30%

Según la **Encuesta de la población joven de Navarra 2022** (37), un 25% de la población joven en Navarra se declara católica no practicante, mientras que un 6,3

% se confiesa como católico/a practicante. A su vez, 1 de cada 10 jóvenes pertenece a otra religión (10,8 %). Por el contrario, una cuarta parte (25,7 %) afirma ser ateo o atea. Para el 20 % es una cuestión indiferente y declara no ser creyente y un 11,2 % se considera «agnóstico» afirmando que no tiene una opinión sobre la existencia de Dios. Según aumenta el nivel de estudios descende la proporción de jóvenes que se consideran creyentes: estudios primarios (58,2 %), estudios secundarios (45,9 %) y superiores (33,4 %). En la misma línea, cuanto mayor es el nivel académico de los padres y madres menor es la religiosidad de sus progenitores. El grupo más joven, con edades entre 14 y 17 años, resulta más creyente (47,6 %) que los grupos a partir de 18 años (41 %). El origen de nacimiento también podría influir en la religiosidad, puesto que el doble de las personas nacidas en otros países se considera religiosa, con un 67,7 % frente al 34,9 % de las nacidas en España.



**Imagen 6. Adscripción religiosa (%). Fuente: Encuesta de la población joven de Navarra 2022.**

Para terminar este apartado quiero hacer un par de referencias que me parecen significativas en Navarra:

- a) En 2012 se publicó “Umbrales. Minorías religiosas en Navarra” (38), recogiendo las conclusiones de la investigación desarrollada por el Grupo ALTER de la Universidad Pública de Navarra (UPNA), ofreciendo un completo análisis de la realidad de las comunidades religiosas de distinta índole en Navarra, siendo el centro del análisis la pertenencia a un colectivo religioso minoritario. El concepto “entidad religiosa” es además utilizado en su dimensión más amplia, desde una perspectiva donde convive con otros

términos como “espiritual o trascendente”. Aunque aporta información relevante de los grupos existentes, sin embargo, no es útil para discriminar los grupos de persuasión coercitiva del resto, ya que no aborda propiamente el fenómeno del abuso psicológico grupal en este ámbito.

- b) El Foro Espiritual de Estella (39, 40), en funcionamiento desde 2006, en sus propias palabras “es un espacio de encuentro, diálogo y mutuo enriquecimiento entre las comunidades espirituales y religiosas”. “Un lugar de encuentro amable y fecundo” entre las nuevas espiritualidades y las religiones tradicionales. Sin embargo, dicho foro no ha estado exento de polémica, al acoger entre sus comunidades participantes a organizaciones que son consideradas por asociaciones y expertos que luchan contra los grupos de persuasión coercitiva como tales. Por ello, en su web la organización del foro aclara que “Las comunidades participantes vienen avaladas por su contribución al bien común. En ninguno de los casos se aceptará a comunidades que hayan cometido probados delitos en el marco de nuestra Comunidad Foral o el Estado o que conculquen los elementales Derechos Humanos promulgados por la ONU”.

### 1.3.1. Salud mental y bienestar emocional en Navarra

Para la Organización Mundial de la salud (OMS) (41) la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.

Para Dévora Késtel, tal como señala en el Informe de la OMS sobre salud mental 2022 (42), tanto la mayoría de las sociedades como la mayoría de los sistemas sociales y de salud descuidan la salud mental, no prestando atención al apoyo que las personas necesitan y merecen. El resultado es que millones de personas en todo el mundo sufren en silencio, son víctimas de violaciones de los derechos humanos o se ven afectadas negativamente en su vida cotidiana.

Este es el caso también de las víctimas de abuso psicológico grupal.

En Navarra, el número de personas que declara haber necesitado atención en salud mental en los últimos 12 meses muestran una clara tendencia ascendente entre los **años 2003-2021**. (34)



**Imagen 7. Número de personas que ha necesitado atención en salud mental en la Comunidad Foral de Navarra. Fuente: Instituto de Estadística de Navarra (Nastat). Encuesta Social y de condiciones de Vida.**

Esto se ve también reflejado en el absentismo laboral debido a problemas de salud mental de los trabajadores en las empresas de Navarra afiliadas a Mutua Navarra (43, 44) (que agrupa a más de 5000 empresas, el 40% de los trabajadores del régimen general en Navarra), donde las incapacidades por ansiedad o depresión crecen un 68% en 5 años. Los días de baja por patología mental han pasado de 395.000 en 2017 a cerca de 650.000 en 2022, es decir, 255.000 días más de baja en



5 años. Siendo los empleados jóvenes, entre 20 y 39 años, los que presentan la mayor incidencia por patología mental.



**Imagen 8: Evolución del absentismo laboral en Navarra. Fuente: Diario de Navarra. VIII Estudio de absentismo laboral de Mutua Navarra: Análisis de los procesos de baja por Contingencia laboral y Contingencia común de personas trabajadoras de empresas. Agosto de 2023.**

Así, tal como señala la OMS (42), invertir en una salud mental para todos representa un impulso para la salud pública. Puede reducir en gran medida el sufrimiento y mejorar la salud, la calidad de vida, la forma de desenvolverse y la esperanza de vida de las personas con trastornos mentales. Una mayor cobertura y una mayor protección financiera son medidas fundamentales para cerrar la enorme brecha que existe en la atención de salud y reducir las desigualdades en la salud mental.

Partiendo de la definición de salud mental de la OMS como “un estado de bienestar donde el individuo desarrolla sus propias habilidades, puede lidiar con los eventos estresantes normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de realizar contribuciones dentro de su comunidad”, se generaron modelos de bienestar integrativos, dentro del enfoque salutogénico. Estos modelos de bienestar integrativos contemplan los siguientes componentes:

- a) bienestar, como bienestar hedónico;
- b) bienestar psicológico, aludiendo al funcionamiento óptimo individual; y
- c) bienestar social, referido al funcionamiento óptimo en la comunidad. (45)

Así, diferentes autores constatan que el Bienestar Emocional es un constructo multidimensional que no implica necesariamente ausencia de enfermedad. (45)

El bienestar emocional puede ser entendido también de forma dimensional, como un continuum entre la percepción de bienestar en un extremo y el malestar en el otro. La frecuencia, intensidad y duración de ese malestar podrá marcar la línea entre lo no patológico y lo patológico, aunque hacer esa distinción puede ser a menudo bastante complejo. Cabe resaltar que distintas investigaciones apuntan a que existe una relación bidireccional causal entre la percepción de bienestar emocional y la mejora de salud general, lo cual conllevaría la mejora de resultados en salud y a la reducción de la discapacidad en la población. (45)

La OMS (46) define bienestar como la “valoración subjetiva del estado o situación de una persona que está más relacionado con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad o un grupo que con el propio funcionamiento biológico. El bienestar tiene mucho que ver con el desarrollo personal, o sea, con el potencial humano a nivel físico, psíquico y social”.

Esta definición resulta muy interesante para nuestro trabajo, puesto que alude a cuestiones clave en el abuso psicológico grupal:

- a) Valoración subjetiva del estado o situación.
- b) Relacionado con sentimientos de autoestima y la pertenencia a una comunidad o un grupo.
- c) Tiene mucho que ver con el desarrollo personal.

Los Objetivos para un Desarrollo Sostenible (ODS) (47) recoge, en el objetivo 3, la necesidad de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Por otra parte, según el informe realizado en junio de 2022 desde la Comisión Europea, Healthier Together-EU Non-Communicable Diseases Initiative (48), tanto la promoción del bienestar psicológico como la prevención de los trastornos mentales debe ser una prioridad de los estados miembros de la Unión Europea.

La situación en Navarra, tal como se señala en el Programa de Bienestar Emocional 2022-2023, (45) de modo resumido es el siguiente: en los últimos años (2017-2020) ha empeorado la percepción tanto del estado de salud como del bienestar general y ha aumentado el número de personas que cree necesitar atención en salud mental. Ha aumentado también el porcentaje de personas que

han requerido atención en salud mental, presentando peores datos las mujeres y los grupos de población más vulnerables. También ha aumentado el consumo de psicofármacos, lo cual es un indicador de peor salud, con mayor prescripción en las mujeres.

Salud autopercibida en el último año	
En una escala de 0-100 puntos	
Año 2017 = 75,3 puntos	Año 2021 = 72,7 puntos

Autopercepción			
Bajo bienestar general y Necesidad de atención en Salud Mental			
AÑO 2017		AÑO 2021	
"Bajo bienestar general" en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental	"Bajo bienestar general" en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental
23%	7,1%	26,5%	9%

Tabla 6: Salud autopercibida, autopercepción del bienestar y de la necesidad de atención en salud mental. Fuente: Programa de bienestar emocional 2022-2023. Instituto de Estadística de Navarra (Nastat).

Esta bajada en la percepción de bienestar que hemos señalado ha impactado especialmente en los niveles económicos bajo y medio-bajo, aunque también en el nivel económico medio.

NIVEL SOCIOECONÓMICO				
	AÑO 2017		AÑO 2021	
	"Bajo bienestar general" en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental	"Bajo bienestar general" en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental
Nivel socioeconómico				
Nivel 'bajo' y 'medio-Bajo'	29,3%	7,7%	34,3%	13,4%
Nivel 'medio'	19,9%	6%	25,3%	7,1%
Nivel 'medio-alto' y 'alto'	15,9%	9,9%	15,1%	8,1%

Tabla 7: Bienestar general y necesidad de atención en salud mental según el nivel socioeconómico. Fuente: Programa de bienestar emocional 2022-2023. Instituto de Estadística de Navarra (Nastat).

En cuanto a la edad, la percepción de empeorar su bienestar afecta especialmente a la franja de edad de los jóvenes (15-29 años), y la necesidad de atención en salud mental en la franja de adultos de 30-44 años.

EDAD					
		AÑO 2017		AÑO 2021	
		"Bajo bienestar general" en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental	"Bajo bienestar general" en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental
Edad					
15 a 29 años		13,3%	8,1%	26,8%	10,7%
30 a 44 años		23,5%	6,3%	27,7%	11,4%
45 a 59 años		26,5%	7%	30,1%	9,3%
60 o más años		25,5%	7,3%	22,4%	5,9%

Tabla 8: Bienestar general y necesidad de atención en salud mental según edad. Fuente: Programa de bienestar emocional 2022-2023. Instituto de Estadística de Navarra (Nastat).

Tal como señala Balsells (45, 49), “el constante desarrollo de las sociedades avanzadas hace necesario un esfuerzo permanente de reconceptualización de aquellos fenómenos que se dan en su seno. La definición de colectivos que por sus características propias y contextuales se encuentran en situaciones de riesgo social es una de las que más afectada se ve por estos fenómenos de cambio social, ya que los cambios estructurales, socioeconómicos y culturales son los que definen sus procesos de socialización delimitando, a su vez, las dificultades en que se pueden encontrar. Concretamente, se están dando importantes cambios y apareciendo situaciones hasta ahora desconocidas, que afectan directamente a la socialización de nuestra infancia. El maltrato entre iguales, en todas sus formas físicas o psicológicas (cyberbullying, acoso escolar...), los movimientos migratorios (menores refugiados/as, menores no acompañados/as) y por último el fenómeno de los “mass media” con la abusiva transmisión de contenidos violentos, el consumismo como centro relacional y la masiva difusión de imágenes estereotipadas relativas a todas las esferas relacionales interpersonales, así como las diferentes nuevas fórmulas de adicciones conductuales, son un campo de

investigación, prevención y vigilancia que necesita la suficiente implicación de las diferentes administraciones”.

### 1.3.2. La Red de Salud Mental de Navarra

La atención sanitaria en Navarra está bajo la dirección del Departamento de Salud de Navarra, que marca las directrices y objetivos estratégicos a seguir. Para gestionar los servicios sanitarios públicos el Departamento de Salud cuenta con el Servicio de Navarra de Salud-Osasunbidea (SNS-O), que es un organismo autónomo, cuyas funciones se hayan recogidas en el decreto foral 171/2015, de 3 de septiembre, por el que se aprueban los estatutos del SNS-O.

Para que el SNS-O preste la asistencia sanitaria se llevó a cabo, mediante la Ley foral 22/1985, una zonificación sanitaria del territorio, de tal modo que en la actualidad hay 57 zonas básicas de salud que se agrupan en 3 áreas de salud: Pamplona, Estella y Tudela.

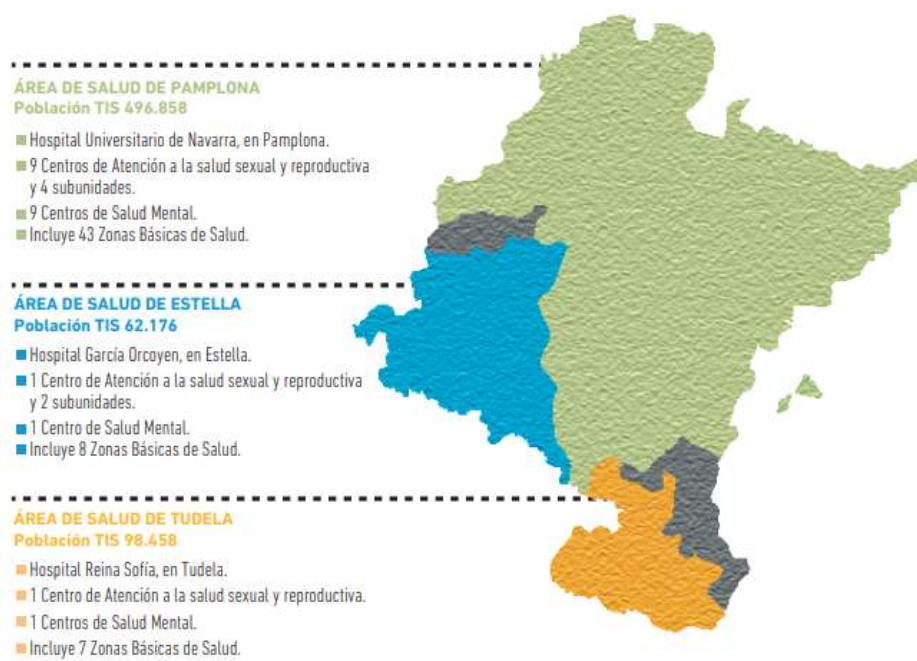
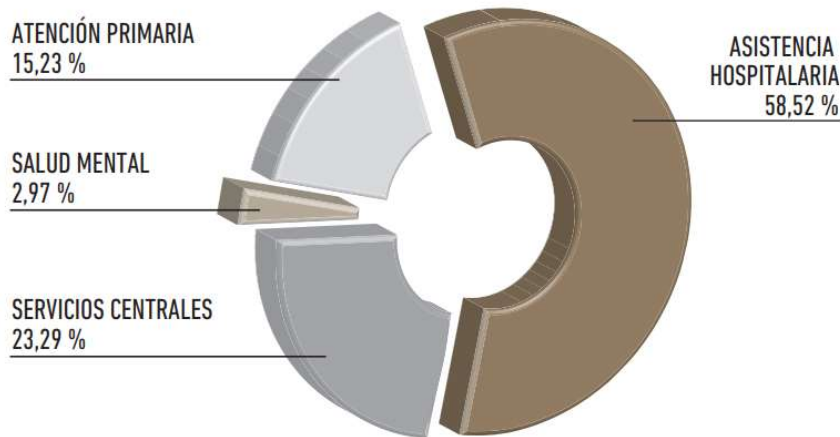


Imagen 9. Distribución de infraestructuras y población TIS por áreas de salud, 2022. Fuente: Servicio Navarro de salud. Memoria 2022

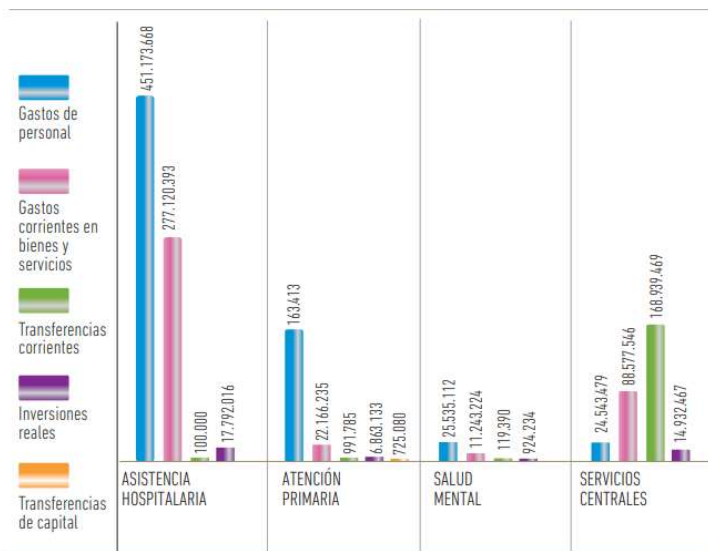
Además, a nivel funcional se diferencia entre Atención Primaria y Atención Especializada, contando la Red de Salud Mental de Navarra (RSMN) con servicios de atención en ambos niveles.

**PORCENTAJE DE GASTO POR ÁMBITOS 2022**



**Imagen 10. Porcentaje de gasto por ámbitos en 2022. Fuente: Servicio Navarro de salud. Memoria 2022**

**PORCENTAJE DE GASTO POR ÁMBITOS Y CAPÍTULO ECONÓMICOS 2022**

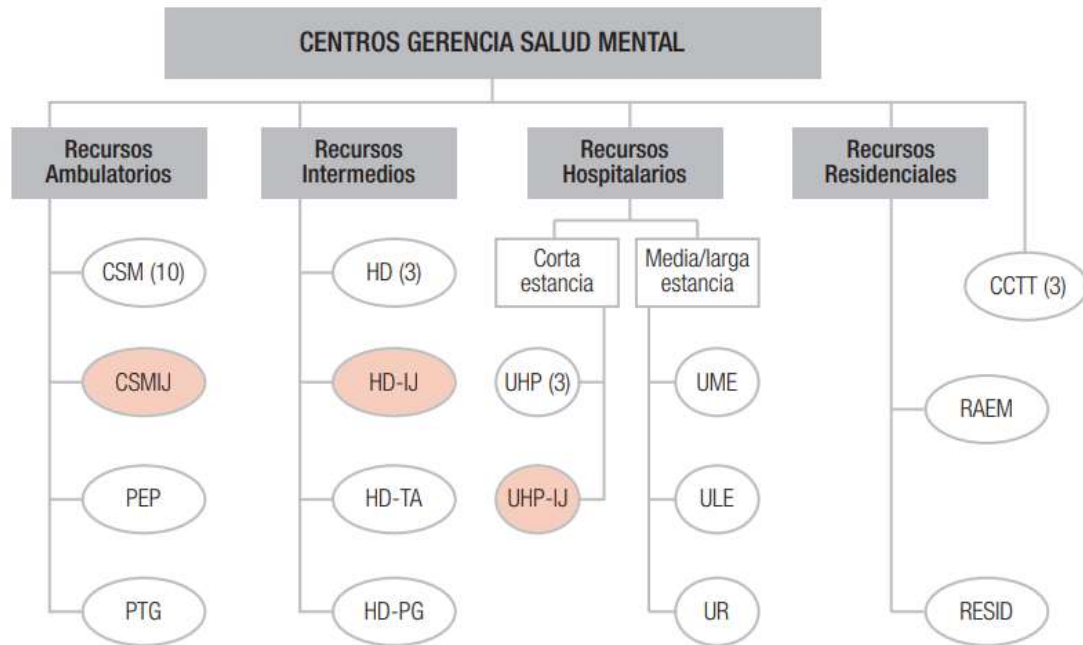


**Imagen 11. Porcentaje de gasto por ámbitos y capítulos económicos en 2022. Fuente: Servicio Navarro de salud. Memoria 2022**

En Navarra, la Red de Salud Mental de Navarra (RSMN) es la responsable de la atención sanitaria en el ámbito de salud mental. La RSMN está conformada por un

conjunto de servicios que dependen del SNS-O, y están a si vez integrados en otros servicios sanitarios. (50)

## RECURSOS DE LA GERENCIA DE SALUD MENTAL



**CSM:** Centros de salud mental ambulatorios; **CSMIJ:** Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil; **PEP:** Programa de Primeros Episodios Psicóticos; **UHP:** Unidad de Hospitalización Psiquiátrica; **HD:** Hospitales de Día para personas adultas; **HD-TA:** Hospital de Día Trastornos adictivos; **HD-IJ:** Hospital de Día Infanto-Juvenil; **HD-PG:** Hospital de día Psicogeriátrico; **UME:** Unidad de Media Estancia; **ULE:** Unidad de Larga Estancia; **UR:** Unidad de Rehabilitación; **CCTT:** Comunidades Terapéuticas Trastornos adictivos; **RAEM:** Residencia Asistida para personas con Enfermedad Mental; **RESID:** Residencias Psicogeriátricas.

**Imagen 12. Recursos de la Gerencia de Salud Mental de Navarra. Fuente: Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023.**

Los Hospitales de Día ofrecen una atención continuada en régimen de día, a tiempo parcial, dirigida a personas con problemas de salud mental en fase aguda o subaguda. Su principal ventaja es que ofrecen intervenciones terapéuticas intensivas, durante un periodo limitado de tiempo, mientras la persona se mantiene en su entorno sociofamiliar. Así, están orientados a la continuidad de la intervención en la comunidad (50, 51).

Se combinan tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos, sociales y de rehabilitación con el objetivo de conseguir el máximo nivel de autonomía, mejorar el sistema de apoyo del usuario y la readaptación familiar, social y laboral a través de actividades terapéuticas, el trabajo interdisciplinario y con diferentes recursos comunitarios y asistenciales (51). Es por tanto un instrumento de prevención secundaria (52).



Es un servicio intermedio, de atención hospitalaria no ambulatoria, que provee tratamiento más intensivo y estructurado que los CSMA y menos restrictivo que la hospitalización, siendo un puente entre ésta y la comunidad. Atiende la población que tiene como referencia a los CSMA de una zona determinada, siendo un dispositivo de duración limitada media en función de los objetivos terapéuticos acordados con los dispositivos de derivación, en el menor tiempo posible y que garantiza el seguimiento a nivel comunitario en los CSMA. (50, 51)

En la RSMN hay dos tipos de Hospitales de Día: los generalistas y los denominados “monográficos”, por el tipo de patología que atienden o el tramo de edad de las personas usuarias del mismo (50).

En líneas generales, la actividad de los hospitales de día en Navarra (53) ha aumentado respecto al año 2021.

HOSPITALES DE DÍA	HD1 PAB.BLANCO		HD2 IRUBIDE (*)		HD5 TUDELA		UDC TUDELA		HD PSICOG.		UDC		HD ZURIA		HD IJ	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Plazas	20	20	30	30	10	10	24	24	16	16	80	80	15	15	12	12
Ingresos	117	115	119	119	64	45	68	59	77	77	182	221	69	87	27	21
Altas	116	110	116	111	62	47	49	61	81	81	184	210	65	74	28	20
Estancias	3.307	3.572	4.339	4.805	1.946	1.888	1.677	1.790	2.829	3.363	4.569	5.411	3.522	4.000	1.697	1.800
Pacientes	120	119	135	138	66	53	80	84	84	83	272	306	80	100	37	33
E. Media	25,8	38,0	45,5	63,2	31,5	40,8	88,3	118,7	34,6	41,2	117,56	94,4	43,57	56,5	87,47	125,3
I. Ocupación	80,7	72,6	76,7	65,4	94,9	76,7	84,3	75,3	86,3	85,4	76,53	75,9	114,5	108,4	68,98	60,98
I. Rotación	5,8	5,8	3,9	4,0	6,4	4,5	2,8	2,5	4,8	4,8	2,3	2,8	4,6	5,8	2,3	1,8
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>228</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>162</b>	<b>197</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>516</b>	<b>576</b>	<b>791</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>8</b>

Fuente: Host / BBDD poblacional. (\*) HD Irubide incluye la actividad del programa TCA. IO calculado sobre días hábiles; plazas ajustadas por COVID en 2021. ESTANCIA MEDIA: calculada desde BBDD poblacional.

PACIENTES POR SEXO	2021				2022			
	HOMBRE	%	MUJER	%	HOMBRE	%	MUJER	%
HD1 Pab. Blanco	38	32%	82	68%	39	33%	80	67%
HD2 Irubide (*)	50	37%	85	63%	51	37%	87	63%
HD5 Tudela	30	45%	36	55%	22	42%	31	58%
UDC Tudela	25	31%	55	69%	30	36%	54	64%
HD Psicog.	24	29%	60	71%	20	24%	63	76%
UDC	126	46%	146	54%	136	44%	170	56%
HD ZURIA	46	58%	34	43%	66	66%	34	34%
HD IJ	10	27%	27	73%	9	27%	24	73%
<b>TOTAL</b>	<b>349</b>	<b>40%</b>	<b>525</b>	<b>60%</b>	<b>373</b>	<b>41%</b>	<b>543</b>	<b>59%</b>

Tabla 9. Actividad asistencial de los hospitales de día de salud mental en Navarra. Fuente: Servicio Navarro de salud. Memoria 2022

Así, el Hospital de Día de Salud Mental 1, que a su vez constituye un recurso intermedio de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMN), se encuentra ubicado en Pabellón Blanco del Hospital Universitario de Navarra (HUN), cercano a las 2 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).



En el Hospital de Día de Salud Mental 1 ingresan personas entre 17 y 65 años con problemas de salud mental, que requieren un tratamiento intensivo e integral para abordar los factores clínicos, familiares y contextuales. Son derivados desde los Centros de Salud Mental porque requieren un tratamiento más intensivo, o de las UHP para continuar el tratamiento como tránsito a la comunidad. Son requerimientos básicos (51) la capacidad de colaborar mínimamente con el programa terapéutico, que se hace extensivo a la familia o las personas que conviven con el usuario, y también debe haber ausencia de conductas auto o hetero agresivas imposibles de contener en el ámbito de la hospitalización parcial.

El Hospital de día 1 atiende a algunos barrios de la zona de Pamplona: Casco Viejo, Burlada, Buztintxuri y Ansoáin. Dispone de 20 plazas, 5 de las cuales corresponden desde 2022 a un programa monográfico de atención a personas con trastorno límite de la personalidad.

Las indicaciones diagnósticas más habituales son (54):

- Trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos de ideas delirantes persistentes).
- Trastornos afectivos (trastorno bipolar, trastornos depresivos graves).
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos neuróticos con sintomatología grave y limitante (p. ej., trastorno obsesivo compulsivo).

Los destinatarios del tratamiento presentan el siguiente perfil general (54):

- Presencia de sintomatología activa subaguda.
- Capacidad de aceptar de forma voluntaria el tratamiento, tanto el usuario como la familia.
- Ausencia de conductas gravemente disruptivas y heteroagresivas o autoagresivas.
- Presencia de soporte familiar o institucional que garantice un entorno suficientemente estructurado para permitir la continuidad del proceso terapéutico.

Es poco frecuente en este tipo de dispositivo encontrar una población homogénea. Esta diversidad se da tanto en aspectos clínicos como en aspectos sociales, familiares y ocupacionales. (51)

Los recursos humanos con los que cuenta son:

- 1 Médica psiquiatra
- 1 Psicóloga clínica
- 1 Trabajadora social
- 1 Terapeuta Ocupacional
- 2 Enfermeras especialistas en salud mental (una de ellas, la directora del Hospital)
- 1 TCAE
- 1 administrativo

Para el programa de Trastornos de la Personalidad, se cuenta además con:

- 1 Psicólogo clínico
- 1 Médico psiquiatra

El Hospital de día 1 cuenta con sala de espera, administración, sala de reuniones, zona con despachos para cada profesional, sala de estar (con juegos de mesa, biblioteca, tenis de mesa), taller de terapia ocupacional, sala de psicomotricidad, 2 salas de grupos polivalentes que se pueden unir en una sola sala amplia, comedor y cocina. Está a su vez ubicado en un entorno que permite realizar actividades en el exterior (jardines) y en la comunidad.

Los objetivos generales de los hospitales de día, entre otros, son (51):

- La remisión total o parcial de la sintomatología psiquiátrica.
- La prevención y reducción de recaídas.
- El mantenimiento y/o recuperación de habilidades y prevención de mayor deterioro en: el autocuidado, autonomía, contacto con la realidad, funcionamiento cognitivo, conciencia y relajación del propio cuerpo para la activación y coordinación de la motricidad.
- El apoyo y psicoeducación familiar.
- La promoción de un mejor funcionamiento personal, familiar y social de los usuarios.

Entre los objetivos específicos, podemos destacar (51):

- Tratar activamente la psicopatología presente mediante abordaje farmacológico y psicoterapéutico.
- Acompañar a la persona a lo largo de su proceso de recuperación personal que realiza durante su ingreso en HD como consecuencia de la reagudización del episodio.
- Recuperar y mantener los vínculos afectivos con iguales, familiares y con la comunidad. Incluye tratamiento de las dificultades relacionales.
- Facilitar el empoderamiento del usuario y la familia para que se incorporen activamente en el proceso terapéutico.
- Potenciar de forma intensiva las capacidades del usuario para el mantenimiento de relaciones interpersonales y restablecer los vínculos sociales deteriorados.
- Programar actividades individuales, grupales y colectivas que fomenten la autonomía y favorezcan la integración de una forma estable.
- Mejorar la calidad de vida y satisfacción de los usuarios y su entorno de apoyo.
- Mejorar la adherencia al tratamiento y favorecer la vinculación al seguimiento ambulatorio del DSMA (Centro de Salud Mental de Adultos), EIP (Equipo de Intervención Psicosis Incipiente), SRC (Servicio de Rehabilitación Comunitaria) y PSI (Programa Seguimiento Individual).
- Aumentar la autonomía emocional (autoestima, capacidad de decisión, madurez...)
- Potenciar la motivación para la readaptación social, laboral y familiar. Introducir el valor del trabajo y de las relaciones con los demás. Reducir al máximo el aislamiento social aportando experiencias relacionales y ocupacionales positivas y estimulando su integración en la comunidad.
- Restablecer la planificación y organización diaria del usuario.

El Hospital de día 1 atendió en 2022 un total de 119 personas, el 33% hombres y el 67% mujeres, con una estancia media de 38 días.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Ingresos</b>	133	143	151	134	139	144	145	137	136	122	95	117	115
<b>Estancia Media</b>	35,2	47	38,8	45	32,2	34,1	31,4	32,1	32,6	31,8	39	25,8	38
<b>Índice de ocupación</b>	97,7	100	80	94,8	89,6	99,1	92,4	89,5	89,4	79,2	93,2	80,7	72,6

Tabla 10. Número de personas ingresadas en HD1 en los últimos 13 años. Elaboración propia. Fuente: Plan de salud mental 2019-2023; Memorias de salud mental 2018, 2018, 2020 y 2021; Memoria de salud 2022.

## 1.4. Adecuación a los planes de salud de Navarra

En Navarra el principal instrumento de planificación en salud es **el Plan de Salud de Navarra**, que se actualiza cada 6 años. A falta de aprobar uno nuevo, el último vigente fue el Plan 2014-2020 (55), donde se definen los principios, objetivos, estrategias y programas, instrumentos estratégicos, formas de participación y seguimiento y evaluación para estudiar el grado de cumplimiento de las acciones previstas en el Plan.

Los objetivos generales del plan son los siguientes:

- Disminuir la mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.
- Disminuir la morbilidad y reducir la severidad de las patologías priorizadas.
- Disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal.
- Mejorar la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud.
- Promover estilos de vida saludables y reducir riesgos para la salud.
- Fomentar el empoderamiento y el autocuidado de la salud.
- Reducir las desigualdades en los resultados de salud.
- Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

Entre los objetivos específicos, se menciona la detección de la violencia psíquica.

Dentro de las estrategias y programas del Plan se contemplan:

- ✓ La “Estrategia de Prevención en Salud mental (depresión y suicidio, drogodependencias y otras adicciones, salud mental en la escuela, etc)
- ✓ La “Estrategia de atención a la discapacidad y promoción de la autonomía”.
- ✓ La “Promoción de la salud y autocuidados en adultos”.

El plan también hace alusión a la investigación y a los problemas emergentes. El abuso psicológico grupal y los grupos de persuasión coercitiva deben ser más investigados en Navarra, y sin lugar a dudas tiene mucho que ver con algunos problemas emergentes a los que alude el plan como la violencia, los trastornos del comportamiento, los trastornos emocionales y adaptativos, y también con algunas socioadicciones o adicciones comportamentales.

Este proyecto que se propone, se enmarcaría en la estrategia de “Prevención y atención en salud mental”, tanto en el ámbito de la violencia psicológica como en el de las adicciones comportamentales, si bien tiene muchos vínculos con la promoción de la salud y la promoción de la autonomía.

Aunque es una Estrategia también pendiente de actualizar, hay que hacer referencia a **la Estrategia “Osasunbidea: Caminando por la salud” (2015-2020)**, donde una de las líneas estratégicas es “mejorar la salud de la población” y dentro de ésta intervención está el “priorizar la atención a las personas más vulnerables”, o “mejor prevenir que curar”.



Imagen 13. Osasunbidea: caminando por la salud. Fuente: Servicio Navarro de salud.

Más específicamente hay que destacar **el Plan de Salud Mental de Navarra (2019-2023)**, que entre sus 40 objetivos están los siguientes (50):

Objetivo 26: Nuevos servicios y programas a implementar.

Objetivo 33: Mejorar la atención en hospitalización de día.

Objetivo 35: Mejorar la organización de los servicios de la RSM.

Con este trabajo fin de máster (TFM) lo que pretendemos justamente es crear un nuevo programa para implementar en hospitalización de día.

Como se puede observar, todos los planes anteriores están pendientes de renovación o actualización. Confiamos que en los próximos se tenga en cuenta la problemática que abordamos en este TFM.

Actualmente en vigor está el **“Plan de Salud Pública de Navarra 2022-2025: Sociedad justa. Vidas saludables”**, (56) cuya finalidad es prevenir la enfermedad y promover la salud de las personas, y que incluye entre las prioridades de salud algunos estilos de vida y condiciones de riesgo como las adicciones con y sin sustancia, pérdida de autonomía y dependencia, o el estrés y malestar emocional. También incluye los factores sociales y del entorno, como los relacionados con la organización social (grupos vulnerables).

También está en vigor el “**Programa de Bienestar Emocional (2022-2024)**” (45) del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, que estaba recogido como propuesta en el Plan de Salud Pública, y que menciona la prevención de adicciones con y sin sustancia.

En el **Plan de Atención a las personas con conductas suicidas en la red de salud mental de Navarra** (57), elaborado en 2021, señala como factores de protección entre otros: sentirse parte de un grupo o comunidad, resiliencia o sentido para vivir, así como valores, espiritualidad y creencias religiosas. También cohesión familiar y/o con el grupo de iguales. Entre los factores precipitantes se indican: experiencias traumáticas (abusos, malos tratos, agresiones, etc), cambios vitales bruscos no deseados, o conflictos interpersonales. Sería interesante que se investigara si las personas que han llevado a cabo conductas suicidas, consumadas o no, tienen algún tipo de vinculación con grupos de persuasión coercitiva en ese momento o la han tenido recientemente.

Según el informe salud mental de la OMS 2022 (42), la prevención del suicidio es una prioridad internacional, tal y como también en la meta del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) (47) de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en un tercio para 2030.

Para finalizar, solo mencionaremos otros **planes a nivel estatal** vigentes que también consideramos relevantes:

- La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (periodo 2022-2026) (58)
- La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (59), que incluye las adicciones sin sustancia o comportamentales. Hay que destacar el informe sobre adicciones comportamentales 2020 (60), aunque lamentablemente se centre solo en algunas: juego con dinero, uso compulsivo de internet y trastorno por uso de videojuegos.

## 1.5.La repercusión de los Grupos de Persuasión Coercitiva en la salud

---

¿Cuál es la relación de los grupos de persuasión coercitiva y la salud?. Ortega (61) se pregunta en su tesis de grado: “¿cuáles son los daños relacionados con la salud mental en personas víctimas de sectas coercitivas?”. Esa pregunta es clave también para este TFM.

Cuevas (6) señala que los daños psicosociales más habituales son los siguientes:

- Daño en la salud mental o física: trastornos psicológicos generados en el seno del grupo, como ocurre con el trastorno de estrés postraumático o el trastorno disociativo, o el agravamiento de trastornos previos. Deterioro de la salud, alteraciones hormonales, alteraciones del peso, del apetito, de la vitalidad, etc.
- Problemas emocionales: ansiedad, miedo, culpa, síntomas depresivos, infantilización o enlentecimiento del desarrollo evolutivo, labilidad emocional, emocionalidad aplanada o distante, etc. Asociados, o no, a un cuadro diagnóstico.
- Alteraciones cognitivas: rigidez mental, reducción de la flexibilidad y adaptabilidad cognitiva, disminución del pensamiento crítico e independiente, imposición de la emocionalidad sobre la racionalidad, distorsiones en la percepción e interpretación de la realidad, procesos de pensamiento constreñidos o maniqueos, aumento de las tendencias narcisistas, pensamientos obsesivos y paranoides, etc.
- Daños del recorrido vital y de la libertad individual: se ataca el derecho fundamental de libertad personal, muestras de ello son la excesiva y atípica sumisión y dependencia, o la incapacidad para criticar a la jerarquía (frente a la incrementada capacidad crítica, u hostilidad, respecto a su medio social o familiar). Se fomentan rasgos pasivos y dependientes, deteriorando la identidad previa a favor del grupo.
- Impedir la elección libre de pareja: el líder indica qué relación es adecuada o inadecuada, exige abstinencia, provoca ruptura de parejas, elige matrimonios, etc.



- Daños en la estructura familiar de origen y en la red social previa.
- Daños socio-laborales: abandono del empleo, problemas de rendimiento (dificultando la carrera laboral o la promoción interna), dificultades de adaptación social y laboral al salir del grupo, etc.
- Ausencia de planes de futuro fuera del grupo: durante la estancia se eliminan los planes personales de futuro. Se sustituyen por la obediencia jerárquica. Sólo tienen cabida los planes por y para el grupo, lo que provoca grandes dificultades de adaptación si se sale del grupo.
- Explotación económica, laboral y personal: trabajo fuera y dentro del grupo, ingresos desviados al grupo por distintos métodos (diezmos, donativos, costes por formación o por otros servicios, etc.), recursos personales y materiales a disposición del grupo, etc.
- Explotación sexual y otras alteraciones de la conducta sexual: aunque no ocurre en todos los grupos, es bastante frecuente la presencia de situaciones de abuso sexual, donde la víctima refiere haberse sentido obligada a mantener relaciones sexuales. Por otro lado, la conducta sexual puede alterarse de distintas maneras: restricciones, celibato impuesto, imposición de normas o prácticas ritualísticas, fomento de la promiscuidad, etc.

A continuación, puesto que esta es la base principal sobre la que se basa este trabajo, el problema o necesidad a la que tratamos de dar respuesta, analizaremos de un modo más detallado lo que dicen diferentes autores al respecto.

### 1.5.1. Daños relacionados con la salud mental

Los investigadores Saldaña, Antelo, Rodríguez-Carballeira y Almendros (4, 62) propusieron en 2018 una taxonomía (Anexo 2) donde recogían los 20 síntomas más presentes en los adeptos, agrupados en 4 áreas:

- ✓ Dificultades emocionales
- ✓ Dificultades cognitivas (atención, memoria, toma de decisiones, razonamiento o procesamiento de la información).

- ✓ Dificultades relacionales y de integración social (adaptación educativa y laboral; bajas habilidades de comunicación e interacción; inconvenientes para establecer o renovar relaciones debido a la dependencia o a la desconfianza; sentimientos de soledad e incompreensión).
- ✓ Otras conductas problemáticas específicas (somatización, alteración del sueño, problemas sexuales, desórdenes alimenticios y comportamientos adictivos).

**Ortega** (61) utiliza dicha clasificación para categorizar los hallazgos de su revisión narrativa sobre **consecuencias psicológicas** en exmiembros de sectas coercitivas, que sintetizamos a continuación:

a) Dentro de las **dificultades emocionales** se evidencian sentimientos como humillación e ira, así como síntomas más relacionados con la nosología psiquiátrica como la depresión y la ansiedad. Estas alteraciones están relacionadas con los problemas a la hora de buscar empleo y mantenerse en ellos por la inestabilidad en las relaciones. Saldaña et al (2017) describen síntomas y sentimientos como: ansiedad y miedo, duelo y pérdida, vergüenza y culpa, tristeza y desesperación, rabia y cólera y baja autoestima. Zhou et al (2016) registró ansiedad de exmiembros de grupos sectarios, y González-Bueso et al (2015) describen síntomas de depresión y ansiedad a propósito de un caso. La depresión es uno de los síntomas afectivos más comunes señalados por la observación clínica de exmiembros. Tobía y Lalich señalan que la pena y el duelo especialmente combinados con la desesperación, el hastío, la ansiedad, la ira interior y la vergüenza, pueden producir una depresión incapacitante entre quienes abandonan las sectas. Colling (1982) describe hallazgos de depresión, culpa, miedo, paranoia, habla lenta, rigidez facial, indiferencia en la apariencia física y deterioro en la memoria. Varios autores describen que muchas personas nacidas o criadas en grupos de alta exigencia, o que han estado expuestos a técnicas coercitivas por mucho tiempo, padecen Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C). Las alteraciones emocionales son mayores en aquellas personas que han pasado más tiempo en estos grupos.

b) En las **dificultades cognitivas** se recoge un malestar a nivel de identidad, concretamente, una confrontación de pensamientos y conductas provocado del conflicto del yo construido en el grupo y su incoherencia con las dinámicas

externas. Las sectas que usan técnicas de reforma del pensamiento tienen mayor impacto en los síntomas disociativos. Saldaña et al (2017) describen embotamiento cognitivo, dificultad en la toma de decisiones, problemas de identidad, rumiación y evitación, pensamientos irracionales y estados disociativos. Zhou et al (2016) refiere que víctimas de culto abusivos experimentan la desarmonía del yo. Adams (2008) identifica síntomas disociativos. Los problemas más comunes recogidos en la literatura son: problemas de identidad, disociación, embotamiento cognitivo y dificultades para tomar decisiones. También se alude al pensamiento simplista, dicotómico o dificultad para tomar decisiones. La sintomatología más recogida es la disociación, que está presente en aquellos grupos donde se usan más técnicas contemplativas o que generen alteración o cambios del pensamiento.

c) Las **dificultades relacionales y de integración social** que afecta a exmiembros son principalmente problemas adaptativos derivados de la forma previa de concebir el mundo y las relaciones interpersonales. Otro problema es recuperar y sanar relaciones pasadas, principalmente con la familia, y de modo especial cuando han nacido o se han criado en grupos sectarios. También ha tenido repercusiones a la hora de seleccionar, ingresar y mantener un empleo o una carrera.

Gibson (2017) refiere en exmiembros situaciones desadaptativas, dificultad para restablecer las relaciones familiares, culpa, etiquetamiento social de víctima, sentimientos de soledad, sentirse diferente e inconvenientes para confiar en las demás personas. Matthes y Salazar (2013) identificaron dificultades para construir nuevas relaciones sanas, relación confusa, conflictiva o nula con los padres, desconfianza de las otras personas, sentirse juzgados, o la necesidad de reconstruir su identidad. Saldaña et al. (2018) identifica mayor estrés en situaciones sociales, insensibilidad interpersonal, así como niveles más bajos de bienestar social en sus relaciones positivas con otros, en la integración social, la aceptación social y el bienestar psicológico. Para Zhou et al. (2016) la desarmonía del yo y la menor autoflexibilidad que manifiestan tiene una incidencia negativa en la confianza interpersonal. Para Jones (2016) y Leisure (2009) la salud mental por la participación en una secta coercitiva tiene una relación significativa con el campo laboral y educativo, donde las carentes habilidades sociales y laborales dificultan conseguir un puesto de trabajo o el mantenerlo. Para Jones, hay consecuencias en

la capacidad de respuesta a las actividades cotidianas de la vida. Así, las principales consecuencias son: baja habilidad social, de comunicación y la dificultad para entablar relaciones sociales como consecuencia de la dependencia y desconfianza generada por su paso por la secta. Javaloy (1997) habla de despersonalización, es decir, que la identidad personal se difumina en el grupo. Turner describe 3 consecuencias de la despersonalización: incapacidad para ejercer una vida autónoma y tomar decisiones, relación de dependencia al grupo, e incapacidad de ejercer una vida social y laboral ajena al grupo.

d) En **otras conductas problemáticas específicas**, según las investigaciones, la somatización es el problema específico más común, generado por las restricciones del contacto endógeno del grupo y las contradicciones ejercidas a nivel del pensamiento. González-Bueso et al (2015) reportan un caso que desarrolló problemas fisiológicos variados relacionados con el alto estrés dentro del grupo. Ward (2011) también identificó lesiones a nivel de esófago, vesícula biliar e hígado debidas a la tensión del control interno y externo ejercida en exmiembros de grupos coercitivos. Matthes y Salazar (2012) reportan síntomas físicos como dolores de cabeza, de estómago y fatiga originados por distintos tipos de abuso. Durocher (1999) y Eichel (2016) encontraron problemas en el ámbito sexual. Este último autor describe el desarrollo de adicciones en algunos de sus pacientes.

Tal como recuerda Antelo (4) los supervivientes de abuso psicológico en grupos relatan que el periodo tras abandonar el grupo es vivido como una experiencia difícil, ya que se ven afectadas todas las áreas de su vida, a nivel social, familiar, profesional o financiero. Los efectos negativos pueden ser de naturaleza y gravedad muy diversa, pudiendo implicar síntomas psicopatológicos e incluso trastornos de salud mental, así como todo un conjunto de dificultades psicosociales que afectan a su recuperación y bienestar.

Según Antelo (4) “existe un efecto directo entre el abuso psicológico vivido dentro del grupo y el malestar posterior, ya sean dificultades psicosociales o sintomatología psicopatológica”. Así mismo, según los estudios presentados en su tesis doctoral, “el abuso psicológico experimentado en el grupo fue la variable más fuertemente relacionada con el malestar. No parece, por tanto, que dichas consecuencias sean debidas solo a una transición vital o al hecho de abandonar un

grupo social”. “Los supervivientes de grupos abusivos reportaban menores niveles de adaptación social y resiliencia aún muchos años después de haber abandonado el grupo”. Todo parece indicar que “la principal variable que influye en el malestar no es el hecho de abandonar un grupo, sino haber experimentado abuso psicológico en él”.

El estudio de los efectos que las estrategias de abuso psicológico grupal tienen sobre las personas se divide entre (4):

- a) Las consecuencias y síntomas psicopatológicos observables
- b) Las secuelas de tipo psicosocial (que pueden o no solaparse con circunstancias más patológicas)

a) Tal como recoge con detalle **Antelo** (4) los estudios refieren un posible patrón de **malestar psicopatológico** formado por síntomas de depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide. También se observan una mayor tendencia a fobias, malestar psicósomático, síntomas de estrés postraumático y con menos frecuencia síntomas psicóticos. En ocasiones, cuando el malestar emocional es tan elevado puede conllevar pensamientos de ideación suicida y tendencias autodestructivas. Muchos supervivientes podrían ser diagnosticados con probabilidad con un trastorno de personalidad dependiente o un trastorno de ansiedad. Cabe señalar que los trastornos disociativos fueron uno de los síntomas más observados en impresiones clínicas.

b) Antelo (4) también hace referencia a **dificultades psicológicas y sociales** tras abandonar un grupo abusivo, incluso muchos años después. El abuso psicológico en grupos suele provocar un coste sustancial para las víctimas (dinero, tiempo, oportunidades perdidas, daño a sí mismos o a sus seres queridos). Los supervivientes deben lidiar con sentimientos y emociones que les genera gran malestar como la vergüenza, la culpa, la ira o el miedo. No hay que olvidar que es frecuente que los propios supervivientes hayan sido colaboradores o incluso partícipes de las dinámicas abusivas así como reclutadores de personas cercanas. Suele producirse un sentimiento de duelo relacionado con todo lo que puede haberse perdido como resultado de la experiencia abusiva. Es muy significativo el sentimiento de pérdida de tiempo y oportunidades, incluyendo aspectos psicológicos como su identidad, objetivos vitales o saber cómo comportarse. Un

gran número de supervivientes se sienten perdidos, confusos y vacíos, con dificultades para tomar decisiones de forma autónoma, indecisión y bajo nivel de autoconfianza. Los supervivientes deben afrontar retos y dificultades adicionales al reincorporarse a la sociedad: establecer nuevos lazos sociales, sentimientos de incompreensión y aislamiento, soledad, desconfianza hacia los demás, y no saber relacionarse de forma adecuada con los demás. Deben reaprender normas y roles sociales, cómo actuar a nivel laboral, cómo desarrollarse a nivel educativo e incluso cómo gestionar su economía. Todo esto se complica por su tendencia a pensar de forma más rígida, falta de concentración o memoria, o problemas relacionados con el sueño y la alimentación.

Antelo (4) también clasifica en la taxonomía creada por Saldaña, Antelo, Rodríguez-Carballeira y Almendros (62) **las dificultades psicosociales** referidas por la literatura, que resumimos a continuación:

**Dificultades emocionales:** ansiedad, miedo, malestar vinculado a posibles temores e inseguridades para desenvolverse por uno mismo fuera del grupo o por amenazas o peligros relacionados con la doctrina del grupo. Duelo y pérdida, por lo abandonado en el grupo o lo perdido mientras se estaba en el grupo (relaciones, oportunidades, tiempo, etc). Rabia e ira o sentimientos de vergüenza y culpa al tomar conciencia de la manipulación sufrida, o por conductas realizadas dentro del grupo. Sentimientos de tristeza, desesperanza y baja autoestima.

**Dificultades cognitivas:** podemos distinguir 3 subcategorías:

a) Problemas relacionados con síntomas de estrés postraumático: estados disociativos, rumiación y evitación o embotamiento cognitivo. Dificultades para concentrarse, alteraciones en la percepción o la memoria, pérdida de flexibilidad cognitiva, tendencia al pensamiento dicotómico, ideación paranoide e irracional (sobregeneralización, atribuciones erróneas o una lectura excesivamente espiritual, emocional o persecutoria de algún suceso).

b) Problemas de identidad: construcción de una realidad y una manera de pensar diferentes, experiencia de grandes cambios en la identidad, la forma de pensar y actuar.

c) Problemas con la toma de decisiones: dificultad y desconfianza en la propia capacidad de criterio. Dependencia en la toma de decisiones, obediencia y no cuestionamiento del grupo y su doctrina.

**Problemas relacionales y de integración social:** a) falta de habilidades sociales, b) Problemas relacionales, c) problemas de integración social.

Se ven gravemente afectadas la forma en que se relacionan con los demás, las redes sociales (familia, amigos, trabajo, estudios). Sentimiento de aislamiento, desconexión, dificultades para relacionarse de modo adecuado con otros o para desenvolverse en el día a día. No disponer de un nivel básico de habilidades sociales necesarias para la vida diaria (manejo de la economía, búsqueda de trabajo o vivienda, relacionarse e interactuar con otras personas). Miedo y dificultad para confiar en los demás, que puede conllevar dificultad para establecer relaciones íntimas estables, estigma, sentimiento de “extraños, sucios o estúpidos”.

**Otras conductas problemáticas específicas:** alteraciones en el ajuste de conductas específicas importantes para la salud y el funcionamiento diario de la persona, como somatización, alteración del sueño, y alteraciones de la conducta alimentaria. También se identificaron problemas sexuales, o conductas adictivas (consumo de sustancias, adicción al juego o al uso de determinadas tecnologías).

Compartimos con Antelo (4) que si bien en el manual diagnóstico DSM-5 se hace referencia a los problemas generados por el abuso psicológico en grupos en la categoría diagnóstica Trastorno Disociativo no especificado, reconociéndose una “perturbación de la identidad debido a una persuasión coercitiva intensa y prolongada (p.ej., lavado de cerebro, reforma de pensamiento, adoctrinamiento) en cautiverio, tortura, encarcelamiento político, reclutamiento por una secta o culto, o por organizaciones terroristas”, esto solo recoge una parte de la sintomatología psicopatológica que pueden padecer las víctimas de grupos abusivos. Las víctimas experimentan un malestar psicológico y social particular que está estrechamente relacionado con la experiencia de abuso psicológico vivido en el grupo, y que es preciso desarrollar en el futuro con criterios objetivos en las diferentes taxonomías de salud mental para permitir a los profesionales un adecuado diagnóstico.

### 1.5.2. Diagnóstico DAFO

Para diseñar la mejor estrategia a seguir se realiza el siguiente análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO):

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fenómeno invisibilizado e incomprensido</li> <li>• Falta de herramientas (observatorio y registros adecuados) que permitan conocer mejor esta realidad en Navarra</li> <li>• Realidad muy cambiante y sutil</li> <li>• Falta de formación en profesionales sanitarios y otros</li> <li>• Falta de experiencia</li> <li>• Falta de consensos entre expertos</li> <li>• Estigma social. Mitos e ideas erróneas</li> <li>• Poca accesibilidad de los recursos a las víctimas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento de esta realidad</li> <li>• Miedo</li> <li>• Inercia, resistencia al cambio</li> <li>• Inestabilidad, saturación, desbordamiento por la situación actual del equipo</li> <li>• Falta de sensibilidad política</li> <li>• Falta de recursos humanos</li> <li>• Globalización y redes sociales (sectarismo 3.0)</li> </ul>
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo en equipo en HD</li> <li>• Profesionales de HD altamente cualificados y especializados en salud mental</li> <li>• Motivación y disposición a aprender</li> <li>• Expertos, investigadores y asociaciones de víctimas relativamente cercanos</li> <li>• Comunidad pequeña</li> <li>• Coordinación intersectorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto innovador</li> <li>• Realidad permanente y emergente</li> <li>• Aporta salud y bienestar tanto individual como grupal</li> <li>• Posibilidades de investigación</li> <li>• Momento oportuno</li> <li>• Reto de las redes sociales</li> <li>• Conciencia y defensa de la libertad y los derechos humanos.</li> </ul>

Tabla 11. Matriz DAFO. Elaboración propia

Una vez hecho el análisis estratégico se identifican 6 problemas:

- Desconocimiento de esta realidad en Navarra
- Falta de un programa de abordaje específico



- Falta de formación
- Falta de experiencia en los profesionales
- Creencias erróneas y estigma social
- Miedos e inseguridad

### 1.5.3. Método Hanlon de priorización

Para decidir dónde invertir los recursos en base a los problemas detectados se utiliza el método de priorización Hanlon, que utiliza para ello 4 componentes: magnitud (escala 0-10), gravedad (escala 0-10), eficacia de la intervención (escala 0-1,5) y factibilidad (escala 0-1). Se calcula según la siguiente fórmula:  $(M+G).E.F$

Problema	Magnitud	Gravedad	Eficacia de la intervención	Factibilidad del programa	Total
Desconocimiento de la realidad	8	7	1	0,5	7,5
Falta de un programa de abordaje específico	8	9	1	1	17
Falta de formación	5	4	1	1	9
Falta de experiencia	4	4	0,5	0,5	2
Estigma social. Creencias erróneas	7	6	1	1	13
Miedo e inseguridad	3	3	0,5	0,5	1,5

Tabla 12. Método Hanlon de priorización. Elaboración propia

Una vez hecho este análisis, se observa que los problemas principales son la falta de un programa de abordaje específico de esta problemática y el

desconocimiento o invisibilización de esta realidad en Navarra. Creemos que los datos existentes en la actualidad son suficientemente sólidos y rotundos como para poner en marcha un programa de atención y prevención en el ámbito de la salud mental, que a su vez ayudará a visibilizar mejor aún esta realidad.

Al menos el 1% de la población forma parte de Grupos de Persuasión Coercitiva, todos somos susceptibles en un momento determinado de formar parte de ellos, puesto que están en nuestro entorno cotidiano bajo formatos y apariencias muy dispares, e internet no ha hecho sino multiplicar las probabilidades, especialmente tras la pandemia.

Sirva como referencia comparativa un dato relevante en salud mental para comprender la magnitud del problema que estamos abordando, como es que el 1% de la población padece esquizofrenia (63), no haciendo distinción entre clases sociales, culturales o razas. La OMS calcula que cada año se diagnostican entre 15 y 30 nuevos casos por cada 100.000 habitantes en el mundo. En España 400.000 personas son diagnosticadas con esquizofrenia, lo que significa que aproximadamente una de cada cien personas tiene este diagnóstico.

### 1.5.5. Análisis de riesgos

A continuación, se realiza un análisis inicial de aquellas posibles fuentes de riesgo que pueden influir en que el proyecto no se desarrolle conforme a los procesos y objetivos deseados.

CUADRO DE ANÁLISIS DE RIESGOS							
Acciones	Posibles Elementos Imprevisibles	Probabilidad	Impactos			Acciones necesarias	
			Débil	Medio	Fuerte	Prevención	Regulación
<b>Autorización de la Gerencia de Salud Mental</b>	Otras prioridades. Incomprensión.	0,6			X	Rigurosidad. Elegir momentos de oportunidad. Entrevistas personales con la Gerencia.	Constancia. Visibilización del problema. Presión social de supervivientes.
<b>Selección de profesionales para la ejecución del programa</b>	Escasez de profesionales formados en este ámbito.	0,5		X		Elegir a quienes tengan mejores aptitudes y mayor motivación.	Facilitar formación específica para todo el equipo.
<b>Formación de los profesionales de Hospital de Día</b>	Sobrecarga laboral.	0,3		X		Priorización de tareas y mejorar gestión del tiempo. Dimensionar adecuadamente.	Formación, supervisión y apoyo profesional para mejorar el desempeño y el clima laboral.
<b>Divulgación del programa</b>	Difusión deficitaria y desinformación en población diana y profesionales.	0,2		X		Difundir el programa progresiva y estratégicamente.	Estrategia de difusión periódica.
<b>Puesta en marcha del programa</b>	Pocas derivaciones. Falta de adherencia.	0,3			X	Presentar el programa en todos los servicios de la RSM	Crear un observatorio para analizar la población diana, sus necesidades y la accesibilidad al recurso.
<b>Formación presencial RSM</b>	Poco interés y asistencia.	0,2	X			Generar expectativa y curiosidad.	Buscar otras estrategias de formación. Incentivar la formación.
<b>Recogida de información</b>	Herramientas, manejo y tiempo adecuados.	0,2		X		Familiarizarse con herramientas, establecer protocolos y tiempos.	Contar con asesoría técnica.
<b>Análisis y evaluación del programa</b>	Insatisfacción de participantes.	0,2			X	Preparación adecuada de contenidos y abordajes clínicos. Estar receptivos a las necesidades.	Identificar motivos y realizar modificaciones.

Tabla 13. Análisis de riesgos del programa. Elaboración propia

## **2. Objetivos**

---

## 2.5. Objetivo general

---

Elaborar un Programa de Salud para la atención de personas afectadas por grupos de persuasión coercitiva o abuso psicológico grupal en Navarra.

## 2.6. Objetivos específicos

---

- ✓ Designar un centro de referencia en la Red de Salud Mental de Navarra para la atención a las personas afectadas por grupos de persuasión coercitiva.
- ✓ Formar a los profesionales que integran el equipo interdisciplinar de dicho centro de referencia.
- ✓ Estandarizar la atención en función de las necesidades de las personas afectadas, estableciendo diferentes subprogramas y el modus operandi de los profesionales que participan en ellos.
- ✓ Fomentar la salud y el bienestar emocional de las personas que han abandonado un grupo donde han sufrido persuasión coercitiva y desean retomar las riendas de su vida, promoviendo un funcionamiento óptimo durante su proceso de integración en la sociedad.
- ✓ Facilitar información a aquellas personas que forman parte de un grupo coercitivo, e intentar vincular con ellas en la medida de lo posible, para que en un momento dado sepan a quién pueden acudir.
- ✓ Ayudar y proporcionar consejo a aquellas personas que desean abandonar un grupo de estas características (exit counseling)
- ✓ Asesorar a las familias o a las personas vinculadas afectivamente con personas que forman parte de estos grupos.
- ✓ Fomentar la prevención primaria en los centros sanitarios, escolares, sociales, laborales y culturales.
- ✓ Fomentar la prevención online de personas en situación vulnerable a ser captadas por un grupo coercitivo.
- ✓ Coordinación con otras instituciones o profesionales que puedan facilitar la prevención o recuperación de las personas afectadas.
- ✓ Desarrollar acciones de formación a otros profesionales que favorezcan la detección de situaciones de riesgo sanitarias asociadas a este fenómeno.
- ✓ Desarrollar propuestas de investigación sobre este problema de salud.

### **3. Metodología y desarrollo del programa**

### 3.1 Población de referencia

---

Personas que son víctimas en Navarra de grupos de persuasión coercitiva o han sufrido abuso psicológico grupal, así como aquellas personas que son vulnerables a vivir dicho abuso en la Comunidad Foral.

### 3.2 Selección de la población de intervención. Criterios de inclusión y exclusión

---

A la hora de seleccionar las personas que son susceptibles de beneficiarse de este programa se seguirá el protocolo habitual de derivación a Hospital de Día desde los Centros de Salud Mental (CSM) para la prevención secundaria y terciaria. La prevención primaria se llevará a cabo en base a la demanda existente, la coordinación con otros recursos sociales, y la planificación de un calendario de actividades en función de los recursos humanos disponibles.

Se proponen unos criterios de inclusión y exclusión que deberán ser analizados y validados por el equipo sanitario asistencial de Hospital de Día. Los criterios propuestos para este programa son:

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<b>Prevención primaria</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Solicitud de centros educativos (4º de la ESO, bachillerato, formación profesional)</li><li>➤ Centros sociales o comunitarios (Civivox, asociaciones, etc) que deseen difundir esta realidad</li><li>➤ Personas y organizaciones que buscan información puntual a nivel particular</li><li>➤ Profesionales relacionados con este fenómeno que son relevantes para la</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Falta de personal asistencial suficiente</li><li>➤ Ausencia de responsables de la actividad o si ésta es difusa por parte de la entidad peticionaria</li><li>➤ Instrumentalización de la actividad para otros intereses</li></ul>

	detección y orientación: personal sanitario, profesores, educadores (escuelas de ocio y tiempo libre, etc), abogados, policías, etc.	
<b>Prevención secundaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Personas que forman parte de un grupo de persuasión coercitiva (GPC) que desean dialogar libremente con los profesionales del programa.</li> <li>➤ Familiares que sospechan que la persona está en un GPC</li> <li>➤ Organizaciones sociales que desean conocer qué nivel de sectarismo existe en su interior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ausencia de consentimiento</li> <li>➤ Sospechas fundadas de un uso indebido de la relación de ayuda o de la información</li> <li>➤ Menores de 17 años</li> </ul>
<b>Prevención terciaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Personas con problemas de salud mental o de bienestar emocional como consecuencia de haber formado parte de un GPC</li> <li>➤ Familias de personas que forman parte de un GPC</li> <li>➤ Grupos de Ayuda Mutua en relación a los GPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ausencia de consentimiento</li> <li>➤ Ausencia de un nivel relevante (grave o muy grave) de sintomatología psicopatológica, malestar psicosocial o desajuste ocupacional</li> <li>➤ Ideas delirantes o persecutorias respecto al grupo que no tienen una base real</li> </ul>

**Tabla 14. Criterios de inclusión y exclusión para el acceso al programa de persuasión coercitiva grupal en Hospital de día. Elaboración propia**

El equipo de Hospital de Día encargado de este programa hará una valoración de las necesidades detectadas y su gravedad, así como de la pertinencia de la modalidad e intensidad de la atención en base a los criterios señalados y la información disponible. La atención podrá ir variándose y ajustándose en base al proceso evolutivo.



### 3.3 Actividades para alcanzar los objetivos

---

#### 3.3.1 Selección del recurso de la Red de Salud Mental de Navarra y los profesionales para la ejecución del programa

---

El hospital de día es el dispositivo intermedio más representativo de salud mental, que persigue incrementar la calidad de vida y el grado de satisfacción, con disminución del sufrimiento, de las personas que sufren problemas de salud mental graves e inestables. (58)

La estancia en el Hospital de Día de Salud Mental favorece algunas intervenciones específicas: en los casos en los que ha habido una crisis con ruptura de los vínculos afectivos y sociales. (58)

La ventaja de hospital de día para incluir en él este programa innovador radica en varios factores:

- a) Abarca como posibles destinatarios a todas las personas residentes en la Comunidad Foral de Navarra, es decir, a todas las áreas de salud en que se organiza la atención sanitaria.
- b) Dispone de un equipo multidisciplinar, lo que favorece un abordaje integral.
- c) Su posición intermedia hace que sea muy flexible en cuanto a las modalidades de intervención que puede ofertar, abarcando una amplia gama que va desde la atención individual a la grupal, y desde la atención ambulatoria a la atención en el programa de actividades grupales (todo o parte) existente en el hospital de día. Esto permite ajustar las modalidades de intervención y su intensidad a lo largo del proceso.
- d) Tiene una fuerte orientación comunitaria, que favorece la coordinación e implicación de otros elementos relevantes de la comunidad.

Los profesionales que llevarán a cabo directamente este programa y el resto del equipo de hospital de día que lo apoya llevarán a cabo una formación previa en este ámbito, y se fomentará la formación continua bien mediante sesiones clínicas o la asistencia de los profesionales a eventos formativos específicos.

Profesionales que se requieren como núcleo principal de referencia:

- ❖ Un terapeuta Ocupacional

- ❖ Un psicólogo clínico
- ❖ Con el apoyo del resto del equipo habitual de Hospital de día.

### 3.3.2 Preparación del equipo para iniciar el programa

Una vez que se ha seleccionado a los profesionales que liderarán este programa, y éstos han recibido la formación oportuna a través de expertos en la materia (Ej. Cultus formación: <https://cultusformacion.es/>), se llevará a cabo una presentación del programa al resto del equipo de hospital de día. Para ello se realizará una sesión teórico-práctica en un el mismo Hospital de Día 1, con el fin de conocer al detalle el programa, y entablar un diálogo con el resto del equipo de cara a mejorar el proyecto y su implementación.

A continuación, se muestra una guía orientativa de la sesión, con una duración total de 1 hora y 30 minutos:

Contenido	Metodología	Tiempo	Recursos didácticos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acogida y dinámica sobre los conocimientos y sentimientos de los participantes sobre esta temática</li> </ul>	- Participación grupal	15'	- PowerPoint
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Objetivos del programa, contenidos, metodología, cronograma y evaluación.</li> <li>▪ Resolución de dudas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición</li> <li>- Análisis</li> <li>- Discusión grupal</li> </ul>	90'	- PowerPoint
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sesión práctica</li> </ul>	- Simulación y debriefing	30'	-Situaciones clínicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resumen</li> <li>▪ Sugerencias y aportaciones</li> <li>▪ Fin de la sesión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositiva</li> <li>- Participación grupal</li> </ul>	15'	- PowerPoint

Tabla 15. Guía de la presentación del programa. Elaboración propia

### 3.3.3 Divulgación del programa

---

Una vez puesto en marcha el programa, su divulgación se llevará a cabo en diferentes fases de forma progresiva:

- a) Mediante correo corporativo a todos los Centros de Salud Mental y otros recursos de la Red de Salud Mental de Navarra. Se adjuntará un folleto del programa, y se mostrará disposición para realizar una presentación presencial.
- b) Mediante correo electrónico al Departamento de Educación y centros escolares de ESO y Bachillerato, adjuntando un folleto divulgativo sobre este problema y mostrando disponibilidad para llevar a cabo un programa de prevención de manera conjunta.
- c) Mediante correo electrónico a los centros de atención primaria, adjuntando un folleto del programa y contacto para cualquier duda.
- d) Mediante correo electrónico a diferentes entidades sociales, adjuntando un folleto y contacto para cualquier duda.
- e) Mediante correo electrónico a juzgados y policías de Navarra.

El folleto del programa y un modelo de tríptico divulgativo en ámbito escolar se adjuntan en el anexo 3.

### 3.3.4 Formación de los profesionales sanitarios sobre los Grupos de Persuasión Coercitiva

---

Consideramos clave la formación del personal de la Red de Salud Mental en esta temática, para lo cual se propone realizar un curso de formación específica, a través de la Comisión de Docencia de Salud Mental, y acreditada por la Comisión de Formación Continuada de Navarra.

<b>Curso: Grupos de Persuasión Coercitiva y Salud Mental</b>	
<b>Fechas y horario</b>	Del 25 al 26 de abril de 2024 (9 horas) 25 de abril, de 9:00 a 14:00 horas 26 de abril, de 16:30 a 20:30 horas
<b>Lugar</b>	Aula de docencia del HUN
<b>Dirigido a</b>	Profesionales de la Red de Salud Mental de Navarra
<b>Modalidad</b>	Presencial
<b>Programa</b>	9:00-9:30 Introducción al curso. Pre-test de conocimientos 9:30-11:00 Qué son los grupos de persuasión coercitiva. Evolución histórica y delimitación del fenómeno. Definiciones y clasificaciones. 11:00-11:30 Descanso 11:30-12:45 Grupos de persuasión coercitiva y salud mental. Consecuencias personales y sociales. 12:45-14:00 Necesidades humanas y vulnerabilidad. Proceso de captación.  16:00-17:00 Los líderes y el vínculo sectario. Las técnicas de persuasión coercitiva. 17:00-18:00 Evaluación de grupos coercitivos e intervenciones para la salida 18:00-18:20 Descanso 18:30-20:00 El proceso de recuperación: abordaje psicológico y ocupacional 20:00-20:30 Preguntas y resolución de dudas. Test de evaluación de conocimientos adquiridos. Valoración y sugerencias
<b>Inscripción</b>	Del 1 al 15 de abril
<b>Matrícula</b>	Gratuita

Tabla 16. Anuncio del curso de formación sobre Grupos de Persuasión Coercitiva y Salud Mental.

Los docentes utilizarán una metodología activa en la que combinan la exposición, con apoyo de un PowerPoint, de los puntos mencionados en el programa con diálogo, dinámicas y casos prácticos.

Para concluir la sesión, se realizará un test para conocer el nivel de conocimientos adquiridos.

### 3.3.5 Programa Preventivo

---

La prevención es definida como las “Medidas para la reducción de riesgos, prevenir la aparición de enfermedades, detener el progreso de las mismas y reducir sus consecuencias una vez establecida” (46)

Según el Informe de salud mental de la OMS 2022 (42): “En todas las etapas de la vida, la promoción y la prevención son necesarias para mejorar el bienestar mental y la resiliencia, prevenir la aparición de trastornos mentales y su impacto y reducir la necesidad de atención de salud mental. Cada vez hay más pruebas de que la promoción y la prevención pueden ser costoeficaces. Las intervenciones de promoción y prevención funcionan identificando los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental y, seguidamente, interviniendo para reducir los riesgos, fomentar la resiliencia y establecer entornos favorables para la salud mental. Las intervenciones pueden concebirse para personas, grupos específicos o poblaciones enteras”.

Las actividades preventivas, tal como indicó Caplan en 1968, se pueden clasificar en tres niveles (64, 65, 66):

1.- Prevención primaria: “más vale prevenir que curar”. Comprende medidas de promoción de la salud y protección específica orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

2.- Prevención secundaria: “más vale curar que rehabilitar”. Abarca las actividades encaminadas a obtener un diagnóstico precoz y a definir un tratamiento oportuno. La captación temprana es fundamental para evitar o retardar la aparición de secuelas.

3.- Prevención terciaria: “más vale rehabilitar que cronificar”. Incluye acciones de rehabilitación tendentes a disminuir o minimizar en las personas los niveles de discapacidad, secuelas o complicaciones producto de la enfermedad o problema de salud previamente establecido, fomentando la mayor autonomía posible.

TIPOS DE PREVENCIÓN (Caplan, 1964)	
Primaria	Tiene como objetivo disminuir el número de nuevos casos de un trastorno
Secundaria	Busca reducir la tasa de casos establecidos de un trastorno o enfermedad en la población (prevalencia)
Terciaria	Esfuerzos para disminuir el nivel de discapacidad asociado con una enfermedad existente

**Tabla 17. Tipos de prevención. Fuente: O’Loughlin K, Althoff RR, Hudziak JJ. (2018)**

En este TFM utilizaremos la clasificación de Caplan, citada por O’Loughlin et al (67), que comprende la prevención en su casi total amplitud (no incluye la prevención cuaternaria), para el diseño del programa a implementar en Hospital de Día de Salud Mental. Para ello tomaremos como base el único recurso público especializado de atención a víctimas y familiares de dependencias grupales existente en España que está en el Centro de Atención de Adicciones del Ayuntamiento de Marbella.

En Cataluña la Asociación AIS (Atención e Investigación de Socioadicciones), concertada con el Servicio Catalán de Salud, presta también servicios de atención en torno a diferentes trastornos (adiciones comportamentales, dependencia emocional, manipulación psicológica), entre los que se incluye los grupos de manipulación psicológica o sectas coercitivas. Su web es <https://ais-info.org/>

Recordemos que las socioadicciones son trastornos de dependencia vinculados a usos, costumbres o actividades diversas no relacionadas con la ingesta de sustancias químicas, sino por los efectos de la actividad emocional que acompañan a estas actividades. La clasificación de las socioadicciones hace alusión a: relaciones personales; dependencias grupales (secta coercitiva o grupo de manipulación psicológica, grupo religioso, filosófico o cultural, político, terapéutico, comercial...); dependencias interpersonales (codependencia en las relaciones de pareja, dependencia emocional, adicción a un líder); Juego (adicción a los videojuegos, a las videoconsolas o a los juegos de rol); internet (adicción al cibersexo, adicción ciberrelacional, adicción al juego en red o a la navegación y a los chats); uso de servicios-objetos (adicción al móvil, a la televisión o a las compras); sexo (relaciones sexuales compulsivas, adicción a la prostitución, abuso de la pornografía); trabajo (adicción al trabajo). (68)

### 3.3.6 Prevención Primaria

---

El Informe de salud mental de la OMS 2022 (42), considera que las escuelas pueden ser lugares de oportunidades o de riesgo para la salud mental, y alienta a poner en marcha programas escolares que incluyan intervenciones contra la intimidación, recordando que los programas escolares de aprendizaje social y emocional figuran entre las estrategias de promoción más eficaces para los países de todos los niveles de ingresos.

Rodríguez-Carballeira (69) aboga por “hacer un mayor esfuerzo dirigido a la prevención, a formar personas libres, autónomas, con espíritu crítico e independiente, dentro de un marco general de educación para la salud, también psíquica y social. Ello conlleva, entre otras cosas, educar las emociones, procurar un fortalecimiento de la autoestima y de la propia identidad dentro de un desarrollo integrado y sólido de la personalidad, impulsar una buena comunicación y dinámica que permita un fuerte arraigo familiar y un enraizamiento en las redes sociales del entorno, así como dar a conocer las estrategias de persuasión e influencia social y entrenar las habilidades para resistirlas”.

Tal como señalan Cuevas y Canto (28) “Conocer el mundo de las sectas destructivas (...) nos obliga a plantearnos muchas cuestiones que tienen que ver con la naturaleza psicosocial del ser humano. Empezar a conocer el mundo de las sectas es tratar el tema de las necesidades humanas, de las dependencias, de las adicciones, de la tolerancia a la pérdida de la libertad, del poder, de los métodos coercitivos, del poder de la situación, de los principios que rigen el funcionamiento de la personalidad y de la acción humana”.

Hernández e Ibañez (70) concluyen que para afrontar el fenómeno sectario, la estrategia clave es la prevención. Lo que incluye para ellos la cristalización de redes de apoyo y de contextos de protección que permitan una socialización sana y el desarrollo integral de cada alumno. Se debe informar activamente a los jóvenes y adolescentes de los riesgos a los que se exponen, como medida de prevención frente a posibles situaciones futuras de persuasión coercitiva.

Rodríguez (71, 72) considera que la prevención básica debe realizarse desde el medio familiar y también el medio escolar, señalando 25 actitudes para la prevención integral (Anexo 4).

La Asociación “Atención e Investigación de Socioadicciones” (AIS) ubicada en Barcelona, publicó en 2006 un programa preventivo destinado al ámbito escolar (73, 74). Dicho programa está estructurado en 6 unidades, cuyo contenido sigue siendo de enorme actualidad y que supone un recurso de gran utilidad.

<b>PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR DE AIS</b>	<b>Unidad 1: “Sé uno de los elegidos”</b>	<b>Unidad 2: “El diario de Óscar”</b>
	¿Cómo atraen a los jóvenes?. ¿Cómo los impresionan?. Vulnerabilidad, gravedad de las consecuencias de haber sido captado.	Técnicas de manipulación y coerción más frecuentemente utilizadas en dinámicas grupales.
<b>Unidad 3: “¡Te pillé!”</b>	<b>Unidad 4 y 5: “¿Qué hago?”</b>	<b>Unidad 6: “¿Dónde puedo ir?”</b>
Características de los grupos coercitivos.	Cómo afrontar y superar con éxito técnicas de manipulación que se dan en relaciones cotidianas grupales.	Búsqueda y valoración crítica de información y recursos (Internet, instituciones, etc.). ¿Qué hacen?. ¿Dónde están?. ¿Cómo acceder?

Tabla 18: Programa de prevención de AIS. Fuentes: Juárez O, Cortés M, Mussons O (2006); Jansa M (2015)

Sin embargo, en este TFM vamos a realizar una propuesta alternativa y/o complementaria a dicho programa.

Nuestra propuesta consiste en dos tipos de acciones:

- a) Charla divulgativa o introductoria
- b) Taller de formación

La Charla divulgativa o introductoria puede tener el siguiente esquema o incidir en algunos de los siguientes puntos:

- ¿De qué estamos hablando?: aclarando términos y definición
- Tipos de grupos de persuasión coercitiva
- ¿Cuántos grupos son?, ¿a cuántas personas afecta?
- Perfil de los líderes y perfil de los reclutadores
- Características estructurales de los grupos de persuasión coercitiva
- Perfil de las víctimas y factores de vulnerabilidad
- Técnicas de persuasión coercitiva
- Señales de alarma
- Consejos para las familias



- La salida de una secta

La duración puede ser variable según las características de los destinatarios, habitualmente entre 60 y 90 minutos (preguntas inclusive).

Un ejemplo que puede servir de modelo es la siguiente charla:

- Laura Merino Gómez (75). Identificación e intervención en grupos de manipulación destructiva: sectas”. ISEP. 21 de abril de 2021  
En: <https://www.youtube.com/watch?v=Pvx8aFrl4xY&t=3797s>

El taller de formación busca un acercamiento más personalizado y vivencial a esta problemática, y consta de 4 sesiones de 60 minutos de duración cada una.

<b>TALLER DE FORMACIÓN ESCOLAR</b>	
<b>Sesión 1: Somos vulnerables</b>	<b>Sesión 2: Los grupos de persuasión coercitiva</b>
a) Las necesidades (mías y de los otros): ¿cuáles son?, ¿cómo satisfacerlas? b) La influencia social: la persuasión, la presión y la manipulación. c) Vídeo: “carpeta roja-verde” <a href="https://www.youtube.com/watch?v=KpIIdqFf1dA">https://www.youtube.com/watch?v=KpIIdqFf1dA</a> d) Cómic: “Dentro de una secta” (76)	a) La importancia del grupo: listado de grupos a los que pertenezco b) Grupos chungos, grupos sanos y grupos grises (el termómetro). c) Draw my life sobre sectas: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=UM51QxwIT9A">https://www.youtube.com/watch?v=UM51QxwIT9A</a> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ibBqSVDSi4w">https://www.youtube.com/watch?v=ibBqSVDSi4w</a> d) Grupos de persuasión coercitiva: qué son y cómo identificarlos e) Proceso de captación. Las técnicas de persuasión coercitiva. f) Chuletas de bolsillo: ¡Alerta!, Durmiendo con el enemigo (13) g) Cuentos (Anexo 5)
<b>Sesión 3: Las cegueras de la mente</b>	<b>Sesión 4: Qué hacer</b>
a) Vendas para la mente (13): reciprocidad, afinidad, halagos, autoridad, enemigo común, correlación ilusoria, expectativas, chantaje, sesgo de confirmación, disonancia cognitiva b) Ejercicio. Vídeo: ceguera al cambio <a href="https://www.youtube.com/watch?v=PbVYH8FCLvo">https://www.youtube.com/watch?v=PbVYH8FCLvo</a> c) El cerebro y sus cegueras. Magia e ilusiones ópticas. El pensamiento mágico como semilla sectaria. d) Vídeo: mago que te dejará sin aliento <a href="https://www.youtube.com/watch?v=K48rdlCz9GE">https://www.youtube.com/watch?v=K48rdlCz9GE</a>	a) Señales de alarma b) ¿Qué hacer y qué no hacer?. Chuleta de bolsillo: hacer las paces (13) c) Dónde acudir d) Vídeo de testimonios: “Sectas” <a href="https://youtu.be/Aag7atbbEwY">https://youtu.be/Aag7atbbEwY</a> e) Viñetas: comic AIS <a href="https://www.youtube.com/watch?v=c85YpjMzDaw">https://www.youtube.com/watch?v=c85YpjMzDaw</a> f) Folleto: El bienestar emocional (Anexo 6)

Tabla 19. Taller de formación escolar. Elaboración propia (2023)

Es preciso realizar un planning de actividades divulgativas en los colegios y otros contextos, de tal modo que su periodicidad permita compaginarlo con la asistencia clínica.

Los datos de asistencia, satisfacción y utilidad se recogerán cada vez que se lleve a cabo una actividad de difusión, con la finalidad de realizar las modificaciones oportunas con ese feedback, así como para ser digitalizados y analizados cuando termine el periodo de prueba del programa.

En este ámbito es también importante contar con una buena infraestructura virtual para ofrecer información rigurosa y accesible, con un observatorio de este fenómeno en Navarra, así como la formación a diferentes agentes sociales.

### 3.3.7 Prevención secundaria

Tal como señala Rodríguez-Carballeira (69), “La orientación o tratamiento profesional puede ser solicitado directamente por el propio sujeto o bien propuesto por la familia o personas allegadas y aceptado por él. Una tercera vía para este tratamiento vendría dada como consecuencia de una resolución judicial, lo que sucede menos habitualmente”.

En este apartado se incluyen **2 subprogramas**:

- 1.- Asesoramiento y orientación a las familias
- 2.- Asesoramiento en el egreso o “exit counseling”

Ambos subprogramas estarán enmarcados en este programa en el enfoque dialógico (77, 78, 79, 80). El enfoque dialógico es una forma de pensar junto con otras personas para encontrar nuevas soluciones y posibilidades de actuar en situaciones preocupantes, procesos de desarrollo y problemas complejos. Su finalidad es ayudar a las personas a empoderarse para que se puedan abrir e implementar nuevas posibilidades y soluciones a sus dificultades.

## **1.- Asesoramiento y orientación a las familias**

Una vez se detectan los primeros indicios de que un familiar o amigo tiene relación con un grupo potencialmente sectario es preciso estar muy atentos: empezar a recabar toda la información posible sobre dicho grupo, observar el comportamiento del familiar para calibrar el momento emocional en que se encuentra respecto al grupo, afianzar la presencia y vínculos de la red social de apoyo, y si se considera oportuno ofrecer actividades alternativas que hagan de contrapeso.

Es importante conocer y tener presente las etapas que recorre habitualmente una persona seducida por un grupo de persuasión coercitiva.

Rodríguez-Carballeira (69) las concreta en 4 etapas, de duración y límites flexibles, que se suceden de forma consecutiva dentro de un mismo proceso continuo:

1) Atracción-seducción: Se cuidan mucho las primeras relaciones con el neófito ya que de ellas el sujeto extrae las primeras impresiones del grupo y realiza sus primeras valoraciones. Esta fase suele estar guiada por la intención de impactar agradablemente el ámbito emotivo-afectivo del sujeto, conmoverlo profundamente y hacerle sentirse querido y protegido.

2) Captación: En esta fase el sujeto da su aceptación o consentimiento a formar parte del grupo. El proceso para lograr la captación se realiza sobre todo por vía emotivo-afectiva, más que por vía racional. El objetivo de la captación consiste en lograr que el sujeto centre sus metas en el grupo.

3) Conversión: Esta fase contiene el punto culmen de la transformación en adepto y la asunción de una nueva identidad. La conversión implica compromiso y estas sectas preparan a los adeptos para que, tras compartir y comprometerse en una acción, pasen a compartir y comprometerse en una creencia.

4) Adoctrinamiento: Esta última fase es fundamentalmente un período de consolidación de la nueva identidad del convertido y de profundización en la doctrina. El sujeto pasa de ser educando a ser reclutador y educador de otros. En palabras de un exadepto, “nada afirma tan rápidamente las nuevas creencias

como intentar convencer a otros para que las acepten. Buscar nuevos adeptos cristaliza la identidad construida por la secta en un plazo muy breve”.

Sayans (13) con su “método 5 faseS” crea una herramienta que trata de simplificar el proceso de alienación grupal en 5 etapas, iniciadas todas por la letra “S”: **Situación idónea; Seducción; Separación; Sometimiento; Secuestro emocional.** De tal modo, que el proceso, aunque con distintos nombres, es similar al señalado por Rodríguez-Carballeira, añadiendo una etapa previa “la situación idónea” que es muy relevante tanto para abordar las causas, como para conseguir salir del grupo.

Si una vez detectados los primeros indicios, se observa que el comportamiento de la persona cambia de modo significativo, seguramente es el momento de solicitar asesoramiento o ayuda profesional. Perlado (5) ofrece una serie de indicadores para ayudar a la familia a evaluar con más detalle los cambios que hayan observado en la persona y así determinar el impacto que el grupo puede estar teniendo en el adepto (Anexo 7).

Es posible que para cuando la familia tome conciencia del problema la persona esté ya muy comprometida con el grupo (en una fase avanzada del proceso de afiliación), en cuyo caso, cuanto antes soliciten ayuda mejor.

Hay que tener en cuenta también que las personas que están en un grupo de estas características van a tener momentos de dudas o de percibir que “las cosas no cuadran”, por eso es preciso mantener siempre un vínculo lo más fuerte posible con ellas sin dejarse atrapar “por su mundo”, para que siempre tengan alguien con quien hablar y cuando lo necesiten tengan a quién acudir.

Habitualmente la familia, pareja o amigos (su red social de apoyo principal) son los primeros en contactar con los profesionales buscando asesoramiento para poder ayudar al afectado. La familia pueden ser un gran apoyo y recurso de ayuda en todo este proceso, y es preciso prepararles para tal finalidad, por tanto, el profesional trabaja directamente con ella. Por otro lado, es de gran importancia para poder llevar adelante el exit counseling con garantías que previamente la familia implicada pueda alcanzar con la persona afectada un nivel de comunicación suficientemente respetuoso y basado en el amor.

Es frecuente que las familias quieran resolver lo antes posible la situación, sin embargo, hay que prepararles para un proceso largo y difícil. Y es preciso antes

que nada planificar la intervención, generar un plan de actuación, para que la ayuda sea lo más eficaz y operativa posible.

En primer lugar, hay que recabar la mayor información posible tanto del grupo como de la persona. Singer y Lalich (81) sugieren 1997, a modo orientativo, algunas preguntas que el profesional puede realizar en la conversación inicial con la familia (Anexo 8). También AIS propone preguntas que sirvan para comenzar (Anexo 8)

Perlado (5) también señala que es preciso procurar dar respuesta al mayor número preguntas en relación con el grupo, lo que ayudará a evaluar el grado de riesgo. Ofrece varias preguntas modo de guía (Anexo 9).

Es muy relevante conocer la fase de captación en la que se encuentra la persona, porque según sea ésta se procederá de diferente manera.

Perlado (5) de modo esquemático aconseja qué deben hacer y qué no los familiares:

¿Qué NO deben hacer los familiares?	¿Qué SÍ deben hacer los familiares?
1.- Evitar decir “estás en una secta, te han lavado el cerebro”. 2.- Evitar decir “eres incapaz de tomar decisiones por ti mismo”. 3.- No entrar a argumentar o discutir las creencias que tiene el afectado. 4.- No criticar al grupo o a sus líderes. 5.- No emplear la confrontación directa con el adepto. 6.- No dar sumas de dinero importantes	1.- Mantener las líneas de comunicación abiertas con el adepto. 2.- Mantener una posición neutral hacia el grupo. 3.- Mantener un interés por las actividades del adepto. 4.- Reafirmar la aprobación hacia acciones positivas y sus buenas intenciones, pero no aprobar al grupo. 5.- Atender a las actividades (generales o puntuales) del grupo con el adepto, pero no acudir a seminarios largos. 6.- Negociar el tiempo que la familia va a dedicar a ir con el afectado a esos actos, pero solicitando la misma inversión de tiempo para otras cuestiones.

Tabla 20. Familias ¿qué hacer y qué no hacer?. Fuente: Perlado (2020)

De un modo más profundo y exhaustivo Perlado (5) ofrece algunas pautas a tener en cuenta, que son un buen material de reflexión, y cuyos epígrafes señalamos a continuación:

- Mantengan la calma, tengan paciencia
- Intenten mirar la situación lo más objetivamente posible
- Evalúen sus recursos
- Organicen el tiempo y la información de forma efectiva
- Cuídense
- Mantengan el contacto personal con el adepto
- Establezcan una relación basada en la confianza
- Estén atentos a la comunicación verbal y no verbal
- Atemperen sus propias reacciones emocionales
- Estimulen progresivamente el pensamiento del adepto

En esta misma línea son muchos los autores que ofrecen consejos generales sobre qué hacer cuando un familiar o amigo está en una secta. Nos parece interesante a este respecto el artículo de Jara (82), que es también un buen material para trabajar y reflexionar.

Hay que señalar también que el trabajo con la familia no es únicamente un trabajo “hacia afuera”, sino que conlleva un trabajo “hacia adentro”, puesto que será preciso analizar y realizar ajustes en la propia dinámica familiar, así como un trabajo personal de las personas que la forman.

## **2.- Asesoramiento en el egreso, intervenciones para la salida o “exit counseling”**

Este subprograma, utilizando las palabras de Cuevas (83), “está dirigido a personas que continúan involucradas en alguna dependencia grupal pero que, por razones externas o internas, aceptan establecer un debate en torno a su afiliación grupal”.

El “asesoramiento en la salida” está brindado por profesionales de la salud mental (denominados en ocasiones “consejeros de salida”) que se han especializado en el tema de la persuasión coercitiva o manipulación psicológica.

(19)

Los consejeros de salida trabajan en equipo junto con la familia, y a menudo también con amigos, exmiembros del grupo en cuestión, y otros profesionales.

El exit counseling (21, 81, 83, 84) es un proceso de diálogo entre el profesional y la persona afectada, asumido voluntariamente, intenso y limitado en el tiempo, en el cual se aborda el estado emocional y las consecuencias de la afiliación, a la vez que se proporciona y se intercambia información. El profesional facilita progresivamente detalles sobre el grupo que no han estado al alcance del miembro, explica las técnicas de persuasión coercitiva que utilizan estos grupos, y otros elementos relacionados con la vinculación dependiente a dicho grupo. Se comparte la información en una atmósfera segura, de forma respetuosa, donde puede darse una discusión libre, sin presiones externas de ningún tipo. Ambiente en el que la persona tiene la oportunidad de evaluar qué sucedió en el grupo y cómo sucedió, hacer todas las preguntas que desee y responder, así como gestionar los sentimientos y actitudes que le provoca la información. El objetivo es que la persona tenga el mayor número de piezas del puzle, la mayor información posible del grupo, para que pueda tomar decisiones y elegir libremente. Es un periodo de reflexión para cuestionar y clarificar ideas, en el que se procede a una reevaluación del proceso de vinculación de la persona con el grupo, poniendo en primer plano la plena libertad y capacidad para tomar sus propias decisiones y construir su propio proyecto vital. Así, se brindarán herramientas a la persona para que pueda comprobar que dicha libertad no está influenciada por técnicas de persuasión coercitiva, es decir, que no era antes ni es ahora un espejismo.

Es pertinente recordar, como indica Cuevas (28), que “el potencial destructivo y adictivo de un grupo manipulativo sería directamente proporcional al uso que se haga de técnicas de persuasión coercitiva: número de técnicas, frecuencia, intensidad; determinándose así el grado de peligrosidad y daño potencial que recibirá cualquier persona a partir de su ingreso. Aun así, es posible que algunas técnicas, en línea con las opiniones de numerosos expertos, sean más dañinas y severas que otras”.

Rodríguez-Carballeira et al (24) desarrollaron y validaron una exhaustiva clasificación formada por 26 estrategias de abuso psicológico grupal, aglutinadas en 6 categorías (Anexo 10).

Cuevas (83) realiza varias recomendaciones en este proceso, que resumo a continuación:

- Ajustar los miedos de la familia a la realidad
- Establecer una forma de comunicación más asertiva y respetuosa
- Escuchar al afectado
- Desactivar la desconfianza
- Considerar el mecanismo de simulación
- Evitar enjuiciar al afectado
- Evitar la posición de experto incuestionable
- Respeto a las creencias
- La salida es un proceso en el que hay que ganar la confianza del afectado y respetar los tiempos
- Procurar que evite temporalmente su relación con el grupo (o al menos lo minimice) durante el proceso de debate
- Explicar el mecanismo de contrapersuasión
- Dar y exigir sinceridad dentro del debate
- Trabajar el dossier con información sobre el grupo
- Psicoeducación. Conocer las técnicas de persuasión coercitiva
- Mediación y negociación familiar
- Plantear si las soluciones que promueve el grupo se pueden alcanzar por otras vías o caminos
- Poner en valor el amor desinteresado y sincero de la familia
- Trabajar la empatía (afectiva y cognitiva)
- Comparar el antes y el después de la entrada al grupo
- Fomentar el pensamiento crítico y el escepticismo
- Introducir dudas, promover que razone por sí mismo
- Estar atento a los tiempos y oportunidades del proceso que brinda el debate

Una vez que la persona realiza la reevaluación y toma mayor conciencia de su realidad, tomará las decisiones que considere más oportunas para su vida: seguir manteniendo su anterior vinculación con el grupo, modificar parcialmente dicha vinculación o abandonarlo. Para que la persona opte por abandonar el grupo es



necesario también que vislumbre fuera una alternativa de vida y cuente con una estructura de soporte. (21, 81, 83, 84)

El papel de la familia, cuyo trabajo en equipo con el profesional habrá comenzado previamente en el subprograma anteriormente explicado, es clave para el éxito de esta fase y también para la rehabilitación.

Es importante remarcar que el exit counseling es proceso educativo voluntario, en el que la persona es libre de abandonar la intervención en cualquier momento. Es preciso respetar los tiempos de la persona, ser honestos y sinceros con ella, ser respetuoso con sus creencias, pero crítico con las medidas coercitivas.

La salida del grupo de persuasión coercitiva no es el final del proceso, es tan solo una primera etapa hacia la recuperación de la autonomía.

Tanto en esta fase como en la rehabilitación posterior suelen combinarse el tratamiento individual con el familiar y grupal.

Rodríguez-Carballeira et al (31) enfatizan que en la atención a supervivientes de grupos abusivos es necesario contar con recursos asistenciales integrales que no se limiten a un mero apoyo puntual en el momento del abandono del grupo.

### 3.3.8 Prevención Terciaria

---

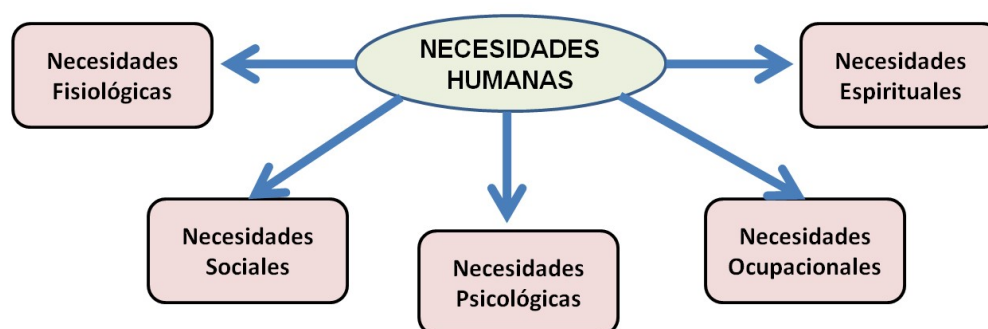
Tras la salida de un grupo de persuasión coercitiva hay que continuar trabajando para asegurar la completa desvinculación física, emocional y espiritual con el grupo coercitivo. “Las personas que experimentan conductas abusivas en un contexto grupal de forma continuada precisan enfrentarse a un amplio abanico de amenazas, pérdidas y retos durante el proceso de transición que tiene lugar tras el abandono del grupo”. (31)

Antelo (4) recuerda que “la respuesta de cada superviviente ante el abuso psicológico en grupos y su posterior recuperación dependerá de numerosos factores personales y sociales que deben ser tenidos en cuenta. Por ello, al trabajar

con supervivientes de grupos abusivos se recomienda permanecer flexible y no adherirse a una única forma de intervención terapéutica o ideología clínica”.

En este apartado de rehabilitación se incluye el **subprograma “Atención a al abuso psicológico grupal y dependencias grupales”**, que va orientado, tal como señala Cuevas (83) a “aquellas personas que perciben claramente haber sido víctimas de una manipulación psicológica o de una excesiva dependencia grupal”. En él se trabajarían, entre otras cosas, “aspectos psicoeducativos referentes al grupo concreto, la persuasión coercitiva, las consecuencias, los factores de vulnerabilidad, etc. Se desmontarían creencias irracionales relativas al grupo, miedos irracionales, culpas y otras consecuencias relacionadas con la manipulación grupal”. Es fundamental “normalizar y adaptar a la persona al entorno social”, así como posiblemente una “integración socio-laboral”.

Partiendo de todos los recursos y posibilidades existentes (personales, familiares, sociales), es preciso ayudar a la persona a reconstruir su identidad, su autonomía personal y que vaya dando forma progresivamente a su proyecto vital, es decir, rehacer su vida. Es el momento de abordar las secuelas y necesidades psicológicas, ocupacionales, sociales, físicas y espirituales tras su paso por el grupo. Es decir, hay que abordar las necesidades personales en su conjunto.



**Imagen 14. Clasificación de las necesidades humanas. Fuente: Berrueta Maeztu LM (2022)**

Se ha observado, según Antelo (4), que en grupos abusivos “aquellos supervivientes que tienen una escasa red social de apoyo, menor historial educativo y laboral, y menos recursos financieros, tienden a tener mayores

dificultades psicológicas y sociales a la hora de rehacer sus vidas y recuperarse de la experiencia traumática”.

El proceso de recuperación del adepto, tal como afirma Rodríguez-Carballeira (69), dependerá entre otras cosas del deterioro sufrido, siendo resultado básicamente de tres factores:

1. Su personalidad previa y entorno social de acogida.
2. El tipo de secta a la que pertenece.
3. La intensidad de la integración y el tiempo de permanencia en la secta.

En este subprograma se pueden llevar a cabo diversas evaluaciones:

- 1.- Evaluación específica de la persuasión coercitiva grupal
- 2.- Evaluación psicológica
- 3.- Evaluación ocupacional

#### **1.- Evaluación específica de la persuasión coercitiva grupal (4, 6, 31, 86, 87).**

Existen diversos instrumentos específicos para diagnosticar la persuasión coercitiva y abuso psicológico:

- a) **Criterios Diagnósticos para Síndrome de Dependencia Grupal** (Cubero, 2001). Desarrollado por AIS para medir el grado de afectación que un GMP ha tenido sobre una persona (86, 31). (Anexo 11)
- b) **Escala de Abuso Psicológico en Grupos (GPA-S)**. (Almendros, Carrobbles, Rodríguez-Carballeira, Jansa, 2004). Evalúa el abuso psicológico en entornos grupales. (Anexo 12)
- c) **Entrevista de Evaluación de Persuasión Coercitiva y Detección de Dinámica Sectaria Destructiva (EPC)** (Cuevas JM, 2006). Recoge una amplia gama de coerciones y abusos que se desarrollan en contextos grupales manipulativos. (6)
- d) **Escala de Detección de Persuasión Coercitiva (EDPC)**. (Cuevas JM, Almendros C, Canto JKM, 2016). Valora la presencia de una serie de cambios, actuaciones o estrategias que a veces promueven determinados grupos. (Anexo 13)
- e) **Psychosocial Abuse Experienced In Group Scale (PAEGS)**. (Saldaña, Rodríguez-Carballeira, Almendros, 2017). Evalúa la frecuencia con la

que una persona ha experimentado abuso psicológico en un determinado contexto grupal. (Anexo 14)

- f) **Emotional Distress Scale in Survivors of Abusive Groups (EDS-SAG).** (Saldaña, Antelo, Almendros, Rodríguez-Carballeira, 2019). Valora específicamente las dificultades emocionales más habituales en supervivientes de grupos abusivos. (4) (Anexo 15)
- g) **Inventory of Psychosocial Difficulties in Survivor of Abusive Groups (IPD-AG).** (Antelo, Saldaña, Guilera, Rodríguez-Carballeira, 2021). Evalúa el conjunto de dificultades psicosociales sufridas por los supervivientes de grupos abusivos.(4) (Anexo 16)
- h) **Otras:**
  - a. Individual Cult Experience Index (ICE) o Índice de Experiencia del Culto Individual. (Winocur et al, 1997). (17, 88)
  - b. Across Groups Psychological Abuse and Control Scale (AGPAC) ó Escala de Abuso y Control Psicológico entre Grupos. (Wolfson, 2002). (17, 89)

## 2.- Evaluación psicológica (87)

Algunas de las pruebas que se pueden para detectar psicopatologías son las siguientes:

- a) Inventario de depresión/rasgo (IDER). (Spielberg CD, 2008). Evalúa dos conceptos independientes de depresión estado/rasgo.
- b) Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE). (Alonso-Fernández F, 2011). Detecta, diagnostica y representa gráficamente la depresión.
- c) Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). (Spielberger CD et al, 1964). Evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad Rasgo/estado.
- d) Inventario de situaciones y respuestas de la ansiedad (ISRA). (Miguel JJ, Cano AR, 1986). Diagnóstico de la ansiedad clínica.
- e) Autoconcepto forma-5 (AFA-5). (García F, Musitu G, 2014). Evalúa autoconcepto.
- f) Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT). (Crespo M et al, 2020). Evalúa trastorno de estrés postraumático.

- g) Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5). (Crespo M, Gómez M, 2012). Evalúa trastorno de estrés postraumático.
- h) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). (Rosenberg, 1989). Valora el nivel de autoestima.
- i) Symptom CheckList-90 items-Revised (SCL-90-R). (Derogatis, 1990). Medir estado psicopatológico actual.

Algunos instrumentos para valorar rasgos de personalidad:

- j) Inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI-2-RF). (Yossef Ben-Porath y Auke Tellegen, 2009). Mide rasgos clínicos de personalidad
- k) Big five personality trait short questionnaire (BFPTSQ). (Morizot, 2014). Mide rasgos de personalidad
- l) Cuestionario TEA clínico (CTC). (Arribas D, Corral S, Pereña J, 2020). Evalúa rasgos de personalidad.
- m) Temperament and Character Inventory revised version (TCI-R). (Cloninger, 1999). Mide 7 dimensiones de la personalidad.
- n) Inventario de Adjetivos para la evaluación de los trastornos de la personalidad. (IA-TP). (Tous JM, Pont N, Muiños R, 2005). Predice vulnerabilidad o mayor predisposición de trastornos de personalidad.
- o) Inventario de evaluación de la personalidad (PAI). (Morey LC, 1991). Evalúa las características de la personalidad más relevantes en evaluación clínica y forense.
- p) Cuestionario clínico de personalidad para adolescentes y adultos (TAMADUL). (Hernández-Guanir P, Hernández-Delgado GA, 2012). Evaluación de los principales desórdenes clínicos y las dinámicas subyacentes.

### **3.- Evaluación ocupacional (90)**

El terapeuta ocupacional (anexo 17) deberá evaluar el funcionamiento ocupacional y las necesidades ocupacionales de la persona, los grupos y las poblaciones (91). Para ello puede utilizar, entre otras, algunas de las siguientes evaluaciones:

- a) Perfil ocupacional (Guzmán Lozano S, 2022). (92, 93)

- b) Cuestionario de necesidades ocupacionales de acción (Berrueta Maeztu LM, 2022), que dispone de versión normal y versión breve. (85)
- c) Satisfacción con la Ocupación diaria – Equilibrio Ocupacional (SODEO), que evalúa actividad de la persona, la satisfacción con su ocupación y el nivel de equilibrio ocupacional. (94)
- d) Índice Bellido (Berrueta Maeztu, 2022), indicador global de salud, funcionalidad, felicidad. (85)
- e) El Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) (95, 96, 97, 98) cuenta con muchos instrumentos de evaluación, entre los que nos interesan en especial: la Autoevaluación Ocupacional (OSA), el listado de roles, el listado de intereses modificado, la Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS), el Cuestionario Volitivo (VQ), etc. (Anexo 18)
- f) Medida del desempeño ocupacional canadiense (COMP), que evalúa autopercepción en la vida cotidiana en términos de rendimiento y satisfacción (99).
- g) Pie de vida (100), para obtener una imagen visual clara sobre el desequilibrio o desestructuración en rutinas.
- h) Pruebas proyectivas: evaluación a través del Modelo Kawa (101), playmobil, y otras fichas “ad hoc”.
- i) Otras: Valoración Global del Funcionamiento Ocupacional (basada en el Marco de trabajo de la AOTA) (102), Test de orientación vocacional, Imágenes ocupacionales, Evaluación Comprensiva de Terapia Ocupacional (COTE), Observación de tareas en Terapia Ocupacional (OTTOS), Lista de Verificación de Habilidades para la Vida (PEATC), Cuestionario de Refuerzos, etc.

A la hora de **intervenir**, se trata de ayudar a la persona superviviente a “retomar y rehacer su vida”. Sínger y Lalich (81) lo denominan “salir de la pseudopersonalidad” o “abandonar la personalidad sintética y reunirse con el antiguo yo”, “una especie de desprendimiento de la capa exterior de la personalidad que se adoptó mientras se pertenecía a la secta”. Para Ramos (103) “pertenecer a un NMR implica una reorganización radical del conjunto de significados que hasta ese momento eran las coordenadas básicas de la vida del

individuo, al mismo tiempo que una reestructuración de la identidad y la adopción de nuevas redes sociales, junto con una interpretación del mundo completamente diferente al que tenía antes de participar en el NMR”. Proceso que se produce según Sínger (103) a partir de un “consentimiento desinformado”. Es un proceso que hay que deconstruir con ayuda de la intervención.

Es, sin duda, una fase de reconstrucción personal en todas sus dimensiones, volver a empezar después del terremoto.

Sínger (4, 81) considera que cuando un superviviente ha abandonado un grupo debe hacer, para recuperarse, una serie de ajustes psicológicos y sociales en 5 áreas principales:

- Área práctica: encarar cuestiones prácticas relacionadas con la vida cotidiana.
- Área psicológica-emocional: enfrentar excitaciones psicológicas y emocionales que pueden causar sufrimientos por un tiempo.
- Área cognitiva: afrontar cierta incompetencia cognitiva.
- Área social-personal: desarrollar una nueva red social y si es posible reparar antiguas relaciones personales.
- Área filosófica-actitudinal: examinar el contenido filosófico y actitudinal adoptado en los tiempos en el grupo abusivo.

“En realidad, la vida y el crecimiento son de niveles múltiples y mutidimensionales, y no la secuencia ordenada de episodios compartimentados”, pero la estructura ayuda a tener los elementos presentes en el proceso. Por otro lado, no todos se darán en todas las personas ni en la misma intensidad.

Sobre estas dimensiones deben trabajar conjuntamente e intensamente el terapeuta ocupacional (reajuste de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, educativas, laborales, descanso y sueño, ocio y tiempo libre, participación social) y el psicólogo clínico (reajuste del mundo emocional y cognitivo) con el apoyo del resto del equipo de Hospital de día. Veamos las áreas con más detalle:

<b>PRINCIPALES ÁREAS DE AJUSTE POST SECTA</b>	
<b>PRÁCTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hace arreglos para vivir.</li> <li>➤ Arregla el sustento económico.</li> <li>➤ Arregla la atención médica y odontológica.</li> <li>➤ Examina la nutrición y los hábitos alimentarios.</li> <li>➤ Busca examen psicológico, si es necesario.</li> <li>➤ Hace planes de carrera y educacionales. Busca asesoramiento. vocacional, si es necesario.</li> <li>➤ Explica los años en la secta.</li> <li>➤ Estructura la vida cotidiana.</li> <li>➤ Enfrenta dificultades creadas por la desconfianza en los servicios profesionales: médicos, odontológicos, y en los profesionales de la salud mental y educadores.</li> </ul>
<b>PSICOLÓGICA-EMOCIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se siente deprimido.</li> <li>➤ Tiene sentimientos de pérdida.</li> <li>➤ Siente culpa y pesar.</li> <li>➤ Carece de autoestima y de confianza en sí mismo.</li> <li>➤ Exhibe actitudes de autoreproche y dudas excesivas.</li> <li>➤ Tiene ataques de pánico.</li> <li>➤ Experimenta ansiedad inducida por la relajación (AIR) y tics.</li> <li>➤ Se separa de la familia y los amigos que aún están en la secta.</li> <li>➤ Exhibe miedo al grupo.</li> <li>➤ Tiene un sentido del juicio pobre y poco confiable.</li> <li>➤ Siente paranoia generalizada y miedo al mundo.</li> <li>➤ Es excesivamente dependiente para su edad, sumiso y sugestionable.</li> <li>➤ Se preocupa por la realidad de vidas pasadas, debe separar el verdadero pasado del engendrado por la secta.</li> </ul>
<b>COGNITIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Experimenta indecisión.</li> <li>➤ Experimenta un embotamiento de la agudeza mental.</li> <li>➤ Tiene dificultades para concentrarse.</li> <li>➤ Tiene pérdida de memoria.</li> <li>➤ No puede recordar lo que acaba de leer u oír.</li> <li>➤ Debe dejar de usar el lenguaje de la secta.</li> <li>➤ Tiene la sensación de perder la noción del tiempo.</li> <li>➤ Experimenta la sensación de flotar, de deslizarse a estados alterados.</li> <li>➤ Tiene un sentido del juicio pobre y poco confiable.</li> <li>➤ Oye de manera acrítica y pasiva lo que dicen los otros.</li> <li>➤ Tiene recurrentes contenidos mentales extravagantes de la</li> </ul>



	secta: por ejemplo, ensoñaciones, bruma anaranjada.
<b>SOCIAL- PERSONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tiene un penetrante sentido de alienación.</li> <li>➤ Necesita reconectarse con familia y amigos.</li> <li>➤ Necesita hacer nuevos amigos.</li> <li>➤ Desconfía de la propia capacidad para hacer buenas elecciones.</li> <li>➤ Tiene una restricción de tipo fóbico de los contactos sociales; recela y desconfía de los otros.</li> <li>➤ Siente soledad</li> <li>➤ Está confundido sobre la sexualidad y la identidad y los roles sexuales.</li> <li>➤ Se ocupa de cuestiones maritales, de familia y parentales y custodia de hijos.</li> <li>➤ Teme hacer un compromiso con otra persona.</li> <li>➤ Se siente incapaz de formarse y expresar opiniones.</li> <li>➤ Extiende excesivamente el yo para compensar el tiempo perdido; es incapaz de decir no.</li> <li>➤ Tiene la sensación de ser observado todo el tiempo, el efecto pecera.</li> <li>➤ Se siente turbado e inseguro acerca de cómo o cuándo comentar a los otros su experiencia en la secta; teme el rechazo.</li> </ul>
<b>FILOSÓFICA- ACTITUDINAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tiene una actitud hipercrítica hacia los otros y la sociedad.</li> <li>➤ Necesita superar las aversiones inculcadas por la secta.</li> <li>➤ Tiene una actitud condenatoria de las flaquezas humanas normales y es duro hacia sí mismo y los otros; aún juzga con las pautas de la secta.</li> <li>➤ No le da satisfacción el mundo ni la encuentra en sí mismo; se siente vacío por no ser ya un salvador del mundo.</li> <li>➤ Es incapaz de ser bondadoso o de apoyar a otros.</li> <li>➤ Teme participar en cualquier grupo o ser activo.</li> <li>➤ Siente la pérdida del sentimiento de pertenecer a una élite.</li> <li>➤ Necesita reactivar el propio sistema de creencias y el código y los valores morales, y separarlos de los adoptados en la secta.</li> </ul>

**Tabla 21. Principales áreas de ajuste post secta. Fuente: Singer y Lalich (1997)**

Así, se deberán trabajar, especialmente mediante la palabra (“dialogar”) y mediante la ocupación (“hacer”), lo que la OMS denominó en 1993 como

“habilidades para la vida” (104), que agrupan diez destrezas psicosociales: autoconocimiento; empatía; comunicación asertiva; relaciones interpersonales; toma de decisiones; solución de problemas y conflictos; pensamiento creativo; pensamiento crítico; manejo de emociones y sentimientos; y manejo de tensiones y estrés.

Como podemos comprobar los aspectos ocupacionales y psicológicos son clave en este proceso, por ello nos detendremos a analizar más detalladamente su abordaje.

**La intervención del psicólogo** (105), para lograr la mayor estabilidad psíquica y emocional del paciente, se focalizará en:

<b>INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA</b>			
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Contenidos a trabajar</b>	<b>Actuaciones del psicólogo</b>	<b>Técnicas de intervención</b>
1.- Restablecer el contacto con la realidad, alterado por trastornos del pensamiento y/o la percepción, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida de lo posible, a la funcionalidad del paciente.	Percepción de la realidad y alteraciones del pensamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar a la persona a tomar conciencia de la vinculación entre la experiencia vivida y la función que cumple en relación a su salud mental y bienestar emocional.</li> <li>- Intervención en crisis.</li> <li>- Confrontar al paciente con sus ideas inadecuadas o delirantes, como modo de mejorar su percepción de la realidad</li> <li>- Apoya y refuerza al paciente ante las percepciones, pensamientos y conductas adecuadas.</li> <li>- Contacta y se coordina con su CSM.</li> <li>- Ayuda al paciente a tomar conciencia de la experiencia vivida en el grupo abusivo, la vinculación entre la dependencia y las técnicas de persuasión coercitiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Contención</li> <li>- Confrontación</li> <li>- Refuerzo</li> </ul>
2.- Reducir el nivel de ansiedad patológico y sus síntomas, de forma que no afecten, o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emociones desadaptativas.</li> <li>- Pensamientos y creencias irracionales.</li> <li>- Pensamientos automáticos.</li> <li>- Elementos facilitadores de la respuesta ansiosa: posibles orígenes.</li> <li>- Respuestas disfuncionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilita al paciente, a través de las técnicas utilizadas, la prevención, reducción y reestructuración de sus pensamientos irracionales asociados a los estados de ansiedad y la reducción de respuestas físicas ansiosas.</li> <li>- Ayuda al paciente a que analice, y esclarezca las emociones ligadas a sus estados ansiosos.</li> <li>- Aumenta las habilidades del paciente para la toma de decisiones y resolución de problemas.</li> <li>- Refuerza las fortalezas en el manejo de la ansiedad.</li> <li>- Aumentar las habilidades del paciente para la organización del tiempo libre en actividades alternativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relajación</li> <li>- Parada del pensamiento.</li> <li>- Reestructuración cognitiva.</li> <li>- Prevención de respuesta.</li> <li>- Auto-observación.</li> <li>- Auto-instrucciones</li> <li>- Auto-refuerzo</li> <li>- Auto-motivación.</li> <li>- Entrenamiento en habilidades sociales.</li> <li>- Señalamiento.</li> <li>- Confrontación.</li> <li>- Esclarecimiento.</li> <li>- Asociación libre.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol playing.</li> <li>- Modelado de conductas.</li> </ul>
<p>3.- Estabilizar el estado de ánimo. Reducción de las alteraciones de ánimo del paciente y sus síntomas, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estados de ánimo y emoción asociada:</li> <li>Conductas disfuncionales / desadaptativas.</li> <li>Impulsividad.</li> <li>Pensamientos irracionales.</li> <li>Sentimientos de culpa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrena al paciente en habilidades asertivas y habilidades de Autocontrol Emocional.</li> <li>-Elimina o reduce los pensamientos irracionales asociados a los estados de ánimo.</li> <li>-Estimula la instauración de pensamientos más positivos y proactivos en el paciente.</li> <li>-Reinterpreta los acontecimientos asociados a sentimientos de culpa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas para la adquisición de habilidades o de autocontrol emocional.</li> <li>-Reestructuración cognitiva.</li> <li>-Resolución de problemas.</li> <li>-Role playing.</li> <li>-Señalamiento.</li> <li>-Confrontación.</li> <li>-Esclarecimiento</li> <li>-Asociación libre.</li> <li>-Análisis de transferencia.</li> </ul>
<p>4.- Minimizar o reducir el riesgo de suicidio del paciente y/o la presencia de ideas o intentos autolíticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conductas manipulativas.</li> <li>-Sentimientos depresivos.</li> <li>-Sentimientos de culpa.</li> <li>-Desesperanza / Deseo.</li> <li>-Sentimientos melancólicos (sent. de vacío)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valora riesgo, y necesidad de apoyos externos y/o ingreso terapéutico.</li> <li>- Confronta al paciente con interpretaciones alternativas de la realidad que el percibe y las diversas opciones de respuesta que se derivan de esa nueva percepción.</li> <li>- Interviene y entrena a la familia para potenciar conductas seguras y reducir el riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Balance Decisional: balance entre deseos de morir y deseos de vivir, pros y contras, razones para, proyección positiva en el tiempo.</li> <li>-Auto-intervención preventiva ante los deseos de morir.</li> <li>-Manejo del deseo.</li> <li>-Técnicas motivacionales</li> <li>- Técnicas de Contención y Apoyo individual y familiar.</li> </ul>
<p>5.- Incrementar la capacidad de autocontrol y minimizar el riesgo de violencia, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsividad y emociones asociadas.</li> <li>- Violencia / V. de género.</li> <li>- Estereotipos de género (creencias, juicios, etc).</li> <li>-Pautas de comportamiento adaptadas.</li> <li>-Pensamientos erróneos</li> <li>-Autoconcepto y autoestima.</li> <li>-Asertividad</li> <li>-Tolerancia a la frustración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseña al paciente a detectar las señales fisiocorporales que inician el proceso de violencia y le entrena en técnicas dirigidas a reducir y contener el impulso.</li> <li>- Entrena al paciente en habilidades sociales y resolución de problemas con pautas alternativas de conducta para solucionar conflictos.</li> <li>-Entrena a las familias y/o parejas en el afrontamiento de situaciones de violencia.</li> <li>- Contiene y entrena al paciente para que logre aumentar su capacidad de tolerancia a la frustración y postergación del deseo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reestructuración cognitiva centrada en la detección y modificación de ideas erróneas en relación a la violencia.</li> <li>-Técnicas de Auto-observación y Autocontrol.</li> <li>-Modificación de conducta.</li> <li>-Técnicas para la adquisición de habilidades asertivas.</li> <li>-Técnicas corporales y expresivas.</li> <li>-Relajación (mediante el control de la respiración).</li> <li>- Rol playing.</li> <li>- Confrontación y</li> </ul>

			Señalamiento. - Análisis de la transferencia.
6.- Optimizar las capacidades cognitivas del paciente.	-Atención. -Memoria. -Funciones ejecutivas.	-Valora la pertinencia de derivación a recurso específico en función del grado de deterioro del paciente y de su funcionalidad. -Interviene terapéuticamente para la recuperación de las capacidades cognitivas deterioradas y el mantenimiento y ejercitación de las capacidades cognitivas conservadas.	- Estimulación cognitiva. - Rehabilitación cognitiva.

Tabla 22. Intervención psicológica. Fuente: Instituto de Adicciones de Madrid

La intervención del terapeuta ocupacional, para lograr la mayor conexión, autonomía y funcionalidad (operativa y subjetiva) del paciente, se focalizará en 8 ocupaciones, antes denominadas áreas ocupacionales (102, 106):

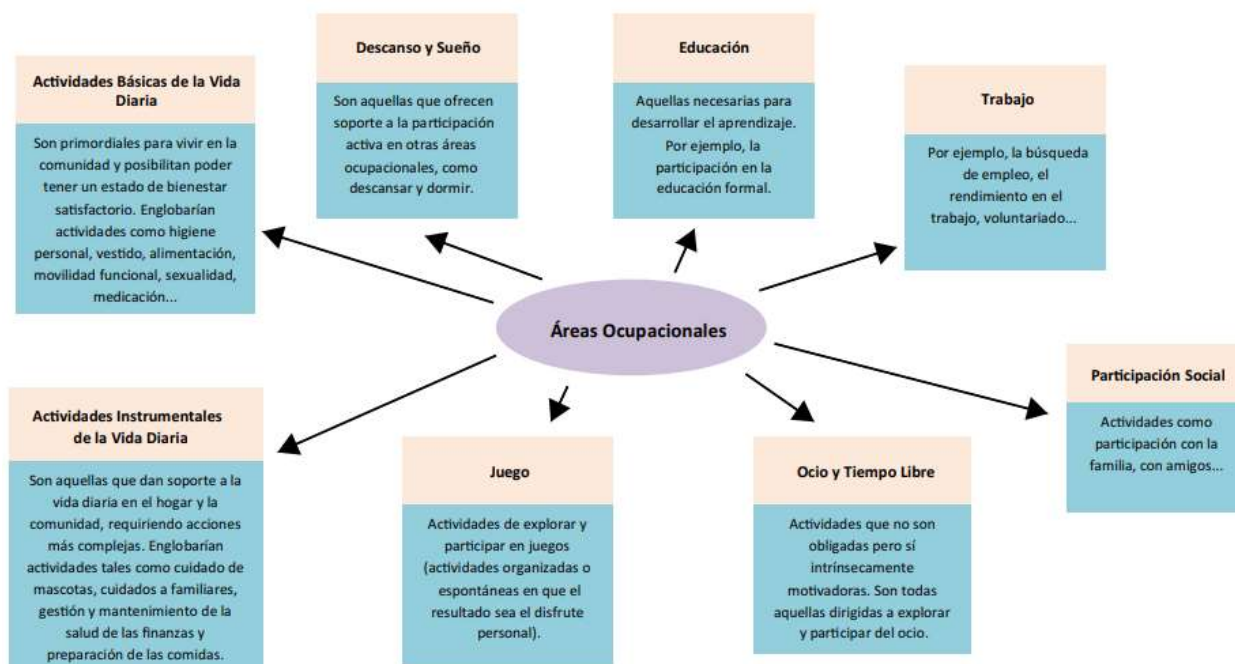


Imagen 15. Ocupaciones. Fuente: Marco de Trabajo de la AOTA (2020). / Sanz AM, Macarulla A, Portalés A, Usón D, Serrano E, París M, Miquel S (2021). Terapia ocupacional: la ocupación como herramienta principal de intervención en Salud Mental. Revista BRAINS Vol. 1, núm. 2. Abril de 2021.

Según Wilcock (107, 85) los terapeutas ocupacionales ayudan a las personas a transformar sus vidas mediante la facilitación de talentos y habilidades que no

están todavía en pleno uso, a través de capacitarles para hacer y ser. Para Iwama (101) su misión es ser facilitadores del flujo de la vida.

Así, el terapeuta ocupacional deberá definir la planificación y establecer la intervención de terapia ocupacional utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, en alianza con los clientes (91). Por tanto, aplicará técnicas y llevará a cabo actividades ocupacionales que favorezcan o potencien la funcionalidad de las personas (bien a nivel individual, grupal y/o comunitariamente). (108)

Son varios los autores (109, 110, 111) que hacen alusión a **las técnicas** utilizadas por los terapeutas ocupacionales, pero Reed y Sanderson (109) son posiblemente quienes las concretan de forma más específica (Anexo 19).

El terapeuta ocupacional es el experto en la influencia de la ocupación sobre la salud, como bien nos recuerda Kielhorner (112). Para Wilcock (107, 85), la ocupación, cuyos ingredientes son hacer, ser, llegar a ser y pertenecer, tiene una naturaleza transformadora y es un agente de salud y bienestar.

Lo más significativo de la intervención del terapeuta ocupacional será:

- a) La **consultoría ocupacional**: es un servicio profesional especializado en el desarrollo de actividades cotidianas de cualquier tipo que ofrece asesoramiento, herramientas y alternativas en la participación ocupacional a través de la observación, el análisis, la identificación y la interpretación de las necesidades particulares de los clientes. (93)
- b) La **prescripción ocupacional**: es un servicio especializado que plantea un plan de acción determinado para cubrir las necesidades ocupacionales de los clientes, previa evaluación de sus dimensiones ocupacionales, su entorno y su contexto. (93)
- c) El **Acompañamiento ocupacional**: es un servicio profesional especializado que se basa en apoyar a la persona en todo su proceso, y cuando es oportuno o preciso ayudarlo in situ a realizar (explorar, iniciar, mantener o recuperar) actividades, o entrenar capacidades, a nivel individual, grupal o comunitario.

Las intervenciones específicas que realizará el terapeuta ocupacional, tal como señalan Guzmán et al, serán las que se indican a continuación (113):

<b>INTERVENCIÓN OCUPACIONAL</b>	
1.- Asesoramiento ocupacional.	11.- Negociación ocupacional.
2.- Orientación Ocupacional.	12.- Empoderamiento ocupacional.
3.- Entrenamiento ocupacional.	13.- Resolución de problemas cotidianos sin profesionales.
4.- Capacitación personal, grupal, colectiva y comunitaria.	14.- Procesos de exploración.
5.- Adaptación o modificación de la actividad y del contexto en los diferentes ámbitos.	15.- Mapa de riesgos / factores de vulnerabilidad.
6.- Psicoeducación ocupacional.	16.- Apoyo individual y colectivo.
7.- Conciencia ocupacional.	17.- Supervisión ocupacional.
8.- Educación para la salud ocupacional.	18.- Plan de soportes y apoyos.
9.- Diseño, elaboración e implementación de proyectos, propuestas, acciones, actividades y tareas.	19.- Acompañamiento en el proceso vital, reconstrucción del proyecto de vida y del significado.
10.- Formación ocupacional.	20.- Recuperación de roles y participación social y comunitaria usuario-familia.

**Tabla 23. Intervenciones de los terapeutas ocupacionales. Fuente: Guzmán, Sanz, Serrano, Domingo y Nivelá (2022)**

Las **modalidades de intervención** en el subprograma “Atención a dependencias grupales” son: individual, grupal o combinada.

Además, ésta se irá graduando en intensidad según la gravedad de cada situación y la etapa en que se encuentre la persona, pudiendo participar los afectados en intervenciones grupales específicas o de aquellas otras intervenciones grupales de hospital de día que el equipo considere oportunas.

## 4. Cronograma

---

## 4.1. Cronograma

El programa piloto se llevará a cabo durante 14 meses, desde septiembre de 2024 hasta octubre de 2025. Una vez finalizado este tiempo y analizados los resultados se estudiarían aquellos puntos clave de mejora o nuevas barreras encontradas para poder afianzar el programa.

ACTIVIDAD	2024				2025									
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Autorización de la Gerencia de Salud Mental														
Selección de profesionales para la ejecución del programa														
Formación de los profesionales HD														
Divulgación del programa														
Puesta en marcha del programa														
Formación presencial RSM														
Recogida de información														
Análisis y evaluación del programa														
Elaboración del informe final														
Presentación de resultados														

Tabla 24. Cronograma del programa. Elaboración propia



## **5. Recursos humanos y materiales**

---

## 5.1. Equipo sanitario que desarrolle el proyecto

En este programa se necesitará a un profesional de terapia ocupacional y un profesional de psicología clínica con los siguientes requisitos:

- Experiencia laboral en salud mental superior a 3 años
- Formación en Grupos de persuasión coercitiva
- Formación en dinámica de grupos
- Conocimientos en gestión y estadística

**A.- Las funciones** que se desempeñarán serán:

- Gestión del programa: abordaje terapéutico (psicológico, ocupacional, etc), organización y manejo de la información, y evaluación del programa.
- Difusión: impartición de las charlas teórico-prácticas de carácter preventivo en colegios y centros comunitarios. Distribución de folletos.
- Estadística: recolección y análisis de los datos generados para la evaluación del programa.

**B.- Las funciones generales del terapeuta ocupacional** serán (51, 85)

- Facilitar la (re)construcción de un proyecto de vida propio, de tal modo que le aporte sentido y bienestar.
- Ayudar a la persona a identificar y satisfacer sus necesidades ocupacionales y a vivir sus sueños ocupacionales.
- Facilitar la funcionalidad operativa y la funcionalidad subjetiva.
- Acompañar a la persona en la identificación de sus intereses, deseos, valores y capacidades, creando oportunidades que les permitan experimentar y evolucionar.
- Ofrecer alternativas y oportunidades ocupacionales (roles, actividades, tareas, retos, etc) a las personas para poder desarrollar sus proyectos vitales.
- Crear nuevos escenarios y lugares significativos para favorecer el crecimiento personal.

- Favorecer el sentimiento sano de pertenencia a grupos y de confianza con uno mismo.
- Ayudar a combatir el autoestigma a partir de ocupaciones y oportunidades en las que la persona salga de la zona de confort.

De un modo más **específico, el terapeuta ocupacional** utilizará el asesoramiento ocupacional así como diversas actividades o tareas específicas para (51):

- Recuperar las habilidades de procesamiento y destrezas cognitivas para la vida diaria.
- Trabajar las habilidades de comunicación e interacción social para la participación ocupacional.
- Generalizar las habilidades/destrezas adquiridas durante el proceso de intervención en los diferentes contextos donde se desarrolla la persona (físico, social, cultural y virtual).
- Mantener la autonomía de la persona en su entorno habitual y en el desarrollo de las AVD y AIVD.
- Canalizar las emociones a través de las distintas ocupaciones y actividades.
- Adquirir hábitos saludables congruentes con el proyecto de vida de la persona.
- Mejorar la estructuración y organización del tiempo (equilibrio ocupacional)
- Explorar y buscar trabajo remunerado o no remunerado de acuerdo con sus capacidades, habilidades y motivaciones.
- Explorar, identificar y tomar parte en el desarrollo de actividades lúdicas de ocio, participación social y comunitaria.
- Adquirir nuevos roles y actividades significativas y recuperar las pérdidas.
- Iniciar y/o reanudar actividades académicas relacionadas con sus intereses y su futuro laboral.

- Identificar los apoyos positivos y los inhibidores del contexto de la persona para facilitar la participación en la comunidad y en los entornos cotidianos.
- Crear oportunidades y buscar entornos facilitadores para fomentar la participación ocupacional, generando sentimientos de autoeficacia, competencia y satisfacción personal.
- Adaptar actividades y realizar modificaciones ambientales para que todo el mundo tenga oportunidades de participación ocupacional.

**C.- Las funciones generales del psicólogo serán (114):**

**En el ámbito clínico-asistencial de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento:**

- a) Identificar y evaluar los factores psicosociales de riesgo para la salud mental y la salud en general.
- b) Identificar los trastornos y enfermedades mentales, así como cualesquiera otros problemas, enfermedades, o disfunciones, que inciden en la salud mental y física de las personas.
- c) Realizar el diagnóstico de los trastornos mentales, según las clasificaciones internacionales, y establecer diagnósticos diferenciales, recurriendo para todo ello a los procedimientos de evaluación y diagnóstico psicológicos pertinentes y suficientemente contrastados.
- d) Establecer previsiones sobre la evolución de los problemas identificados y de los factores relacionados, así como de sus posibilidades de modificación.
- e) Elaborar una programación y evaluación adecuadas de las intervenciones asistenciales, de prevención y promoción necesarias para el restablecimiento o, en su caso, la mejora de la salud y el bienestar.
- f) Diseñar y aplicar programas de intervención y tratamiento específicos, mediante las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pertinentes y suficientemente contrastados.

- g) Realizar actividades de asesoramiento, interconsulta y enlace con otros profesionales y servicios y formar parte de equipos con profesionales de la medicina de diferentes especialidades.
- h) Manejar situaciones de urgencia.
- i) Diseñar y aplicar las intervenciones psicológicas necesarias en los procesos asistenciales de las enfermedades físicas.
- j) Identificar e intervenir en situaciones de crisis individuales, familiares y comunitarias.

**En el ámbito de la Dirección, Administración y Gestión:**

- a) Desarrollar tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas, en especial los vinculados con la atención a la salud mental.
- b) Organizar el trabajo teniendo en cuenta su inclusión en una planificación global. Elaborar o contribuir a dicha planificación, con el concurso en su caso de otros profesionales.
- c) Elaborar procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones, programas y servicios, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial.
- d) Recoger, analizar y transmitir información colaborando en la cumplimentación de los protocolos y sistemas de información establecidos.
- e) Participar en todas las actividades de coordinación necesarias para el desarrollo de las actividades y los programas del equipo en el que se desarrolla su actividad.
- f) Conocer, relacionar y optimizar los recursos sanitarios y no sanitarios existentes en el medio en el que actúe, fomentando todas aquellas iniciativas que tiendan, con criterios de eficacia y eficiencia, a la mejora del nivel de salud de la población.
- g) Promover las actuaciones tendentes a favorecer actitudes individuales, sociales e institucionales de respeto, integración, apoyo y cuidado de las personas con trastornos y enfermedades mentales, comportamentales, físicos, o de cualquier otra índole, con especial cuidado en evitar, corregir, y prevenir comportamientos y actitudes que

supongan la estigmatización de las personas que sufren de tales trastornos y enfermedades

- h) Aportar conocimientos teórico-técnicos en los diferentes niveles de colaboración establecidos con otros profesionales, así como a recibir sus aportaciones y valoraciones críticas.

**En el ámbito de la docencia e investigación:**

- a) Diseñar, programar, dirigir, organizar, y participar, en acciones formativas para los equipos y programas a través de una metodología que favorezca el aprendizaje activo: sesiones clínicas, bibliográficas, de actualización y contrastación de conocimientos, de supervisión, de seguimiento, de investigación, y de formación continuada.
- b) Supervisar y tutorizar las actividades de los psicólogos clínicos en formación, y colaborar en la formación de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, involucrados en la mejora de la salud de las personas y la sociedad.
- c) Diseñar, desarrollar, aplicar, dirigir, coordinar, y evaluar investigaciones sobre la salud humana, y colaborar con las que realicen otros equipos, dispositivos e instituciones.

Además, como ya hemos mencionado anteriormente, contarán con el apoyo del resto del equipo de Hospital de día.

## 5.2. Recursos materiales: fungible e inventariable

### **Material inventariable:**

Para la atención clínica se contará con 2 despachos equipados en Hospital de Día, con suficiente iluminación natural. Los materiales necesarios para ambos despachos son:

- 2 mesas de despacho.
- 6 sillas.
- 2 ordenadores.

- 2 impresoras.
- 2 armarios.

**Material fungible:**

Se contará con los siguientes materiales para la atención clínica:

- Folios
- Bolígrafos
- Folletos
- Material bibliográfico
- Bonobus
- Bonobicicleta

Además, se contará con el material disponible en Hospital de día tanto en espacios (salas, etc), material inventariable (proyector, fotocopidora, plastificadora, etc) como en material fungible (material de psicomotricidad, de taller, etc).

### 5.3. Presupuesto estimado

Este programa estará dentro de los programas existentes de Hospital de Día 1 de salud mental, por tanto, contará con los recursos disponibles en éste como material inventariable, por lo que solo será incluido en la estimación del presupuesto del programa aquello que sea necesario para comenzar éste:

<b>Presupuesto del proyecto</b>				
<b>Recursos humanos</b>	<b>Número de trabajadores</b>	<b>Tiempo trabajado (en meses)</b>	<b>Coste mes (neto)</b>	<b>Coste total</b>
Terapeuta Ocupacional	1	12 + 2	1.764,70	24.705,80
Psicólogo Clínico	1	12 + 2	2.097,67	29.367,38
<b>Recursos materiales</b>	<b>Unidades</b>	<b>Precio por unidad</b>		
Mesas	2	300		600
Sillas	6	200		1.200
Ordenadores	2	500		1000
Impresoras	2	250		500
Armarios	2	300		600
Folletos	50	1,195		59,76
Paquetes de folios (500 U)	4	3,96		7,92
Bolígrafos	10	0,60		6
Bonobus tarjeta anónima	1	2 bono + (0,77x20 viajes)		17,40
Bonobicicleta	1	35 anual + 20 monedero		55
Material bibliográfico (10 libros)	10	20		200
<b>Costes totales</b>				<b>58.319,26</b>

Tabla 25. Presupuesto estimado del proyecto. Elaboración propia



## 6. Documentos de autorización

Se solicitará autorización al Departamento de Salud (Gerencia de Salud Mental) para ejecutar el programa, a través del registro electrónico o los medios establecidos para tal fin.

**Instantzia Orokorra / Instancia General**

Izen-deiturak Nombre-apellidos	<input type="text"/>	NAN/IFZ DNI/NIF	<input type="text"/>
Helbidea: Dirección:	<input type="text"/>	P.K. C.P.	Herria Localidad
Tel. Tfno.	<input type="text"/>	Hel. elektronikoa Correo electrónico	<input type="text"/>
<input type="radio"/> BERE IZENEAN EN NOMBRE PROPIO		edo o	<input type="radio"/> ONDOKO HONEN ORDEZKARI GISA: EN REPRESENTACIÓN DE:
Izen-deiturak Nombre-apellidos	<input type="text"/>	NAN/IFZ DNI/NIF	<input type="text"/>
Helbidea: Dirección:	<input type="text"/>	P.K. C.P.	Herria Localidad
Tel. Tfno.	<input type="text"/>	Hel. elektronikoa Correo electrónico	<input type="text"/>

GAIAREN LABURPENA  
RESUMEN TEMA

Dokumentu hartzailea  
Destino documento

GAIAREN AZALPENA / EXPLICACIÓN DEL TEMA


AURKEZTUTAKO AGIRIAK / DOCUMENTOS APORTADOS

- Kopiai (fotokopiai, kopia sinpleak, etab.) / Copias (fotocopias, copias simples...)

- Benetako kopiai (konpultsak, apostillak, etab.) / Copias auténticas (compulsas, apostillas...)

- Jatorrizkoak / Originales

En  n.   
 .  
Sinadura / Firma

 **Gobierno de Navarra** / **Nafarroako Gobernua**

[Ezabatu datuak / Borrar formulario](#)

Fuente: [www.navarra.es](http://www.navarra.es)

## **7. Información y divulgación**

---

## 7.1. Información a otros recursos y personas

Se adjunta un modelo de folleto y otro de tríptico para dar a conocer el servicio y dar a conocer esta problemática (Anexo 21)



Imagen 16. Folleto informativo sobre el programa. A la izquierda cara exterior, a la derecha cara interior del folleto. Elaboración propia

## 7.2. Nota de prensa para los medios de comunicación

“Los grupos de persuasión coercitiva son aquellos grupos que aplican sistemáticamente estrategias de presión, control, manipulación y coacción para someter a la persona a su grupo, consiguiendo así la obediencia y conformidad hacia las figuras de autoridad del grupo y una extrema dependencia del grupo. Son definidos como un grupo social depredador que practica el mimetismo (engaño) y el señuelo (contra la voluntad), donde generalmente se produce un “consentimiento desinformado” por parte de la víctima. Se estima que el 1% de la población pertenece a este tipo de grupos, lo que supone unas 400.000 personas en España y unas 6.000 personas en Navarra. Si bien pueden producirse derivas

sectarias en cualquier organización. Actualmente, tienen mucha presencia en las redes sociales. La pertenencia a estos grupos puede provocar un daño severo en la salud y el bienestar emocional de las personas, principalmente en 4 áreas: emocional, cognitiva, relaciones personales e integración social, y otras conductas problemáticas específicas.

La Red de Salud Mental de Navarra ha puesto en marcha un programa específico, con ayuda profesional, para apoyar a aquellas personas que se plantean abandonar un grupo de estas características o quienes ya lo han abandonado y desean rehacer su vida. Este programa incidirá también en la prevención en las escuelas y la comunidad”

## **8. Evaluación del proyecto y de los resultados alcanzados**

---

Para proceder a la evaluación del programa será necesario recoger la información generada tanto en los talleres y charlas como los datos registrados en la intervención clínica. Los encargados de registrar y analizar estos datos serán los 2 profesionales responsables del programa.

## 8.1. Indicadores de evaluación cuantitativos y cualitativos

Los datos se recogerán mediante metodología mixta para cada nivel de intervención, recogiendo indicadores relevantes de los elementos básicos en la evaluación de programas: estructura, proceso y resultados.

### ▪ PREVENCIÓN PRIMARIA:

ELEMENTO	INDICADOR	DEFINICIÓN	ECUACIÓN	META	FRECUENCIA	INSTRUMENTO
Estructura	Eventos formativos realizados (Taller o charla)	Número y tipo de actividades formativas llevadas a cabo.	Número de actividades anuales/12	>7 al año	1/mes	Registro
Estructura	Calidad de elementos clave para la formación	Valoración del lugar, duración y formadores por parte de participantes	Puntuación del cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al final de cada sesión	Kahoot
Proceso	Asistencia	Número de personas asistentes	Número asistentes	>7 cursos de 3º ESO, FP y Bachiller (>150 personas)	Después de cada sesión	Registro
Proceso	Grado de satisfacción	Valoración de la charla o taller propuesto	Puntuación del cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al final de cada sesión	Kahoot
Resultado	Conocimientos adquiridos	Evaluación de los conocimientos adquiridos	Puntuación del cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al final de cada sesión	Kahoot
Resultado	Percepción de utilidad	Percepción de haber adquirido herramientas para la vida diaria	Listado de estrategias y habilidades	90% >1	Al final de cada sesión	Dinámica mochila

Tabla 26. Indicadores de evaluación en prevención primaria. Elaboración propia

▪ **PREVENCIÓN SECUNDARIA:**

ELEMENTO	INDICADOR	DEFINICIÓN	ECUACIÓN	META	FRECUENCIA	INSTRUMENTO
Estructura	Evaluación de elementos clave de intervención	Valoración del lugar, duración, clima, materiales.	Puntuación del cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al finalizar el exit counseling	Encuesta
Estructura	Evaluación del clima de acogida y el marco de diálogo	Valoración de los elementos intangibles de intervención	Puntuación del cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al finalizar el exit counseling	Encuesta
Proceso	Grado de satisfacción de la familia con la preparación del momento inicial	Valoración del proceso preparatorio para crear el contexto más idóneo para que se produzca el inicio	Puntuación del cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al finalizar el exit counseling	Encuesta
Proceso	Número de personas atendidas en proceso de exit counseling	Número de víctimas que inician proceso de exit counseling	Número de asistentes	>10 al año	1/mes	Registro
Proceso	Grado de satisfacción de familia y afectado con la atención recibida	Valoración de la atención recibida	Puntuación del cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al finalizar el exit counseling	Encuesta
Resultado	Número de víctimas que logran abandonar el GPC	Relación entre el número de personas atendidas y las que consiguen abandonar el GPC	(Nº de víctimas que abandonan el GPC tras el éxit counseling/ víctimas atendidas en exit counseling) x 100	60%	Anual	Registro

Tabla 27. Indicadores de evaluación en prevención secundaria. Elaboración propia

▪ **PREVENCIÓN TERCIARIA:**

ELEMENTO	INDICADOR	DEFINICIÓN	ECUACIÓN	META	FRECUENCIA	INSTRUMENTO
Estructura	Evaluación de elementos clave de intervención	Valoración del lugar (hospital de día), materiales, clima.	Puntuación del cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al finalizar la intervención	Encuesta
Estructura	Evaluación del Plan individualizado de intervención	Valoración de los objetivos y propuestas para alcanzarlos consensuadas	Puntuación del cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al finalizar la intervención	Encuesta
Proceso	Número de supervivientes a GPC atendidos	Número de víctimas que al salir del GPC quieren reconstruir sus vidas	Número de participantes en el programa	>15 al mes	50/año	Registro
Proceso	Grado de satisfacción con la atención recibida	Valoración de la atención recibida	Puntuación cuestionario de valoración en escala 1-5	Media >3	Al finalizar la intervención	Encuesta
Proceso	Número de recursos u otros profesionales con los que se realizan coordinaciones	Valoración de la coordinación con otros recursos sanitarios, sociales, etc	Número de vínculos y sinergias establecidas	Las que sean necesarias	Durante toda la intervención	Registro
Resultado	Número de personas que vuelven al GPC	Número de personas que por temor a enfrentarse a su situación deciden volver al GPC	(Nº de supervivientes vuelven al GPC / Supervivientes atendidos) x 100	20%	Anual	Registro
Resultado	Calidad de vida	Valorar las principales dimensiones relacionadas con la salud	Puntuación de los cuestionarios de evaluación	Mejora global > 25%	Inicio y final de la intervención	-Perfil ocupacional -Euroqol 5 D 5 l -Índice Bellido
Resultado	Grado de integración social y satisfacción de necesidades ocupacionales	Nivel de adaptación a diferentes ámbitos sociales y satisfacción necesidades	Puntuación de los cuestionarios de evaluación	Mejora global > 25%	Inicio y final de la intervención	- Escala de inadaptación social -Cuestionario de necesidades ocupacionales

Tabla 28. Indicadores de evaluación en prevención terciaria. Elaboración propia



Las escalas y cuestionarios que se aluden en la valoración del programa se pueden encontrar a través de las siguientes direcciones.

Escala de inadaptación:

<https://www.bibliopro.org/buscador/673/escala-de-inadaptacion>

Euroqol:

<https://www.bibliopro.org/buscador/3840/version-espanola-euroqol-5-dimensions-5-levels>

Cuestionario de necesidades ocupacionales:

<https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/43250>

Índice Bellido:

<https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/43250>

La dinámica mochila es una técnica de evaluación cualitativa, que consiste en reflexionar en qué es lo que me llevo del curso para mi vida diaria, escribirlo en poscit, y pegarlos en un dibujo de mochila o introducirlos en una mochila real.

## 9. Bibliografía

---

1. Dickens C. Historia de dos ciudades. Madrid: Alianza editorial; 2021.
2. Pronsky L. Rota se camina igual. Buenos Aires: Hojas del sur; 2018.
3. Azanza Elío A. Diecinueve años de mi vida caminando en una mentira: Opus Dei. Úbeda: Mercadotecnia Grupo El Olivo; 2020.
4. Antelo González E, Rodríguez-Caralleira A (dir), Saldaña Tops O (dir). Consecuencias psicosociales del abuso psicológico en grupos: delimitación, evaluación y factores explicativos [tesis doctoral en internet].[Barcelona]: Universidad de Barcelona; 2021[citado 1 septiembre de 2023]. Recuperado a partir de: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/187165>
5. Perlado Recacha M. ¡Captados!: todo lo que debes saber sobre las sectas. Barcelona:Ariel; 2020.
6. Cuevas Barranquero JM, Canto Ortiz JM (dir). Evaluación de persuasión coercitiva en contextos grupales [tesis doctoral en internet].[Málaga]: Universidad de Málaga; 2016[citado 1 septiembre de 2023]. Recuperado a partir de: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/11454>
7. Santamaría del Río L. Sectas y nueva religiosidad: un desafío pastoral. An.teol. 2018; 20 (2): 175-193. Recuperado a partir de: <https://revistas.ucsc.cl/index.php/analesdeteologia/article/view/1824>
8. Santamaría del Río L. ¿Cristianismo fake?: Las sectas que manipulan desde la Biblia. En: Simposio Grupos Coercitivos y Derivas Sectarias: 22 y 23 de Junio de 2023. Madrid: Redune. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado a partir de: <https://www.redune.org.es/news/simposio-grupos-coercitivos-y-derivadas-sectarias-23-y-24-de-junio-2023-completo/>
9. Santamaría del Río L. A las afueras de la cruz. Las sectas de origen cristiano en España. Madrid: Biblioteca de autores cristianos; 2023.
10. Pascual J, Vidaurrázaga Meza E. Grupos de manipulación psicológica en Cataluña: situación y conceptos. Barcelona: AIS; 2005. Recuperado a partir de: <https://ais-info.org/descargar-pdf/ais-estudio-sociologico-2005.pdf>
11. Cervero Fernández-Castañón A, Álvarez Blanco L. Técnicas de reforma del pensamiento en los grupos de persuasión coercitiva desde una perspectiva psicosocial. Bol\_Crim [Internet]. 12 de septiembre de 2022 [citado 3 de septiembre de 2023];(28). Recuperado a partir de: <https://revistas.uma.es/index.php/boletin-criminologico/article/view/15486>
12. Secretaría de RIES. Un niño de 3 años muere intoxicado en una comunidad de Las Doce Tribus en Navarra. 21 de Mayo de 2022. Recuperado a partir de: <https://www.infocatolica.com/blog/infories.php/2205210949-un-nino-de-3-anos-muere-intox#more42692>
13. Sayans Varela K. Sectas, la amenaza invisible. Roquetas del Mar: Guante Blanco; 2022.
14. Carmona Gallego A, Marco Macarro MJ, Paz Rodriguez JI, Sanchez Medina JA. Cambio de actitud y comunicación persuasiva: claves para comprender los procesos de captación y conversión a sectas. Apunt. Psic. [Internet]. 7 de julio de 2022 [citado 3 de septiembre de 2023];30(1-3):43-8. Recuperado a partir de: <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/435>

15. Eguizábal A. "Podríamos hablar de decenas de sectas en Donostia y Guipuzkoa" [Entrevista a Luis Santamaría]. 10 de agosto de 2023. Recuperado a partir de: <https://www.donostitik.com/podriamos-hablar-de-decenas-de-sectas-en-donostia-y-gipuzkoa/>
16. Malavia MA. Luis Santamaría: "La Iglesia también debe actuar con determinación ante el abuso psicológico y espiritual" [Entrevista], 23 de Junio de 2023. Recuperado a partir de: <https://www.vidanuevadigital.com/2023/06/23/luis-santamaria-la-iglesia-tambien-debe-actuar-con-determinacion-ante-el-abuso-psicologico-y-espiritual/>
17. Tello Sánchez A, Sobral Fernández (dir). Abuso psicológico en grupos coercitivos: estrategias, efectos y contextos [trabajo final de máster en internet]. [Santiago de Compostela]: Universidad de Santiago de Compostela; 2022 [citado 1 septiembre de 2023]. Recuperado a partir de: [https://www.researchgate.net/publication/362112879\\_Abuso\\_psicologico\\_en\\_grupos\\_coercitivos\\_estrategias\\_efectos\\_y\\_contextos](https://www.researchgate.net/publication/362112879_Abuso_psicologico_en_grupos_coercitivos_estrategias_efectos_y_contextos)
18. Pastor-Ramon E, Rovira C. Comunicación académica y buscadores científicos: 'Scoping Review'. *index.comunicación* 2023; 13(1): 79-103. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.33732/ixc/13/01Comun2>
19. Farías Díaz A. Sectas y manipulación mental. Un enfoque desde la psicología. Maxstadt: Editorial Vita Brevis; 2015.
20. Jara Vera V. ¿Qué es una secta?. El criterio de demarcación. *Studium*, Vol. XLVII, Fasc. 3, 2007, pp. 347-393. Recuperado a partir de: <http://about-sects-and-cults.org/Articulos/CriterioDemarcacion/SectaDefinicionDemarcacion.pdf>
21. Urra Portillo J. La huella de la despersonalización. Estrategias de prevención y afrontamiento de las sectas y grupos fanáticos. Madrid: Morata; 2019.
22. Santamaría del Río L. Las sectas en el panorama religioso actual. En: *Sectas 360º: una visión integral acerca de la cara oculta de las sectas*: 9 de febrero de 2023. Madrid: Vestigere.
23. Rodríguez P. El poder de las sectas. Barcelona: Ediciones B; 1997. pp 45.
24. Rodríguez-Carballeira A, Saldaña O, Almendros C, Martín-Peña J, Escartín J, Porrúa-García C. Group psychological abuse: Taxonomy and severity of its components. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 7 (2015) 31-39. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889186114000171>
25. Jara V. ¿Qué es una secta?. No es tan fácil como parece... *Aletia*. 19 de junio de 2018. Recuperado a partir de: <https://es.aleteia.org/2018/06/19/que-es-una-secta-no-es-tan-facil-como-parece/>
26. Jara V. ¿Cómo reconocer una secta?. Aquí un cuestionario. *Aletia*. 23 de febrero de 2015. Rescuperado a partir de: <https://es.aleteia.org/2015/02/23/como-reconocer-una-secta-aqui-un-cuestionario/>
27. Marina JA. Las culturas fracasadas: el talento y la estupidez de las sociedades. Barcelona: Anagrama; 2010
28. Cuevas Barranquero JM, Canto Ortiz JM. Sectas. Cómo funcionan, cómo son sus líderes, efectos destructivos y cómo combatirlas. Málaga: Ediciones Aljibe; 2006.

29. Cuevas Barranquero JM. Sectarismo 3.0. Nuevas características del proselitismo, nuevas dependencias. 2003. Recuperado a partir de: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/27140>
30. Magariños E. Luis Santamaría: "cualquiera puede tener a las sectas dentro de su casa a través de su móvil o de su ordenador", 14 de enero de 2019. Recuperado a partir de: <https://www.vidanuevadigital.com/2019/01/14/luis-santamaria-cualquiera-puede-tener-a-las-sectas-dentro-de-casa-a-traves-de-su-movil-o-su-ordenador/>
31. Rodríguez-Carballeira A, Saldaña O, Almendros C. Sectas coercitivas: delimitación, evaluación e intervención. Abril-Junio 2017. Formación continuada a distancia (Focad). Consejo General de la Psicología en España. Recuperado a partir de: <https://eddfcbb976.clvaw-cdnwnd.com/42b8509dc9fe06b573cdf8acf9f3691/200000421-ac314ad2b9/SECTAS%20Y%20MANIPULACION%20FOCAD.pdf>
32. Riccardi A. La Iglesia arde. Barcelona: Arpa; 2022.
33. Casaldáliga P. Fuego y ceniza al viento. Santander: Sal Terrae; 1984.
34. Nastat. Encuesta social y de condiciones de vida. Recuperado a partir de: <https://nastat.navarra.es/es/desarrollo-nota-estadistica/-/tag/encuesta+social+y+de+condiciones+de+vida+%28salud%29>
35. Observatorio de la Realidad Social. Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV): informe Comunidad Foral de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. 2014;108,118,208. Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/User/Downloads/Informe-Calidad-Vida-IMCV-Navarra-2021.pdf>
36. Lizarraga J, Beroiz U. Navarra, la Comunidad en la que más personas declaran ser no religiosas, según el CIS. Diario de Noticias de Navarra. 5 de Noviembre de 2028. Recuperado a partir de: <https://www.noticiasdenavarra.com/sociedad/2018/11/05/navarra-comunidad-personas-declaran-religiosas-2466358.html>
37. López Oller J, Flamarique Esparza M. Encuesta de la población joven de Navarra 2022. Instituto Navarro de Juventud. Recuperado a partir de: <https://www.navarra.es/documents/48192/21941760/ESTUDIO+POBLACION+JOVEN+NAVARRA+2022.pdf/9f53c8a1-5ea0-1454-9a0e-c261d484eb6e?t=1674467222306>
38. Lasheras Ruiz R. Umbrales. Minorías religiosas en Navarra. Barcelona: Icaria; 2012. Recuperado a partir de: <https://www.pluralismoyconvivencia.es/publicaciones/fichas/umbrales-minorias-religiosas-en-navarra/>
39. Asociación Aroa. Foro espiritual de Estella. Recuperado a partir de: <https://www.foroespiritual.org>
40. Ferrer Sánchez J. Libertad religiosa y diálogo interreligioso: análisis y propuestas. [tesis doctoral en internet]. [Granada]: Universidad de Granada; 2016 [citado 1 septiembre de 2023]. Recuperado a partir de: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/43021>  
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/43021/25935410.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

41. OMS. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 17 de junio de 2022.  
Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
42. OMS. Informe mundial sobre salud mental 2022 : transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary] [Internet]. 2022.  
Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433519/retrieve>  
<file:///C:/Users/User/Downloads/9789240051966-spa.pdf>
43. Mutua Navarra. VIII Estudio de absentismo laboral de Mutua Navarra.  
Recuperado a partir de: [https://www.mutuanavarra.es/wp-content/uploads/2023/02/VIII-Informe-de-Absentismo\\_Mutua-Navarra.pdf](https://www.mutuanavarra.es/wp-content/uploads/2023/02/VIII-Informe-de-Absentismo_Mutua-Navarra.pdf)
44. Garde MC. Los empleados jóvenes copan en Navarra las bajas laborales por patología mental. Diario de Navarra. 30 de Julio de 2023. Recuperado a partir de: <https://www.diariodenavarra.es/noticias/negocios/dn-management/2023/07/30/bajas-trabajadores-patologia-mental-crecen-navarra-68-ultimos-5-anos-574277-2541.html>
45. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Programa de Bienestar Emocional 2022-2024. Recuperado a partir de:  
<https://portalsalud.navarra.es/documents/11746728/15452667/Programa+Bienestar+Emocional++2022-2024.pdf/18206238-5ec3-e3bb-7fce-8fd67a989331?t=1678100792378>  
[https://www.navarra.es/documents/48192/20365996/Programa+Bienestar+Emocional\\_ISPLN.pdf/2833321f-85da-3e89-e073-e9caa9e9a75c?t=1668166222964](https://www.navarra.es/documents/48192/20365996/Programa+Bienestar+Emocional_ISPLN.pdf/2833321f-85da-3e89-e073-e9caa9e9a75c?t=1668166222964)  
<https://portalsalud.navarra.es/documents/11746728/15452667/Programa+Bienestar+Emocional++2022-2024.pdf/18206238-5ec3-e3bb-7fce-8fd67a989331?t=1678100792378>
46. OMS. Health Promotion Glossary of Terms 2021. Ginebra, 2021.  
Rescatado a partir de  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>.  
Traducción realizada por el Servicio de promoción y educación para la salud de la Consejería de salud de la región de Murcia, disponible en:  
[https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/515289-515289-GLOSARIO\\_Promocion\\_de\\_la\\_Salud\\_07-03-23.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/515289-515289-GLOSARIO_Promocion_de_la_Salud_07-03-23.pdf)  
<https://www.saludjoventnavarra.es/es/bienestar-emocional>.
47. ONU. Objetivos de desarrollo sostenible. Recuperado a partir de:  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
48. European Commission. Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative. 2022;(June). Recuperado a partir de:  
[http://ec.europa.eu/dgs/health\\_food-safety/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/index_en.htm)
49. Balsells Bailón MÁ. La infancia en riesgo social desde la sociedad del bienestar. Teoría la Educ: Educ y Cult en la Soc la Inf. 2003. Recuperado a partir de:  
[https://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev\\_numero\\_04/n4\\_art\\_balsells.htm](https://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_04/n4_art_balsells.htm)

- [https://www.navarra.es/documents/48192/20365996/Programa+Bienestar+Emocional\\_ISPLN.pdf/2833321f-85da-3e89-e073-e9caa9e9a75c?t=1668166222964](https://www.navarra.es/documents/48192/20365996/Programa+Bienestar+Emocional_ISPLN.pdf/2833321f-85da-3e89-e073-e9caa9e9a75c?t=1668166222964)
50. Flamarique Cocarro B, Amóztegui Hermoso de Mendoza E, Antomás Oses X, Chivite Lasheras S, Gaminde Inda I, Jusue Erro G, Peralta Martín V. Plan de Salud de Navarra 2019-2023. Gerencia de salud mental de Navarra (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea). Recuperado a partir de: [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+de+Salud+Mental+de+Navarra.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+de+Salud+Mental+de+Navarra.htm)
  51. Busquets M, Canal N, Jokomba J, Martínez C, Parera O, Pujol V. La terapia ocupacional en hospitales de día de adultos de salud mental de Cataluña (Documento técnico). Barcelona: COTOC; 2022. Recuperado a partir de: <https://www.cotoc.cat/es/documents/documento-tecnico-la-terapia-ocupacional-en-hospital-de-dia/>
  52. INSALUD. Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico. Recuperado a partir de: <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/psiquiatrico.htm# Toc457807385>
  53. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea. Memoria de salud 2022. Recuperado a partir de: <https://portalsalud.navarra.es/documents/11746728/25901067/MemoriaSNSO2022.pdf/ce4fdf61-f915-01df-d7a6-570273467cce?t=1686040436499>
  54. Mantrana-Ridruejoa L, Ramírez-López F, Santamaría-Gómezc O, García-Soliera R, Almeida-González CV, Muñoz-Molero MJ. Impacto de la intervención en un Hospital de Día de Salud Mental sobre el uso posterior de recursos sanitarios y ocupacionales. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2023; 43(143): 141-159. Recuperado a partir de: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v43n143/2340-2733-raen-43-143-0141.pdf>
  55. Lasanta Sáez MJ, Sobejano Tornos I, Saenz de Pipaón Martínez de Virgala I, Gorricho Mendivil J, Mugarra Bidea I, Gabilondo Pujol L. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/User/Downloads/Plan%20salud%202014-2020%20con%20DL.pdf>
  56. Instituto de Salud Pública y Laboral en Navarra. Plan de Salud Pública de Navarra 2022-2025: Sociedad Justa. Vidas Saludables. Pamplona: Departamento de Salud. Recuperado a partir de: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/F349F797-9858-4326-8974-2EF2B7812FCB/449137/PlanSaludMental201923NAVEGABLE3.pdf>
  57. Grupo Técnico de Trabajo Sobre La Prevención de las Personas con Conducta Suicida en Navarra: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Gerencia de Salud Mental (2021). Plan de Atención a las Personas con Conductas Suicidas de Navarra. Recuperado a partir de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/6683F5F2-AFA8-43DB-B090-7B42CEAE3BC5/478565/PlandeatencionalaspersonasconconductassucidasenlaR.pdf>

58. Suárez Alonso G (coord). Estrategia nacional de salud mental 2022-2026. Ministerio de Salud. Recuperado a partir de:  
[https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236\\_estrategia\\_de\\_salud\\_mental\\_del\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_2022-2026.pdf](https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf)
59. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2014. Madrid. Recuperado a partir de:  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA\\_N.ADICIONES\\_2017-2024\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf)
60. Tristán C, Llorens N, García N, León LM, Molina M, Sánchez E, Brime B. Informe sobre Adicciones Comportamentales 2021. Madrid: Ministerio de Salud; 2022. Recuperado a partir de:  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2021\\_Informe\\_adicciones\\_comportamentales.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2021_Informe_adicciones_comportamentales.pdf)
61. Ortega Villa O. Daño y perjuicio a la salud mental en sectas destructivas: una revisión del tema. Universidad CES; 2022. Recuperado a partir de:  
<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/6140/Tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
62. Omar Saldaña Tops, Emma Antelo, Álvaro Rodríguez-Carballeira & Carmen Almendros Rodríguez (2018) Taxonomy of Psychological and Social Disturbances in Survivors of Group Psychological Abuse, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27:9, 1003-1021. Recuperado a partir de:  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10926771.2017.1405315>
63. De Mesquita Dummar A, Agulló Tomás E (dir). Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia [tesis doctoral en internet].[Oviedo]: Universidad de Oviedo; 2015 [citado 1 septiembre de 2023]. Recuperado a partir de:  
[https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33960/TD\\_alinedemesquita.pdf;jsessionid=639FD394F45CFD8E3CC6DA3892CCC791?sequence=1](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33960/TD_alinedemesquita.pdf;jsessionid=639FD394F45CFD8E3CC6DA3892CCC791?sequence=1)
64. Casas G. Los niveles de prevención y rehabilitación del enfermo mental. Recuperado a partir de:  
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v4n7/art3.pdf>
65. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud. *Arch. Med Int* vol.33 no.1 . Montevideo. 2011. Recuperado a partir de:  
[http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)
66. IPLACEX. Taller de aplicación de estrategias preventivas. Recuperado a partir de: [https://cursos.iplacex.cl/CED/TEP3201/S2/ME\\_2.pdf](https://cursos.iplacex.cl/CED/TEP3201/S2/ME_2.pdf)
67. O'Loughlin K, Althoff RR, Hudziak JJ. Promoción y prevención en salud mental infantil y adolescente. En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y del Adolescente y Profesiones Afines, 2018. Recuperado a partir de:  
[https://iacapap.org/\\_Resources/Persistent/d390d03271c4207d09d8545c6acbe9f4166e5034/A.14-Preveni%C3%B3n-Spanish-2018.pdf](https://iacapap.org/_Resources/Persistent/d390d03271c4207d09d8545c6acbe9f4166e5034/A.14-Preveni%C3%B3n-Spanish-2018.pdf)
68. Sánchez M. Socioadicciones: definición, motivación, clasificación. Cómo funcionan, cómo son sus líderes, efectos destructivos y cómo combatirlos. Publicado el 29 de octubre de 2015 (actualizado el 11 de Julio de 2020).

- Recuperado a partir de:  
<https://www.psicologaabarcelona.com/post/2015/11/29/socioadicciones-definici%C3%B3n-motivaci%C3%B3n-clasificaci%C3%B3n>
69. Rodríguez-Carballeira. La actuación ante las sectas coercitivas. Eguzkilore 18 (2004). San Sebastián. Recuperado a partir de:  
<https://www.ehu.es/documents/1736829/2174326/17Rodriguez.pdf>
  70. Hernández Prados MA, Ibáñez Bordallo D (2017). La vulnerabilidad de los adolescentes ante las sectas. Propuestas educativas. Educación Vol. XXVI, Nº 50. Pp.145-161. Recuperado a partir de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-94032017000100008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-94032017000100008)
  71. Rodríguez P. Tu hijo y las sectas (Guía de prevención y tratamiento para padres, educadores y afectados). Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 1984. pp. 103-110.
  72. Rodríguez P, Rodríguez-Carballeira A, Del Pozo JM. (1994). Cuando una sonrisa es una trampa: las sectas, cómo detectarlas, cómo combatirlas. Barcelona. Ed. Fundación Francisco Ferrer. pp. 39-41.  
<https://eddfcbb976.clvaw-cdnwnd.com/42b8509dc9fe06b573cdf8acf9f3691/200000596-eb91fec89a/CUANDO%20UNA%20SONRISA%20ES%20UNA%20TRAMPA.pdf>
  73. Juárez O, Cortés M, Mussons O. Técnicas de manipulación psicológica (TMP). Programa de Prevención. Barcelona: AIS; 2006. Recuperado a partir de:  
<https://ais-info.org/descargar-pdf/Programa-Prevencion-Profesorado-2019.pdf>
  74. Jansa JM (2015). School program for adolescents to prevent cult manipulation. Psychosocial determinants. Recuperado a partir de:  
<https://fecris.org/wp-content/uploads/2015/05/english-jansa.pdf>
  75. Merino Gómez L. Identificación e intervención en grupos de manipulación destructiva: sectas". ISEP. 21 de abril de 2021 [recurso en internet]. Recuperado a partir de:  
<https://www.youtube.com/watch?v=Pvx8aFr14xY&t=3797s>
  76. Henri P, Alloring L. Dentro de una secta [comic]. Madrid: Dibbuks; 2008.
  77. Seikkula J, Arnkil TE. Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona: Editorial Herder; 2016.
  78. Arnkil TE, Eriksson E. Asumir las preocupaciones propias. Un manual para diálogos tempranos. Barcelona: Editorial Herder; 2021.
  79. Seikkula J, Arnkil TE. Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Barcelona: Editorial Herder; 2019.
  80. Koskimies M, Pyhäjoki J, Arnkil TE. Los diálogos de buenas prácticas. Guía de apoyo para el desarrollo dialógico y la transformación cultural. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2023.
  81. Singer MT, Lalich. Las sectas entre nosotros. Barcelona: Gedisa; 1997.
  82. Jara V. Qué hacer cuando su familiar está en una secta. Aleteia. 30 de marzo de 2015. Recuperado a partir de: <https://es.aleteia.org/2015/04/30/que-hacer-cuando-un-familiar-o-amigo-esta-en-una-secta/>



83. Cuevas Barranquero JM. Tratamiento y asesoramiento de las dependencias grupales desde una institución pública. RedUne; 2018. Consultado a partir de: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/17122>
84. Langone M, Martín P. Desprogramación, exit counseling y ética profesional: clarificando la confusión. *The Cult Observer*, 10 (4), 1993. Recuperado a partir de: [https://educasectas.org/extra/exit\\_counseling.pdf](https://educasectas.org/extra/exit_counseling.pdf)
85. Berrueta Maeztu LM, Vílchez Plaza AC (dir). Creación y validación de un cuestionario sobre las "necesidades ocupacionales de acción"[trabajo final de máster en internet]. [Pamplona]: Universidad Pública de Navarra; 2022 [citado 1 septiembre de 2023]. Recuperado a partir de: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/43250>
86. González-Bueso V, Santamaría JJ, Merino L, Montero E, Cano Vega M. Trastorno de Dependencia Grupal en un Grupo de Manipulación Psicológica o Secta Coercitiva: A propósito de un caso. *C. Med. Psicosom*, N° 117; 2016; pp 84-92. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5564734>
87. Moreno Oliver FJ. El peritaje psicológico de las víctimas de persuasión coercitiva en grupos totalitarios. En *Derecho y Cambio Social*. (02 de junio de 2022). Recuperado a partir de: [https://www.derechoycambiosocial.com/anexos/MISCELANEA/2022/El\\_peritaje\\_psicologico.pdf](https://www.derechoycambiosocial.com/anexos/MISCELANEA/2022/El_peritaje_psicologico.pdf)
88. Winocur N, Whitney J, Sorensen C, Vaughn P, Foy D (1997). The Individual Cult Experience Index: The assessment of cult involvement and its relationship to postcult distress. *Cultic Studies Journal*, 14 (2), 290-306. Recuperado a partir de: <https://articles2.icsahome.com/articles/the-individual-cult-experience-index--csj-14-2>
89. Wolfson LB (2002). A study of psychological abuse and control in two relationships: Domestic violence and cultic systems. En Dissertation. University of Connecticut.
90. Grau-Sánchez J, González Román L, Zango Martín I. Instrumentos de valoración en terapia ocupacional. Guía para la práctica profesional e investigación. Tarrasa: EUIT; 2022. Recuperado a partir de: <https://euit.orex.es/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=51c31366411dbae72616c2374e0bd044>
91. Orden CIN/729/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de Terapeuta Ocupacional. BOE N° 73, de 26 de marzo de 2009. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/03/26/pdfs/BOE-A-2009-5036.pdf>
92. Guzmán Lozano S, Busquets Puig M. El perfil ocupacional en la práctica cotidiana. *La Revista del COTOC* 2019. DES; 12:31-46. Recuperado a partir de: <https://biblioteca.euit.fdsll.cat/bib/59912>
- 93.- Busquets M, Domingo E, Guzmán S. Consultoría ocupacional y prescripción ocupacional. Barcelona: COTOC; 2020. Recuperado a partir de: [https://www.cotoc.cat/wp-content/uploads/2021/09/consultoriaprescripcionocupacional\\_dig.pdf](https://www.cotoc.cat/wp-content/uploads/2021/09/consultoriaprescripcionocupacional_dig.pdf)
94. Vidaña-Moya L, Eklund M, Merchán-Baeza JA, Peral-Gómez P, Zango-Martín I, Hultqvist J. Cross-Cultural Adaptation, Validation and Reliability of the Spanish Satisfaction with Daily Occupations-Occupational Balance (SDO-

- OB): An Evaluation Tool for People with Mental Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 30;17(23):8906. doi: 10.3390/ijerph17238906. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7730273/>
95. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de terapia ocupacional. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. 3ª ed.
  96. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación. Buenos Aires: Médica Panamericana; 211. 4ª ed.
  97. De las Heras CG. Modelo Ocupación Humana. Madrid: Síntesis; 2015.
  98. Duncan EAS. Fundamentos para la práctica en terapia ocupacional. Barcelona: Elsevier; 2022. 6ª ed.
  99. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Medida canadiense de desempeño ocupacional. Ottawa:CAOT; 2005. Recuperado a partir de: <https://www.bibliopro.org/buscador/3782/instrumento-de-valoracion-canadiense-del-desempeno-ocupacional>
  100. McCarthy K. Activities of Daily Living: a manual of Group Activities and Written Exercises. Ed. Therapro. Recuperado a partir de: <https://www.therapro.com/Browse-Category/Self-Care-and-Independence/Activities-of-Daily-Living-A-Manual-of-Group-Activities-and-Written-Exercises.html>  
Pie of time o pastel de vida. Neville, 1980; Kielhofner 1977; McDowell, 1976. Recuperado a partir de: [https://www.therapro.com/Content/Samples/PMH1502\\_02\\_sample.pdf](https://www.therapro.com/Content/Samples/PMH1502_02_sample.pdf)
  101. Iwama M. The kawa model. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2006 .
  102. American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4ª ed.) *American Journal of Occupational Therapy*, 74 (Suppl. 2), 7412410010. Disponible en: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>.
  103. Ramos Lorente MM, Castón Boyer P (dir). Nuevos movimientos religiosos en España: contexto y análisis del proceso de afiliación y desvinculación de sus miembros [tesis doctoral en internet].[Granada]: Universidad de Granada; 2006 [citado 1 septiembre de 2023]. Recuperado a partir de: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/1026>
  104. Mantilla Castellanos L, Chahín Pinzón ID. Habilidades para la vida. Bilbao: Edex; 2007.
  105. Martín Maganto E (coord), Mosteiro Ramírez C (coord), Alonso Verdugo B, de Antonio de las Heras MJ, Camarena Rodríguez P, Casla Gil J, de Enea de la Cuesta S, Orozco Jabato B, Redondo Carmena C, Soler Torroja P . Protocolo de intervención psicológica. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid; d. Recuperado a partir de: [https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/protocolo\\_psicologico.pdf](https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/protocolo_psicologico.pdf)
  106. Sanz Lis AM, Macarulla Piqué A, Portalés Llorens A, Usón Gil D, Serrano Marulanda E, París Forné M, Miquel Muñoz S. Terapia ocupacional: la ocupación como herramienta principal de intervención en Salud Mental. *Revista BRAINS (Business, Research, Ageing, Innovation, Neurosciences & Social journal)*. Año 0. Vol 1 nº 2. Abril de 2021. pp 13-20. Barcelona:

- Cluster Salut Mental Catalunya; 2021. Recuperado a partir de:  
[https://www.clustersalutmental.com/wp-content/uploads/2021/06/Brains\\_02.COM\\_.pdf](https://www.clustersalutmental.com/wp-content/uploads/2021/06/Brains_02.COM_.pdf)
107. Rubio Ortega C, Sanz Valer P. Reflexiones acerca de hacer, ser y llegar a ser. [Traducción]. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2011 [5 septiembre de 2023]; 8(14): [30p.]. Recuperado a partir de:  
<https://www.revistatog.com/num14/pdfs/historia2.pdf>
  108. BOE . Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). BOE núm. 280, de 22/11/2003. Recuperado a partir de:  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
  109. Reed KL. Concepts of occupational therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
  110. Moruno P, Romero D (2003). Teoría y técnicas de terapia ocupacional. Ed. Masson. Barcelona. Pág. 236
  111. Santos del Riego S. Terapia ocupacional: del siglo XIX al XXI. Historia y concepto de ocupación. Rehabilitación, Volume 39, Issue 4, 2005, Pages 179-184. Recuperado a partir de:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048712005743437>
  112. Kielhofner G. La ocupación como principal actividad de los seres humanos. En: Hopkins HL, Smith HD. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 1998. pp.137.
  113. Guzmán S (coord), Sanz AM, Serrano E, Domingo E, Nivelá M. La terapia ocupacional en servicios de rehabilitación comunitaria en Cataluña (Documento Técnico). Barcelona: Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC); 2022. Recuperado a partir de:  
[https://www.cotoc.cat/wp-content/uploads/2023/02/SRC\\_CASTELLANO\\_V11-NO-Editable\\_WEB.pdf](https://www.cotoc.cat/wp-content/uploads/2023/02/SRC_CASTELLANO_V11-NO-Editable_WEB.pdf)
  114. BOE . Orden SAS/ 1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. BOE núm. 146 de 17/6/2009. Recuperado a partir de:  
<https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620/dof/spa/pdf>
  115. Soler J, Conangla MM. Aplícate el cuento. Barcelona: Amat; 2011.
  116. Adorna R. Practicando la escritura creativa. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2013. 2ª edición
  117. Saldaña O, Rodríguez-Carballeira A, Almendros C, Escartín J. (2017). Development and validation of the Psychological Abuse Experienced in Groups Scale. The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 9(2), 57-64. Recuperado a partir de:  
[https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/12/02\\_Saldana\\_26-30a.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/12/02_Saldana_26-30a.pdf)
  118. World Federation of Occupational Therapists (WFOT). Definitions of Occupational Therapy from member organizations. [Internet] 2018. Recuperado a partir de: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>  
<https://www.wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>

## **10.Anexos**

---

## 10.1. ANEXO 1. Búsqueda bibliográfica.

Fuente: Elaboración propia

**BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN BASES DE DATOS: N=28** (tras eliminar duplicados entre todas las bases de datos –en rojo–)

Base de datos, fecha y resultados	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
<b>WOS</b> <b>28-3-2023</b> <b>n= 34</b>	<p style="text-align: center;">n= 6</p> <p>1.- Castano A, Belanger JJ, Moyano M (2021). <u>Cult Conversion From the Perspective of Families: Implications for Prevention and Psychological Intervention</u>. <i>Psychology of religion and spirituality</i> 14 (1) , pp.148-160</p> <p>2.- Cook J (2018). <u>Terror, love and brainwashing: attachment in cults and totalitarian systems</u>. <i>Journal of mental health</i> 27 (1) , pp.92-92</p> <p>3.- Rouseiet M, Duretete O, Hardouin JB, Grall-Bronnec, M (2017). <u>Cult membership: What factors contribute to joining or leaving?</u>. <i>Psychiatry research</i> 257 , pp.27-33</p> <p>4.- Coates DD (2014). <u>New Religious Movement Membership and the Importance of Stable 'Others' for the Making of Selves</u>. <i>Journal of Religion &amp; Health</i> 53 (5) , pp.1300-1316</p> <p>5.- Bogdan H (2014). <u>"It's not about religion, but about manipulation" polemical discourse against sects and cults in Sweden</u>. <i>Culture, health, and religion at the millennium: Sweden unparadised</i> , pp.77-97</p> <p>6.- Coates DD (2013). <u>New religious movements as avenues for self-change and the development of increased emotional connectedness</u>. <i>40th anniversary of studies in symbolic interaction</i> 40 , pp.271-305</p>
<b>PUBMED</b> <b>28-3-2023</b> <b>n=8</b>	<p style="text-align: center;">n= 3</p> <p>1.- Cook J (2018). <u>Terror, love and brainwashing: attachment in cults and totalitarian systems</u>. <i>J Ment Health</i>. Feb;27(1):92.</p> <p>2.- Rouselet M, Duretete O, Hardouin JB, Grall-Bronnec M (2017). <u>Cult membership: What factors contribute to joining or leaving?</u> <i>Psychiatry Res</i>. Nov;257:27-33.</p> <p>3.- Coates DD (2014). <u>New religious movement membership and the importance of stable 'others' for the making of selves</u>. <i>J Relig Health</i>. Oct;53(5):1300-16.</p>
<b>DIALNET</b> <b>28-3-2023</b> <b>(sin filtro de fecha)</b> <b>n=16</b>	<p style="text-align: center;">n= 4</p> <p>1.- Bardavío C (2019). "Persuasión coercitiva" y organizaciones criminales en el derecho penal mexicano. <i>Jurídica Ibero</i>, N° 6, págs.. 13-65.</p> <p>2.- González V, Santamaría JJ, Merino L, Montero E, Cano M (2016). Trastorno de Dependencia Grupal en un Grupo de Manipulación Psicológica o Secta Coercitiva: a propósito de un caso. <i>Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace</i>, N° 117, págs.. 84-92.</p> <p>3.- Carmona A, Marco MJ, Paz JI, Sánchez-Medina JA (2012). Cambio de actitud y comunicación persuasiva: claves para comprender los procesos de captación y</p>

	<p>conversión a sectas. <i>Apuntes de Psicología</i>, Vol. 30, Nº 1-3, pág. 43-48.</p> <p>4.- Jiménez MA (1997). Factores de predisposición y prevención del fenómeno sectario. <i>Carthaginensia: Revista de estudios e investigación</i>, Vol. 13, Nº 23, págs. 115-128.</p>
<p><b>SCOPUS</b> 28-3- 2023 n=256</p>	<p>n= 7</p> <p>1.- Castaño Á, Bélanger JJ, Moyano M (2022). <b>Cult Conversion From the Perspective of Families: Implications for Prevention and Psychological Intervention.</b> <i>Psychology of Religion and Spirituality</i>, 14 (1), pp. 148-160.</p> <p>2.- Sheppard-Luangkhot T (2020). <u>Grassroots solutions for radicalized youth and the addictive process of extremism.</u> <i>Internet Journal of Restorative Justice</i>, 2020 (special issue 3), pp. 52-62.</p> <p>3.- Epstein OB, Schwartz J, Schwartz RW (2018). <u>Ritual abuse and mind control: The manipulation of attachment needs.</u> <i>Ritual Abuse and Mind Control: The Manipulation of Attachment Needs</i>, pp. 1-183.</p> <p>4.- Dias ER, Norões MP (2018). <u>Criminal responsibility of parents Jehovah's Witnesses for refusing medical treatment to children and adolescents</u> [Responsabilidade penal de pais testemunhas de jeová por recusa de tratamento médico em crianças e adolescentes]. <i>Revista de Direito Sanitario</i>, 18 (3), pp. 167-179.</p> <p>5.- Harvey S, Steidinger S, Beckford JA (2017). <u>New religious movements and counselling: Academic, professional and personal perspectives.</u> <i>New Religious Movements and Counselling: Academic, Professional and Personal Perspectives</i>, pp. 1-248.</p> <p>6.- Richardson JT (2016). <u>'Brainwashing' and Mental Health.</u> <i>Encyclopedia of Mental Health: Second Edition</i>, pp. 210-215.</p> <p>7.- Dubrow-Marshall RP, Dubrow-Marshall L (2016). <u>Cults and Mental Health.</u> <i>Encyclopedia of Mental Health: Second Edition</i>, pp. 393-401.</p>
<p><b>DIMENSI</b> ONS 12-4- 2023 n=314</p>	<p>n= 16</p> <p>1.- Svetlana Nikolaevna Ispulova (2023). Social rehabilitation of children from families affected by destructive cults. <i>Social naja politika i social noe partnerstvo (Social Policy and Social Partnership)</i>.</p> <p>2.- Carmona A, Marco MJ, Paz JI, Sánchez JA (2022). <b><u>Cambio de actitud y comunicación persuasiva: claves para comprender los procesos de captación y conversión a sectas.</u></b> <i>Apuntes de psicología</i>.</p> <p>3.- Castaño A, Bélanger JJ, Moyano M (2022). <b><u>Cult Conversion From the Perspective of Families: Implications for Prevention and Psychological Intervention.</u></b> <i>Psychology of Religion and Spirituality</i>.</p> <p>4.- Roderick P, Dubrow-Marshall RP, Dubrow-Marshall L (2022). <u>Cults and Mental Health.</u> <i>Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology – Chapter</i>.</p> <p>5.- Romanovskaya VB, Immayeva BA (2021). <b><u>Determination of the criteria of destructiveness in the activities of new religious movements (theoretical and legal aspect).</u></b> <i>Vestnik of Kostroma State University</i>.</p>

	<p>6.- Shaw D (2021). <b><u>Traumatic Narcissism and Recovery. Leaving the Prison of Shame and Fear.</u></b> <i>Monograph.</i></p> <p>7.- Sergeev SE (2021). <b><u>Study of the formation of the professionally important qualities of a psychologist, necessary for the resocialization of adolescents exposed to religious extremist influence.</u></b> <i>Vestnik of Minin University.</i></p> <p>8.- Nilsson S (2020). <b><u>Children Reared in Sectarian Groups.</u></b> <i>The Encyclopedia of Child and Adolescent Development – Chapter.</i></p> <p>9.- Bryson J (2019). <b><u>Manson Family.</u></b> <i>The Encyclopedia of Women and Crime – Chapter.</i></p> <p>10.- Ahmed Zakaria Hankir, Steven Hassan (2018). <b><u>Psychological Determinants and Social Influences of Violent Extremism.</u></b> <i>Islamophobia and Psychiatry – Chapter.</i></p> <p>11.- Harvey S, Steidinger S, Beckford JA (ed) (2017) <b><u>New Religious Movements and Counselling. Academic, Professional and Personal Perspectives.</u></b> <i>Monograp.</i></p> <p>12.- Zhou J, Luo Y, Chen Q, Liang Y (2016). <b><u>Cult Members three-low-and-one-high Symptoms and Theirs Solution-focused Brief Psychological Counseling.</u></b> <i>International Journal of Psychology and Counselling.</i></p> <p>13.- Dubrow-Marshall RP, Dubrow-Marshall L (2016). <b><u>Cults and Mental Health.</u></b> <i>Encyclopedia of Mental Health – Chapter.</i></p> <p>14.- Stein A (2016). Terror, Love and Brainwashing, Attachment in Cults and Totalitarian Systems. <i>Monograph.</i></p> <p>15.- Kurz R (2016). <b><u>The Satanist cult of Ted heath: Ethical implications of authority compromise.</u></b> <i>European Psychiatry.</i></p> <p>16.- Magaldi-Dopman D, Park-Taylor J (2013). <b><u>Sacred Adolescence: Practical Suggestions for Psychologists Working With Adolescents’ Religious and Spiritual Identity.</u></b> <i>Spirituality in Clinical Practice.</i></p>
<p><b>Total sin duplicados</b></p>	<p><b>n= 28 (una vez eliminados los 8 duplicados en color rojo)</b></p>

## BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA INVERSA: N=77 (tras eliminar duplicados)

Búsqueda realizada a partir de los siguientes documentos:

- Tesis doctoral de Antelo González E (2021). Consecuencias psicosociales del abuso psicológico en grupos. Delimitación, evaluación y factores explicativos. (4)
- Tesis doctoral de Cuevas Barraquero JM. (2016). Evaluación de la persuasión coercitiva en contextos grupales. (6)
- Tesis doctoral de Bardavío Antón C (2016). Las sectas en derecho penal.
- TFM de Ortega Villa OA (2022). Daño y perjuicio a la salud mental en sectas destructivas: una revisión del tema (61)
- TFM de Mera Bueno D (2023). Las sectas: estudio de su organización y tratamiento jurídico en la actualidad
- TFG de García Aliaga T (2023). Intervención con víctimas de sectas coercitivas de ámbito esotérico en Cataluña
- TFG de Zaballos (2020). Las sectas coercitivas. Las dificultades jurídicas para el abordaje de la responsabilidad del líder.
- TFG de Brusau Barcos MB. (2021). Aspectos relevantes para la intervención y el análisis del fenómeno sectario
- TFG de Ccoscco Caballero S (2021). Análisis de las sectas religiosas en los jóvenes.
- TFG de Fernández Sotil L (2022). Análisis del abuso psicológico ejercido en grupos comerciales de estructura piramidal.
- Libro de Urrea Portillo J. (2019). La huella de la despersonalización. Estrategias de prevención y afrontamiento de las sectas y grupos fanáticos (21)

RESULTADOS:

<p>Antelo, E., Saldaña, O., Guilera, G., &amp; Rodríguez-Carballeira, Á. (2021). Psychosocial difficulties in survivors of group psychological abuse: Development and validation of a new measure using classical test theory and item response theory. <i>Psychology of Violence</i>, 11(3), 286-295. <a href="https://doi.org/10.1037/vio0000307">https://doi.org/10.1037/vio0000307</a></p> <p>Casoni, D., Pacheco, A., &amp; Kropveld, M. (2015). State intervention against the Baptist Church of Windsor: From law-abiding citizens to perpetrators of severe child abuse. <i>International Journal of Cultic Studies</i>, 6, 83-99.</p> <p><b>Castaño, Á., Bélanger, J. J., &amp; Moyano, M. (2021). Cult conversion from the perspective of families: Implications for prevention and psychological intervention. <i>Psychology of Religion and Spirituality</i>. <a href="https://doi.org/10.1037/rel0000410">https://doi.org/10.1037/rel0000410</a></b></p> <p>Coates, D. D. (2016). Life inside a deviant "religious" group: Conformity and commitment as ensured through "brainwashing" or as the result of normal processes of socialization. <i>International Journal of Law, Crime and Justice</i>, 44, 103-121. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2015.06.002">https://doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2015.06.002</a></p> <p>Cuevas, J. M. (2016). <i>Evaluación de persuasión coercitiva en contextos grupales</i> (Tesis Doctoral, Universidad de Málaga).</p> <p>Dayan, H. (2018). Sexual abuse and charismatic cults. <i>Aggression and violent behavior</i>, 41, 25-31. <a href="https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.04.004">https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.04.004</a></p>	<p>SANTAMARÍA DEL RÍO, Luís, <i>Entre las sectas y el fin del mundo. Una noche que murmura esperanza</i>, 1ª ed., Vita Brevis, colección RIES núm. 2, Red Iberoamericana de estudios de las sectas, 2013.</p> <p>Cervelló, S., Cubillas, I. y Terminiello, O. (2015). Bandas juveniles violentas vs grupos de manipulación psicológica: uso de técnicas coercitivas y conducta delictiva. <i>Trasposos. Revista de investigación sobre abuso psicológico</i>, 5, 14-27.</p> <p>Cuevas, J.M. y Salguero, A. (2015). La Familia o los –Niños de Dios . <i>Trasposos. Revista de investigación sobre abuso psicológico</i>, 5, 3-15. Barcelona: AIIAP.</p> <p>Esquivias, A. (2015). Los derechos humanos, límite para determinar si una organización religiosa es una secta: el caso del Opus Dei. <i>Trasposos. Revista de Investigación sobre Abuso Psicológico</i>, 5, 8-13.</p> <p>Hassan, S. (2015). <i>Combating Cult Mind Control: The #1 Best-selling Guide to Protection, Rescue, and Recovery from Destructive Cults</i>. Newton, MA: Freedom of Mind Press.</p> <p>Perlado, M. (2015). Sectas y derivas sectarias. <i>Trasposos. Revista de investigación sobre abuso psicológico</i>, 5, 3-7.</p> <p>Javaloy, F. y Carrobes, J. A. (2013). Preliminary taxonomy of psychological abuse strategies: Within partner relationships, at the workplace, and in manipulative groups. <i>International Journal of Cultic</i></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Dubrow-Marshall, R. P., & Dubrow-Marshall, L. (2016). Cults and mental health. In H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (pp. 393-401). Academic Press.

Eichel, S. K. D. (2016). Counseling former cultists: The Brief Intermittent Developmental Therapy (BIDT) approach. *International Journal of Cultic Studies*, 7, 1-14.

Goldberg, L., Goldberg, W., Henry, R., & Langone, M. (Eds.) (2017). *Cult recovery: A clinician's guide to working with former members and families*. Bonita Springs.

González-Bueso, V., Santamaría, J. J., Merino, L., Montero, E., & Cano-Vega, M. (2016). Trastorno de dependencia grupal en un grupo de manipulación psicológica o secta coercitiva: A propósito de un caso [Group dependence disorder in a group of psychological manipulation or coercive sect: Case of report]. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 117, 84-92.

Göransson, M., & Holmqvist, R. (2018). Is psychological distress among former cult members related to psychological abuse in the cult? *International Journal of Cultic Studies*, 9, 43-54.

Hassan, S. (2013). *Freedom of mind: Helping loved ones leave controlling people, cults and beliefs*.

Freedom of Mind Press

Hassan, S. A., & Shah, M. J. (2019). The anatomy of undue influence used by terrorist cults and traffickers to induce helplessness and trauma, so creating false identities. *Ethics, Medicine and Public Health*, 8, 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.03.002>

Kendall, L. (2016). *Born and raised in a sect: You are not alone*. Progression Publishing.

Lalich, J., & McLaren, K. (2018). *Escaping utopia: Growing up in a cult, getting out, and starting over*. Routledge.

Matthews, C. H., & Salazar, C. F. (2014). Second-generation adult former cult group members' recovery experiences: Implications for counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(2), 188-203. <https://doi.org/10.1007/s10447-013-9201-0>

Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F., & Carrobes, J. A. (2013). Preliminary taxonomy of psychological abuse strategies: Within partner relationships, at the workplace, and in manipulative groups. *International Journal of Cultic Studies*, 4, 1-14.

Rodríguez-Carballeira, A., Saldaña, O.,

*Studies*, 4, 1-14.

Rosedale, H.L., Langone, M.D., Bradshaw, R.H. y Eichel, S.K. (2015). The challenge of defining cult, *Icsa Today*, 6, 2-6.

Sangye, D. (2015). Pautas para determinar si un Lama es corrupto. *Trasposos. Revista de Investigación sobre Abuso Psicológico*, 5, 28-31.

Santamaría, L. (2015a). *Esoterismo, Sectas, Nueva Era. 50 preguntas y respuestas*. Madrid: Perpetuo Socorro.

BUELGA, S. (2013). Manipulación y control en las sectas. En E. Estévez (Coord.), *Los problemas en la adolescencia: Respuestas y sugerencias para padres y profesionales*. (pp. 253 - 270). Madrid: Síntesis.

MATTHEWS, C. H. Y SALAZAR, C. F. (2014). Second-generation adult former cult group members' recovery experiences: Implications for counseling. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 36, 188-203.

PERLADO, M. (2015). Sectas y derivas sectarias. *Trasposos. Revista de investigación sobre abuso psicológico*, 5, 3-7.

RODRIGUEZ-CARBALLEIRA, A., SALDAÑA, O., ALMENDROS, C. (2017). Sectas coercitivas: Delimitación, evaluación e intervención. *FOCAD*, 30 abril-junio.

SALDAÑA, O. (2016). Análisis psicosocial del abuso psicológico en contextos grupales: Delimitación, evaluación y consecuencias psicológicas (Tesis doctoral no publicada). Universitat de Barcelona, España.

SALDAÑA, O., TORRES, A., RODRÍGUEZ CARBALLEIRA, A. Y ALMENDROS, C. (2015). Modelo de consecuencias psicosociales del abuso psicológico grupal. Dipòsit digital de la UB. Documents de treball / Informes (Psicologia Social), 3. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/65097>

SANTAMARÍA, L. (2015). *Esoterismo, Sectas, Nueva Era. 50 preguntas y respuestas*. Madrid: Perpetuo Socorro.

Conocimiento y percepción de la población española sobre las sectas. (2018). Crimen + Investigación. Rescatado de <https://citv.es/wp-content/uploads/2018/11/Informessectas-CRIMEINVESTIGACI%C3%93N.pdf>

CUEVAS, J.M. (2018). Tratamiento y asesoramiento de las dependencias grupales desde una institución pública. redUne.

Gibson, K., Morgan, M., Wooley, C. y Powisii, C. (2017) *Life After Centrepont: Accounts of Adult Adjustment After Childhood Spent at an Experimental Community*

Almendros, C., Martín-Peña, J., Escartín, J., & Porrúa- García, C. (2015). Group psychological abuse: Taxonomy and severity of its components. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 7, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2014.11.001>

Rogers, M. J., & Follingstad, D. R. (2014). Women's exposure to psychological abuse: Does that experience predict mental health outcomes? *Journal of Family Violence*, 29(6), 595-611. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9621-6>

Rosen, S. (2014). Cults: A natural disaster-Looking at cult involvement through a trauma lens. *International Journal of Cultic Studies*, 5, 12-29.

Rousselet, M., Duretete, O., Hardouin, J. B., Grall-Bronnec, M. (2017). Cult membership: What factors contribute to joining or leaving? *Psychiatry Research*, 257, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.018>

Saldaña, O., Antelo, E., Almendros, C., & Rodríguez-Carballeira, A. (2019). Development and validation of a measure of emotional distress in survivors of group psychological abuse. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, e33. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.32>

Saldaña, O., Antelo, E., & Rodríguez-Carballeira, A. (2020). Nuevas evidencias de validez de la Escala de Abuso Psicológico Experimentado en Grupos [New evidence of validity of the Psychological Abuse Experienced in Groups Scale]. *XII Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense*. Madrid, Spain.

Saldaña, O., Antelo, E., Rodríguez-Carballeira, A., & Almendros, C. (2018). Taxonomy of psychological and social disturbances in survivors of group psychological abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27, 1003-1021. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1405315>

Saldaña, O., Rodríguez-Carballeira, A., & Almendros, C. (2018). The Psychological Abuse Experienced in Groups Scale: Psychometric properties of the Spanish version. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26(3), 421-436.

Saldaña, O., Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., & Escartín, J. (2017). Development and validation of the Psychological Abuse Experienced in Groups Scale. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9(2), 57-64.

Jones, M. (2016) Vocational implications of cult involvement.

Saldaña, O., Antelo, E., Rodríguez-Carballeira, A. y Wu-Salmeron, O. (2021) The Negative Impact of Group Psychological Abuse on Life Satisfaction and Well-being.

Zaballos, J. (2020) Las sectas coercitivas. Las dificultades jurídicas para el abordaje de la responsabilidad del líder. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/record/226857>

BARDAVÍO ANTÓN, C: "La víctima-autor en la "persuasión coercitiva" (Comentario a la Sentencia de la Sección 4ª, Penal, de la Audiencia Provincial de Pontevedra 33/2018, de 28 de Diciembre: Caso de la "Orden y Mandato de San Miguel Arcángel", acusada de secta coercitiva)" *La ley penal: revista de derecho penal, procesal y penitenciario*, Nº137, 2019, p. 3.

BARDAVÍO ANTÓN, C: *Las sectas en derecho penal estudio dogmático de los delitos sectarios*

TRUJILLO M, H/ ALONSO, F/ CUEVAS, JM/ MOYANO, M: "Evidencias empíricas de manipulación y abuso psicológico en el proceso de adoctrinamiento y radicalización yihadista inducida" *Revista de estudios sociales*, Nº66, 2018, p. 45.

Técnicas de manipulación psicológica. Programa de prevención. Guía del profesorado. Disponible en: <https://ais-info.org/descargar-pdf/Programa-Prevencion-Profesorado-2019.pdf>

Jenkinson, G. (2013). Working with Cult Survivors. *Therapy Today*, pp. 18-22. 35

Miguel Perlado: "La violencia de género es un fenómeno colindante al de las sectas" [Podcast]. Temporada 1 Episodio 2. Disponible para descargar en: <https://plazapodcast.es/misterios-misteriosos-20180216-miguel-perlado-la-violencia-degenero-es-un-fenomeno-colindante-al-de-las-sectas>

Perlado, M. (2020). ¡Captados! Todo lo que debes saber sobre las sectas. Ariel.

Pozuelo, R. (2020). Sectas y coronavirus: cómo manipulan en las crisis. Grupo de Trabajo de Sectas y Radicalización del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

Sarasua, B., Zubizarreta, I., De Corral, P. y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29(1), pp. 29-37, <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>

Autenrieth, S.A. (2017). Exit Intervention: A New Approach to Saving Family Members From Destructive Groups. *International Journal of Cultic Studies*, 8, 50-59. Recuperado de <https://www.icsahome.com/articles/exit-intervention-docx>

Bardavío, C. (2017). El delito de persuasión coercitiva.

<https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2017.01.002>

Saldaña, O., Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., & Nishida, K. (2018). Psychological Abuse Experienced in Groups Scale: Psychometric properties of the Japanese version. *Japanese Psychological Research*, 60(1), 13-24. <https://doi.org/10.1111/jpr.12166>

Saldaña, O., Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., & Guilera, G. (2021). Group psychological abuse and psychopathological symptoms: The mediating role of psychological stress. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), NP6602-NP6623. <https://doi.org/10.1177/0886260518815710>

Zhou, J., Luo, Y., Chen, Q., & Liang, Y. (2016). Cult Members three-low-and-one-high Symptoms and Theirs Solution-focused Brief Psychological Counseling. *International Journal of Psychology and Counselling*, 8(8), 96-101. <https://doi.org/10.5897/IJPC2016.0440>

\*Antelo, E., Saldaña, O., & Rodríguez-Carballeira, Á. (2021). The impact of group psychological abuse on distress: The mediating role of social functioning and resilience. El impacto del abuso psicológico en grupos en el malestar: el rol mediador de la adaptación social y la resiliencia. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1954776>

Perlado, M. (s.f.). *Sectas: aclarando términos*. Recuperado el 22 de Julio de 2021, de <http://www.iiap.org/PDF/Perlado.pdf>

Rodríguez-Carballeira, Á., Saldaña, O., Almendros, C., Martín-Peña, J., Escartín, J., & Porrúa-García, C. (2016). Abuso Psicológico en Grupos: Taxonomía y Severidad de sus componentes. *International Journal of Cultic Studies*, 7, 41-54. Obtenido de <https://www.icsahome.com/articles/abuso-psicologico-en-grupos>

Undurraga Matta, J. (2016). Control Mental Destructivo: el enemigo invisible (Cómo operan las sectas). *Psiquiatría y salud mental*(3), 164-177.

Urra Portillo, J. (2019). *La huella de la despersonalización: estrategias de prevención y afrontamiento de las sectas y grupos fanáticos*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Hernandez, M., y Ibañez, D. (2017). *Vulnerabilidad de los adolescentes ante las sectas: Propuestas Educativas*. *Educación*, 26, (50). 145-161. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5906260>.

*Tras/Pasos: Revista de Investigación sobre Abuso Psicológico*, (8), 6-13.

Recuperado de <http://revista.iiap.org/el-delito-de-persuasion-coercitiva/>

Bardavío, C. (2017). La relevancia típica de la "persuasión coercitiva": propuesta de tipificación (1). *LA LEY penal: revista de derecho penal, procesal y penitenciario*, 128, 1-31. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/331488657\\_La\\_relevancia\\_tipica\\_de\\_la\\_persuasion\\_coercitiva\\_propuesta\\_de\\_tipificacion\\_1\\_FICHA\\_TECNICA](https://www.researchgate.net/publication/331488657_La_relevancia_tipica_de_la_persuasion_coercitiva_propuesta_de_tipificacion_1_FICHA_TECNICA)

Benoit, S. y Cancrini, S.R. (2013). *Sectas y Sectarios: Psicopatología de un fenómeno esclavizante*. Madrid: de buena tinta

Domínguez, J. (2017). Sectas en el Sistema Jurídico Español. *PublicacionesDidácticas*, 79, 191-212. Recuperado de [http://files.redune.webnode.es/200000579-b1e47b2ded/Sectas%20en%20el%20Sistema%20Jur%C3%ADdico%20Espa%C3%B1ol%20\(2017\).pdf](http://files.redune.webnode.es/200000579-b1e47b2ded/Sectas%20en%20el%20Sistema%20Jur%C3%ADdico%20Espa%C3%B1ol%20(2017).pdf)

Fariás, A. (2015). *Sectas y manipulación mental*. Maxstadt: Editorial Vita Brevis

Healy, D.P. (2017). The Unique Characteristics of Postcult Post Traumatic Stress Disorder and Suggested Therapeutic Approaches. *International Journal of Cultic Studies*, 8, 60-70. Recuperado de <https://www.icsahome.com/articles/the-unique-characteristics-of-postcult-posttraumatic-stress-disorder-and-suggested-therapeutic-approaches-docx>

Oblak, R. (2019). Cultic Abuse Recovery: Counseling Considerations. *International Journal of Cultic Studies*, 10, 1-13. Recuperado de <https://www.icsahome.com/memberelibrary/ijcs>

Domínguez Velasco, J. (Febrero de 2017). Sectas en el Sistema Jurídico Español. *PublicacionesDidácticas*(79), 191-212.

Mesa, M. (2020). *Los menores y su captación por las sectas religiosas*. *Revista Cuadernos de Derecho*. 1 (13). 383-405. <https://bit.ly/3dvLRas>. <http://www.cadernosdedereitoactual.es/ojs/index.php/cadernos/article/view/483/283>.

\*Coates, D.D. (2014). *New Religious Movement Membership and the Importance of Stable 'Others' for the Making of Selves*. *Journal of Religion and Health*, 53, 1300-1316. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9715-0>

En **rojo** duplicados con la búsqueda bibliográfica en bases de datos.

**TOTAL DE DOCUMENTOS: (28 + 77- 6) = 99 DOCUMENTOS**

## 10.2. ANEXO 2. Taxonomía de dificultades psicosociales en supervivientes de grupos abusivos

---

Fuente (62): Saldaña O, Antelo E, Rodríguez-Carballeira A, Almendros Rodríguez C. Taxonomy of psychosocial and social disturbances in survivors of group psychological abuse.

### 1.- DIFICULTADES EMOCIONALES

La alteración de las emociones y los sentimientos después de haber abandonado un grupo donde se ha experimentado un abuso psicológico durante un periodo de tiempo.

- 1.1. Ansiedad y miedo: Malestar emocional vinculado a la hipervigilancia y temor ante las dificultades para desenvolverse por uno mismo y ante las amenazas y peligros asociados al abandono del grupo y su doctrina
- 1.2. Duelo y pérdida: Malestar emocional vinculado a experiencias de pérdida y separación de personas (p. ej. padres, pareja o hijos) u otros elementos significativos abandonados al entrar en el grupo o al desvincularse del mismo
- 1.3. Vergüenza y culpa: Malestar emocional experimentado al tomar consciencia de haber pertenecido a un grupo abusivo y por considerar como ingenuos o inaceptables muchos de los comportamientos realizados bajo su influencia
- 1.4. Tristeza y desesperanza: Malestar emocional vinculado a sentimientos de desánimo, inutilidad, vacío o desesperanza, pudiendo conllevar ideación suicida
- 1.5. Rabia e ira: Malestar emocional vinculado a sentimientos de indignación e irritación hacia el grupo, hacia su líder, hacia uno mismo y/o hacia sus familiares, derivados del abuso sufrido.
- 1.6. Baja autoestima: Valoración personal desfavorable asociada a bajos sentimientos de valía, aceptación y respeto hacia uno mismo, que pueden conllevar malestar emocional.

### 2.- DIFICULTADES COGNITIVAS

La alteración en varios de los procesos cognitivos como la atención, la percepción, la memoria, el razonamiento y el procesamiento de la información, después de haber abandonado un grupo donde se ha experimentado un abuso psicológico durante un periodo de tiempo.

- 2.1. Deterioro cognitivo: Déficits cognitivos vinculados a un deterioro en el procesamiento de la información, dificultades de concentración, falta de pensamiento crítico y de flexibilidad cognitiva.
- 2.2. Problemas con la toma de decisiones: Incertidumbre y desconfianza en las propias capacidades para valorar situaciones, tener criterio propio y tomar decisiones de forma autónoma, con independencia de las creencias y reglas dogmáticas utilizadas previamente en el grupo.
- 2.3. Problemas de identidad: Dificultad para conformar una concepción realista y genuina de uno mismo, desvinculada de la configurada por el grupo, que aporte valores profundos y un nuevo propósito o sentido de vida.
- 2.4. Rumiación y evitación: Recuerdos desagradables recurrentes y evitación persistente de pensamientos o situaciones que conecten con lo experimentado en el grupo.
- 2.5. Ideación paranoide e irracional: Ideas y creencias que pueden conducir a una visión distorsionada de la realidad, incluyendo la sobregeneralización, las atribuciones erróneas o una lectura excesivamente espiritual, emocional o persecutoria de los acontecimientos.
- 2.6. Estados disociativos: Estados alterados de conciencia en los que la persona tiene una sensación de desconexión o de extrañeza con el entorno y consigo

misma desencadenados por estímulos asociados a las experiencias vividas en el grupo.

### **3.- DIFICULTADES DE RELACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL**

Alteraciones en el área de las relaciones y para ajustarse al ambiente social después de abandonar un grupo en el cual se ha experimentado abusos psicológicos durante un periodo de tiempo.

- 3.1. Falta de habilidades sociales: Dificultades en las formas de comunicarse e interactuar con los demás de un modo efectivo y mutuamente satisfactorio.
- 3.2. Problemas relacionales: Dificultades para establecer o restablecer relaciones sociales estables e íntimas, por tender a posiciones de dependencia o bien de desconfianza de los demás, conllevando sentimientos de incompreensión y soledad.
- 3.3. Problemas de integración social: Dificultades de adaptarse y (re-)incorporarse a la sociedad afrontando satisfactoriamente los problemas y necesidades del nuevo entorno cultural como las educativas, económicas o laborales.

### **4.- OTROS COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS ESPECÍFICOS**

Alteraciones en el ajuste de importantes comportamientos específicos para la persona después de haber abandonado un grupo en el cual se ha experimentando abusos psicológicos durante un periodo de tiempo.

- 4.1 Somatización: Síntomas físicos persistentes derivados de conflictos psicológicos no resueltos que se expresan a través de dolencias corporales o trastornos somáticos.
- 4.2 Alteraciones del sueño: Alteraciones que afectan al desarrollo normal del ciclo sueño-vigilia que suelen expresarse como dificultades para conciliar el sueño, para mantenerlo toda la noche o despertarse demasiado pronto, incluyendo pesadillas.
- 4.3 Alteraciones de la conducta alimentaria: Hábito de alimentación que incluye restricciones a ciertos alimentos o una ingesta insuficiente o excesiva, incluyendo cogniciones inducidas por el grupo respecto a propiedades irreales de ciertos alimentos.
- 4.4 Problemas sexuales: Alteraciones en las actitudes y conductas sexuales que impiden el desarrollo de una vida sexual sana, dificultando la participación adecuada de la persona en relaciones sexuales deseadas.
- 4.5 Conductas adictivas: Patrón conductual compulsivo en el cual la persona busca un estado de gratificación inmediata mediante el consumo de sustancias o la realización de determinados comportamientos que conllevan un deterioro o malestar significativo.



## 10.3. ANEXO 3. Folleto informativo sobre sectas coercitivas .

Fuente: desconocida

### CUIDADO CON LOS RECLUTADORES

- Prescindiendo de lo vulnerable que pueda ser una persona, si ésta no se encuentra con un reclutador, hay pocas probabilidades de «entrar en una secta»; muy pocas personas se hacen miembros de una secta por sí mismas.
- Cuidado con las personas con respuestas o soluciones mágicas a los problemas del mundo.  
•LO MAGICO PUEDE SER PELIGROSO•
- Cuidado con las personas que demuestran una amistad instantánea.  
•POCAS VECES SE CREA UNA AMISTAD INSTANTANEA•
- Cuidado con las personas que te invitan a comidas o charlas gratuitas.  
•NO HAY INVITACIONES DESINTERESADAS•
- Cuidado con las personas que te presionan diciéndote: «muchos otros lo están haciendo».  
•NADIE SABE LO QUE ES BUENO PARA TI EXCEPTO TU MISMO•
- Cuidado con las personas que te quieren captar con un sentimiento de culpabilidad.  
•LA CULPABILIDAD PROVOCADA POR OTROS ES RARAS VECES UN SENTIMIENTO BENEFICIOSO•
- Cuidado con invitaciones de fin de semana con finalidades «nebulosas».  
•A MENOS QUE SE ESCONDA ALGO, NO HAY RAZON PARA NO SER CONCRETO•

### PUEDO OCURRIRTE A TI

Coincidiendo las circunstancias apropiadas, las sofisticadas técnicas de control mental pueden dar resultado en cualquier persona.

Aquellos que piensan ser Inmunes están simplemente haciéndose más vulnerables. •RECUERDA QUE EL ATAQUE ES SOBRE TUS SENTIMIENTOS, NO SOBRE TU INTELIGENCIA. •

- Has de conocer que los dos principios básicos de la coacción psicológica son:

1.\* Si puedes hacer que una persona *actúe* como tú quieras, puedes hacer que esta persona *crea* aquello que tú quieras.

2.\* Cambios drásticos y repentinos en el entorno conducen a una exaltada sugestibilidad y a cambios drásticos en actitudes y creencias.

### ES NORMAL

- Es normal sentirse algunas veces solo.
- Es normal sentirse abrumado alguna vez por decisiones que deben tomarse.
- Es normal sentir que el mundo se hunde a tu alrededor.
- Si te encuentras en alguna de estas situaciones te ayudará poder hablar con alguien que conozcas y en quien confíes...
  - un amigo
  - un profesor
  - un pariente, etc.
- Las sectas no tienen ningún interés en ayudarte, sino en ayudarse a sí mismas.
- La confianza en las promesas de la secta es utilizada para presionarte a dejar tu familia, tus amigos, tus medios de vida y tu libertad de pensamiento.

### RECOMENDACIONES

- Ten cuidado, las sectas pueden fijarse en ti o en algún miembro de tu familia antes de que tú los veas a ellos.
- No des nunca dinero a ninguna organización sin antes enterarte de qué se trata.
- Algunas sectas hacen colectas engañosas para asilos, rehabilitación de drogadictos, tercera edad, organizaciones juveniles, pero estas asociaciones nunca llegan a recibir el dinero que generosamente se les da... no debes alimentar a quien te engaña.

### ATENCIÓN

- Toma precauciones, no salgas un fin de semana o más días con una persona o grupo extraño si no estás seguro de:
  - Conocer el nombre del responsable del grupo.
  - Conocer sus ideas, creencias y afiliaciones.
  - Conocer que va a suceder en la reunión.
  - Conocer que esperan de ti.
  - Conocer que serás libre y capaz de marcharte en cualquier momento.
- No aceptes respuestas vagas, exígelas concretas.

### LAVADO DE CEREBRO Y CONTROL MENTAL... ARMAS DE LAS SECTAS



«No puede haber libertad de religión si no hay libertad de pensamiento.»

Thomas Jefferson

## DEFINICION

Movimientos totalitarios pseudo-religiosos.

## CARACTERISTICAS

- Utilizan técnicas psicológicas coactivas para reclutar y adoctrinar a sus miembros.
- Sostienen que «el fin justifica los medios».
- Forman una sociedad totalitaria.
- Tienen un líder carismático mesiánico y dogmático que exige devoción total.
- Consiguen fondos por medio del engaño alegando servicios a la sociedad, cuando realmente los destinan al beneficio personal y aumento del poder de su líder.
- Destruyen las relaciones anteriores con la familia y amigos.
- Emplean engaños para la captación de sus miembros.
- Inculcan miedo, odio y rechazo a la sociedad al tiempo que dicen promocionar la causa de la paz y el amor universal.
- Intimidán a aquellos que los critican.
- No permiten el desarrollo de la individualidad.
- Aíslan a sus miembros polarizando a ellos y a la sociedad, hacia dos campos opuestos.
- Normalmente exigen compromiso total y para toda la vida.
- Se rigen por prácticas, doctrinas y objetivos secretos.
- Tienen soluciones simplistas (blanco y negro) para los problemas del mundo.

## EFFECTOS NOCIVOS

- Pérdida del libre albedrío.
- Destrucción de las relaciones familiares.
- Esclavitud involuntaria.
- Tendencias neuróticas, psicópatas o suicidas.
- Alucinaciones, pánico, confusión mental, culpabilidad, pérdida de identidad y paranoia.
- Reducción de la capacidad de establecer comunicación flexible e íntima.
- Disminución de la capacidad intelectual, vocabulario y sentido del humor.
- Deterioro físico.
- Nutrición insuficiente.
- Razonamiento pobre.
- Angustia financiera por las recaudaciones estipuladas.

## PERSONAS TIPO PARA SER CAPTADAS

- De cualquier nivel social y económico.
- Edad, de 16 a 35 años.
- De inteligencia media o superior.
- Con inquietudes intelectuales.
- Idealistas.

## TECNICAS DE COACCION PSICOLOGICAS

### AISLAMIENTO

- Pérdida de la realidad, inducida por la separación física de la sociedad y de las referencias racionales.

### HIPNOSIS

- Estado de alta sugestión inducida por hipnosis, a menudo sutilmente disfrazada como meditación.

### PRESION DE GRUPO

- Anulación de la duda y resistencia a las nuevas ideas, lograda por la explotación de la necesidad natural de integración en el grupo.

### BOMBARDEO DE AMOR

- Sentido de familia y pertenencia al grupo, conseguido a través de abrazos, besos, caricias y halagos.

### ELIMINACION DE LA INTIMIDAD

- Pérdida de la facultad de razonar lógicamente, conseguida a través del impedimento de la reflexión privada.

### FATIGA Y PRIVACION DE DORMIR

- Desorientación y vulnerabilidad, creadas por actividad física y mental prolongada, impidiendo el descanso y sueño adecuados.

### JUEGOS

- El participar en juegos con reglas poco definidas, crea una necesidad de ser dirigido que incrementa la dependencia del grupo.

### MARTILLO DEL SUBCONSCIENTE

- Implantación de mensajes subliminales por uso repetitivo de ciertas palabras o frases clave en largas y confusas charlas.

### NO HAY LUGAR A PREGUNTAS

- Aceptación automática de las creencias, lograda por el desaliento a hacer preguntas.

### DOCTRINA CONFUSA

- Charlas complejas sobre una doctrina incomprensible, animando al rechazo de la lógica y a la aceptación ciega.

### RECHAZO DE LOS VIEJOS VALORES

- Aceptación del nuevo estilo de vida promovido por una constante denuncia de los antiguos valores y creencias.

### CONFESION

- Destrucción de la propia personalidad, incremento de la vulnerabilidad a nuevas enseñanzas y conocimiento de las debilidades de los nuevos discípulos, reveladas a través de la confesión de los secretos más íntimos.

### SENTIDO DE CULPABILIDAD

- Creado por enseñanzas de salvación eterna reforzadas por la exageración de los pecados del estilo de vida anterior.

### TEMOR

- Lealtad y obediencia al grupo mantenidas por la amenaza de condena del alma, a causa del más ligero pensamiento, palabra u obra considerado negativo.

## CANTANDO Y RECITANDO

- Todo lo que no es de la secta se borra con la repetición de cantos o frases que cierran y bloquean la mente a ideas del exterior.

## DESINHIBICION DE LA RESPONSABILIDAD

- Abdicación de la responsabilidad de adulto, fomentada por la incitación a un comportamiento pseudo-infantil orquestado.

## CAMBIO DE DIETA

- Privando al sistema nervioso de la nutrición necesaria a través de una dieta baja en proteínas, similar a una dieta infantil, se crea una desorientación y un aumento de la susceptibilidad a las emociones.

## APROBACION CONTROLADA

- Vulnerabilidad y confusión mantenidas alternando castigo y recompensa por acciones similares.

## FORMA DE VESTIR

- La individualidad se elimina exigiendo una aceptación de las normas de vestir de la secta.

## JERARQUIA VANIDOSA

- Aceptación de la autoridad del dirigente mediante la promesa de progreso, poder y salvación.

## DISCIPLINA AUTORITARIA

- Falso sentido del bien, señalando las limitaciones del mundo exterior y de otras sectas.

## SUSTITUCION DE AMISTADES

- Destrucción de los lazos familiares disponiendo nuevos matrimonios y «familias».

## COMPROMISO ECONOMICO

- Incremento de la dependencia al grupo conseguida por la rotura con el pasado a través de la donación de todo tipo de bienes.

EL QUE NO RAZONA ES UN FANATICO  
EL QUE NO PUEDE RAZONAR ES UN TONTO  
EL QUE NO SE ATREVE A RAZONAR ES UN ESCLAVO

*William Drummond*

Quando te encuentres con la persona más amable que jamás hayas conocido, que te introduce en el grupo más carismático que nunca hayas conocido, encuentres al «líder» más inspirado, comprensivo y compasivo que jamás hayas visto, y descubres que la finalidad del grupo es un ideal que nunca pensaste que se podría realizar, y todo esto parece demasiado bueno para ser verdad, ¡Es probablemente demasiado bueno para ser verdad!

No renuncies a tu formación, a tus esperanzas y a tus ambiciones para seguir un espejismo.

*Jeannie Mills*  
Superviviente de Jonestown, Guyana

## 10.4. ANEXO 4. Las 25 actitudes para la prevención integral

Fuentes: Rodríguez P. Adicción a sectas. Pautas para el análisis, prevención y tratamiento. Barcelona: Ediciones B; 2000.

Rodríguez P. Tu hijo y las sectas. Guía de prevención y tratamiento para padres, educadores y afectado. Madrid: Temas de hoy; 1994.

### 25 ACTITUDES PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL

- **1. Evitar cualquier tipo de maltrato a los hijos, ya sea éste físico o psicológico**, entendiéndose por éste último “tanto las muestras de hostilidad verbal crónica, en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono y/o constante bloqueo de las iniciativas infantiles por parte de los miembros adultos de la familia, como el vacío emocional creado por una persistente falta de respuesta paternas a las demandas de afecto y proximidad hechas por el menor.
- **2. Evitar las carencias afectivas y la falta de atenciones paternas**, implícitas o explícitas, que distancien física y/o emocionalmente al hijo/a del entorno de sus progenitores, impidiendo así que se forme o fortalezca el vínculo paterno-filial y el sentimiento de seguridad que le va asociado. También debe impedirse el extremo contrario, que lleva a mimar excesivamente al hijo/a y suele desembocar en actitudes sobreprotectoras igualmente lesivas.
- **3. Evitar la generación de vínculos sobreprotectores en el hijo/a** (las madres son especialmente proclives a ello) – que acaban dañando su capacidad de autonomía e incrementan su necesidad de dependencia-, estimulando con buen criterio sus iniciativas; responsabilizándole, según su edad, de diferentes actividades que le competan –tareas del hogar, decisiones en compras, gestiones administrativas menores, etc.-; dándole un margen de autonomía suficiente para que pueda aprender de sus propias experiencias –y de sus fracasos, claro está-; alentando sus éxitos, etc.
- **4. Evitar, sobre todo durante los primeros años de vida, la dilución de las figuras materna y/o paterna** –que son fundamentales para la adquisición de modelos de conducta durante el proceso de maduración-, ya sea por ausencia física real, por presencia mínima en el hogar y/o junto al hijo/a, o por existir una relación paterno-filial muy débil o de escaso peso. Lo más habitual es que sea deficitaria la presencia del padre, generando el llamado síndrome de “ausencia del padre”, que se traduce en notables problemas de madurez psico-emocional.
- **5. Evitar el empleo de pautas educativas extremas, ya sean excesivamente autoritarias o laxas** –habitualmente asociadas a padres con problemas personales, inseguros e incapaces de gestionar su propio entorno y el de sus hijos-, y sustituirlas por dinámicas más dialogantes y, al tiempo, suficientemente robustas como para ser capaces de servir de soporte y guía para que el hijo/a adquiriera una estructura de personalidad y límites que le capaciten para ser un ente autónomo e independiente. Es decir, proveer de un sistema de valores, referencias y normas que sea sólido, coherente, razonable y socializador, que evite las dificultades de adaptación al medio social y/o la tendencia al desarraigo socio-cultural generalizado.
- **6. Evitar educar a los hijos dentro de marcos ideológicos extremistas y/o excluyentes, ya sean políticos, religiosos o de cualquier otro tipo**. Y, en la misma línea, evitar toda tendencia a conceptualizar e interpretar los problemas cotidianos



desde la perspectiva única de esas ideologías (siendo la más habitual la focalización de índole religiosa).

- **7. Evitar incrementar sistemáticamente las exigencias paternas** –en los ámbitos escolar, deportivo, social, etc.- sobre los hijos y lanzarles hacia pautas competitivas desmesuradas que sobrepasen sus capacidades. Los padres deben ajustar las expectativas que tienen sus hijos, tratando de verlos tal como son en realidad y no tal como se desearía que fuesen. Forzar a los hijos más allá de sus posibilidades reales les conducirá a fracasos que dañarán su seguridad y autoestima.
- **8. Prevenir el fracaso vital y escolar de los hijos** fortaleciendo su nivel de autoestima, su seguridad y su independencia, ayudándoles a formarse criterios que les permitan eludir y soportar la dinámica de competitividad que caracteriza el medio social en general y el escolar en particular.
- **9. Fomentar desde un buen principio la existencia de una comunicación fluida entre padres e hijos**, potenciando las relaciones de confianza mutua que permitan estar al lado del hijo/a -sin adoptar actitudes policiales que siempre resultan muy contraproducentes- cuando surgen en éste/a las primeras dificultades, no cuando los problemas ya se han desbordado y/o cronificado. Cualquier situación que para un menor represente un problema, ya es objetivamente un problema, aunque a los adultos puede parecerles una tontería o una nimiedad. Los menores deben tener la sensación de que sus padres les comprenden y de que son lo suficientemente importantes para ellos como para que les escuchen y deseen estar a su lado en los momentos difíciles. Es preciso escuchar y compartir más y mejor entre padres e hijos, ya que con ello no sólo se ayuda muchísimo a madurar a éstos, sino que, también, se hace prácticamente imposible que un hijo/a se relacione, aunque sea de un modo superficial, con cualquier dinámica autodestructiva o de riesgo sin que sus padres se den cuenta de la situación y, en consecuencia, puedan intervenir para atajarla.
- **10. Contribuir a que el hijo/a pueda conformar su propia identidad**, ayudándole a reducir y resolver los problemas que le asedian cotidianamente, y apoyándole para que sea capaz de sobrellevar las profundas contradicciones del mundo de los adultos. Un adolescente se pasa muchos años intentando dar sentido a sus experiencias y encontrar coherencia en su entorno social; si fracasa en el intento, todo su mundo y su personalidad se tambalean, volviéndose más vulnerable a los reductores de ansiedad, eso es a “refugios” como las sectas o las drogas.
- **11. Conocer las diferentes realidades y necesidades de cada una de las fases evolutivas de los hijos** para estar en condiciones de darles un apoyo apropiado y poder ayudarles a contener sus conflictos emocionales (en especial durante la adolescencia), etapa en la que son muy frecuentes los episodios de depresión, ansiedad, inseguridad, incertidumbre, confusión, autoculpabilización, sentimientos de soledad o abandono, etc.
- **12. Potenciar que los hijos apliquen habitualmente el raciocinio, la reflexión, el análisis y la crítica** en todas las facetas y momentos de la vida.
- **13. Enseñar a los hijos a construir, argumentar y mantener sus propios criterios y opiniones** ante sí mismos y los demás y, en su caso, a ser capaces de modificarlos – ante argumentaciones más sólidas que las propias- sin que por ello tenga que ponerse en cuestión toda su personalidad y/o su concepto de la realidad (algo que puede lograrse sin dificultades si se enseña a vivir y modelizar la realidad que nos envuelve en función de certezas y no de creencias).

- **14. Enseñar a los hijos los pasos necesarios para la toma de decisiones y las estrategias que permiten controlar la ansiedad** que puede generar la sola perspectiva del riesgo a equivocarse y/o fracasar.
- **15. Enseñar a los hijos a ser asertivos**, eso es a comportarse tal como uno es, ni mejor ni peor, sin herir a los demás y sin dejarse llevar por los deseos ajenos, y sabiendo expresar los propios sentimientos, opiniones y deseos sin ofender al otro.
- **16. Enseñar a los hijos a saber negociar con su realidad**, es decir, aprender a manejar el precepto no escrito que establece que para ganar alguna cosa siempre se debe renunciar a otra u otras. La vida es una sucesión de elecciones sin fin y hay que estar en disposición de aceptarlas sin sufrir por ello.
- **17. Enseñar a los hijos a tolerar las frustraciones**, por dolorosas que sean, y a superarlas; templando así su paciencia e impidiendo, al mismo tiempo, la aparición de una inmadura y peligrosa necesidad de buscar la satisfacción inmediata en las actuaciones cotidianas.
- **18. Enseñar a soportar y obviar la inevitable ambigüedad que caracteriza la existencia humana**, educando a los hijos para que sepan vivir en –y con- los matices, no en los extremos; capacitándoles para saber distinguir, aceptar y disfrutar la amplia gama de grises que existe entre los extremos del blanco y el negro, que será tanto como exorcizar la necesidad patológica de encontrar valores y/o respuestas de tipo absoluto y/o maniqueo.
- **19. Educar en libertad y para la libertad**, enseñando a los hijos a diferenciar los compromisos vitales y sociales lícitos y deseables de los yugos ideológicos que esclavizan a unos a favor de otros. Enseñar las diferencias que existen entre ser solidario y ser un idealista ingenuo y crédulo.
- **20. Fomentar en los hijos la tolerancia y el diálogo con todas las ideas o creencias**, sean o no compartidas por ellos mismos y/o por su entorno sociocultural.
- **21. Potenciar que los hijos se sientan útiles en todo momento**, y que se integren responsablemente, en la medida de sus posibilidades, a lo que está sucediendo a su alrededor; es muy importante que sean consultados y escuchados antes de decidir cualquier cosa que les afecte directamente.
- **22.- Potenciar la integración de los hijos en grupos**, asociaciones y proyectos que tengan algún tipo de incidencia social, estén formados por iguales –personas de edades poco dispares-, y tengan un funcionamiento estructural lo más participativo posible. Si no se encuentra ningún grupo que reúna estas condiciones... es recomendable hablar con los hijos, grupo de amigos, familias vecinas, colegio, etc., e intentar motivarlos para poner en marcha cualquier proyecto que se decida por mayoría (de los hijos, claro está). Funcionará muy bien y se ahorrarán muchos disgustos en el futuro.
- **23. Enriquecer y proveer de experiencias interesantes** –en el sentido de que despierten interés- el mundo de los hijos, en especial el de los adolescentes, que hoy día parece dominado por el aburrimiento, el tedio y el vacío de un período vital en el que aún no se es nada, cada vez se puede estar menos seguro de que se va a llegar a ser algo/alguien, y en el que uno se ve altamente afectado por un entorno social como el actual que incrementa progresivamente su carga de absurdidad, vacuidad y alienación. Variar, por ejemplo, el enfoque y contenido del ocio para convertirlo en un espacio socializador, formativo, creativo, divertido, capaz de aportar dosis de aventura y nuevas experiencias, etc.

- **24. Discutir franca y abiertamente con los hijos de todos los temas** que –a instancia de hijos y/o de padres- se consideren importantes y/o que puedan suponer, en ciertas circunstancias, riesgos de diversa consideración. Educar acerca de los límites y fragilidades del ser humano que lo hacen vulnerable a los riesgos apuntados, y aportar razones fundamentadas antes que esgrimir simples, autoritarias e inútiles prohibiciones. Para el caso que nos ocupa, el de las sectas, será preceptivo dar información adecuada y suficiente sobre su realidad, pero nunca anunciándola como un peligro, sin más; antes al contrario, debe encajarse dentro de descripciones y valoraciones de un contexto social –en crisis permanente- más amplio y referido, entre otros, a los procesos y dificultades que pueden darse en su seno para gestionar la individualidad, la autonomía y la libertad personal.
- **25. Buscar ayuda terapéutica adecuada para el hijo/a si observamos síntomas persistentes (...)** que puedan deberse a **problemas emocionales y/o trastornos de la personalidad**. Una buena ayuda atención terapéutica a tiempo puede corregir los problemas antes de que se cronifiquen y agraven, por lo que evitará en gran medida las situaciones de riesgo a las que podrían verse abocados los hijos afectados.

## 10.5. ANEXO 5. Cuentos

---

“Los relatos, las anécdotas, las historias, los cuentos y las fábulas son llaves que abren puertas y ventanas en nuestra mente, y amplían nuestra visión del mundo; son preguntas lanzadas como semillas de cambio a lo más profundo de nuestro interior, son puentes que unen nuestra mente, nuestro corazón y nuestra alma; medicinas sin efectos secundarios; vitaminas emocionales amplificadoras de nuestros sentidos”. (115)

“La escritura nos ayuda a sentirnos un poco más libres” (116).

### 5.1.- CUENTOS DISPONIBLES EN YOUTUBE

- a) Fábula: la rana que no sabía que estaba hervida (Oliver Clerk)  
<https://losrelatosdemontse.blogspot.com/2012/12/la-rana-que-no-sabia-que-estaba-hervida.html>
- b) Fábula: puercos salvajes  
[https://www.youtube.com/watch?v=N\\_G0LXYniw](https://www.youtube.com/watch?v=N_G0LXYniw)
- c) Cuento: El elefante encadenado  
<https://www.youtube.com/watch?v=2DploKj0t1U>

### 5.2.- OTROS CUENTOS

#### EL RATÓN Y EL FRASCO DE TRIGO

Un ratón se subió a un frasco y descubrió que estaba lleno de granos de trigo. Se puso muy contento al encontrar tanta comida porque ya no necesitaba esforzarse y correr para ir en busca de alimento.

Mientras disfrutaba del festín de granos, no advertía que cada vez se metía más dentro del frasco.

Cuando finalmente llegó al fondo, se dio cuenta de que estaba atrapado y de que ya no podía salir.

Ahora, para seguir viviendo, dependía de que alguien le diera de comer. Ya no podía ir a ningún otro lado fuera del frasco de cristal que lo contenía, ni elegir qué granos comer. Veía el mundo y estaba protegido, pero no podía salir de su encierro y disfrutarlo.



De aquí se desprenden algunas lecciones más que evidentes:

- a) Las cosas muy fáciles a corto plazo pueden conducir a trampas en el largo plazo.

- b) Aceptar las cosas que no requieren esfuerzo, puede llevarnos a quedar atrapados en la dependencia.
- c) Cuando no utilizamos nuestro potencial, no mejoramos nuestras habilidades, y no estamos obligados a mejorar y a esforzarnos, no sólo perdemos de apoco nuestras habilidades, sino también nuestra capacidad de elegir, y la libertad.
- d) Si no adoptamos la decisión correcta en el momento oportuno, agotaremos nuestros recursos y perderemos la capacidad de decisión.
- e) La libertad se puede perder muy rápidamente si no se lucha todos los días por ella.
- f) Nada llega sin esfuerzo en la vida, y si llega tal vez no valga la pena.

### **EL PÁJARO** (versión libre de un cuento de Richard Gassis sj)

Había una vez en las Altas Montañas un pájaro. Era invierno, y la nieve cubría todo el suelo con su manto blanco. Hacía mucho frío. El pobre pajarillo iba dando saltos sobre la nieve, intentando huir de la muerte, esa que lentamente se acerca conforme el frío va penetrando bajo las plumas. El frío había inmovilizado ya sus pequeñas alas, y no podía volar.

Cada vez se sentía con menos fuerzas, hasta que ya no pudo casi moverse, y tiritando se quedó esperando a que el frío clavara su último puñal.

Poco después pasó una vaca junto a él, y en ese momento sintió que estaba totalmente cubierto de mierda. La vaca se había despojado de sus heces sobre él. “Buahhh, qué asco!!!” pensó mientras sentía cómo la repugnancia recorría todo su cuerpo. “Lo que me faltaba”.

Allí estaba, atrapado en la mierda, y sin salida.

Pero conforme pasaba el tiempo el pájaro iba pensando “pues no se está tan mal, huele, pero oye se está calentito” ...”¡joé, pues se está bien aquí”.

Un perro que pasaba por allí, al darse cuenta de la situación del pájaro, se acercó, escarbó sobre la mierda, y lo sacó de aquél agujero oscuro. El pájaro por unos instantes se sintió libre..... luego, el perro se lo comió.

No todo el que te hunde en la mierda es por tu mal,  
Ni todo el que te saca de ella es por tu bien.

## 10.6. ANEXO 6. Folleto de Bienestar Emocional

Fuente: Instituto de salud pública y laboral de Navarra. "El bienestar emocional para tu salud". Imagen disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9D82F771-C0E9-497A-8447-612EBAAC9F7F/477583/InfografiaBienestaremocionalESP.jpg>



# EL BIENESTAR EMOCIONAL

**EL BIENESTAR EMOCIONAL SUPONE SENTIRNOS BIEN.**

**EL MALESTAR EMOCIONAL SE PRODUCE POR LAS DIFICULTADES QUE EXISTEN EN NUESTRA VIDA.**

**LAS EMOCIONES** son la energía que nos empuja a actuar y afrontar las situaciones de la vida. Nos ayudan a:

- Evaluar la situación
- Conocer cómo están nuestras relaciones
- Informar a los demás
- Aprender de la experiencia
- Tomar decisiones

Todas las emociones **son útiles y necesarias** (miedo, ansiedad, enfado, tristeza, sorpresa...). Son una señal de que algo nos ocurre.

**PARA AFRONTAR LAS EMOCIONES** es fundamental ser conscientes de ellas:

- Reconocerlas e identificarlas
- Aceptarlas sin juzgarlas. No evitarlas ni rechazarlas
- Abordarlas

**QUÉ NOS PUEDE AYUDAR:**

1. Desarrollar estilos de vida saludables
2. Organizar el día a día: establecer rutinas, evitar el sedentarismo, realizar actividades agradables
3. Relacionarnos con otras personas
4. Gestionar la ansiedad excesiva: no intentar hacer todo a la vez, buscar formas de relajarse...
5. Gestionar las preocupaciones: hacerles frente, asumir que a veces no depende de mí
6. Resolver los problemas

**PEDIR AYUDA**

- A personas de confianza
- A servicios y recursos de nuestro entorno
- Buscar ayuda profesional



Gobierno de Navarra  Nafarroako Gobernua  AGENCIA 2030

Folleto disponible en:

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9D82F771-C0E9-497A-8447-612EBAAC9F7F/477596/FolletoBienestaremocionalESPpaginado.pdf>

## 10.7. ANEXO 7. Comportamientos que indican nivel de adhesión.

---

Fuente (5): Perlado M. ¡Captados!. Todo lo que debes saber sobre las sectas. Barcelona: Ed. Ariel; 2020.

1. ¿Ha aumentado el tiempo de dedicación a las actividades del grupo?. ¿Cada vez han restado más espacio a aficiones o relaciones anteriores?. ¿Esconde alguna de sus actividades?. ¿Ha mentido en alguna ocasión?. Si no asiste a una actividad, ¿está nervioso?
2. ¿Expresa fuertes sentimientos positivos hacia miembros del grupo?. ¿Se ha distanciado de antiguos amigos?. ¿Está continuamente en contacto con personas vinculadas al grupo?. ¿Las mismas personas del grupo parecen facilitarle todo tipo de recursos?. ¿Se muestra acrítico con los miembros del grupo?. ¿Cada vez habla más del grupo?
3. ¿Se observa una actitud distante, engañosa u hostil?. Si se le critica, ¿se pone a la defensiva o decide cortar la conversación?. ¿Responde a las preguntas con clichés o respuestas poco elaboradas?. ¿Transmite la impresión de que cuando habla no es el mismo de antes?. ¿Parece repetir frases hechas todo el rato?. ¿Da la sensación de no ser él o ella cuando habla?
4. ¿Ha empezado a criticar su pasado antes de que entrara en el grupo?. ¿Lo bueno tan solo está dentro del grupo?. ¿Dice haber recordado cosas de su pasado que le demuestran que fue víctima de abusos por parte de su familia?. ¿Todos los problemas pasan por traumas generados por su familia?. Los problemas que asegura que existieron, ¿realmente existieron?.
5. ¿Justifica la explotación a diferentes niveles?. ¿La explotación es definida como “servicio” o “entrega” dentro del grupo?. ¿Se emplea el atractivo personal como cebo para captar nuevos miembros?. ¿Se empuja a los miembros a presionar a otros para la obtención de recursos económicos?.
6. ¿Ha incrementado su dedicación global como consecuencia de su pertenencia al grupo?. ¿Se le ve más cansado o sobrecargado con todas las cosas que debe hacer?. ¿Ha habido algún efecto sobre su salud en general?. A pesar de que asegura estar bien, ¿cómo se le ve?.

7. ¿Muestra sentimientos de euforia o entusiasmo?. ¿Se observan cambios en el estado de ánimo?. ¿A veces parece que sea el de antes y en otros momentos vuelve a mostrarse diferente?
8. ¿Tiende a un discurso cada vez más monotemático y centrado en el grupo?. ¿Utiliza un nuevo lenguaje que parece reservado a los miembros del grupo?. ¿Da la sensación de que su expresión sea mecánica o repetitiva?. ¿Existe contradicción entre lo que dice y lo que hace?
9. ¿Ha mostrado cambios físicos o de expresión en consonancia con el grupo?. ¿Ha cambiado su manera de vestirse o de expresarse?. ¿Ha habido algún cambio en sus dietas o hábitos diarios?.



## 10.8. ANEXO 8. Preguntas para primera entrevista con la familia.

---

### **PREGUNTAS PARA CONVERSACIÓN INICIAL CON LA FAMILIA**

Fuente (81): Singer MT, Lalich J. Las sectas entre nosotros. Barcelona: Ed. Gedisa; 1997.

- ¿Cuánto tiempo ha estado la persona en la secta?
- ¿Cómo se llama el grupo?. ¿Cuál es el nombre del líder?
- ¿Qué información posee la familia sobre el grupo y su líder?. ¿Es un grupo nómada o establecido?. ¿Dónde está su sede?
- ¿Qué sucedió inmediatamente antes de que la persona ingresara en el grupo?. ¿Cuáles fueron los reveses, las pérdidas, las decepciones?
- ¿Cómo fue reclutada la persona?. ¿Cuáles fueron las circunstancias?
- ¿En qué ha cambiado la persona y en qué sentido?
- ¿Cuánto consenso hay en la familia acerca del estado del miembro?
- ¿En qué medida es unánime la idea que tiene la familia sobre la secta?
- ¿Qué desearía la familia ver que sucede, en general?
- ¿Dónde está ahora el miembro de la secta?
- ¿Con qué instituciones e individuos se ha tomado contacto y qué es lo que se ha averiguado?
- ¿Ha hablado la familia con autoridades educativas, amigos del miembro de la secta, grupos de apoyo de padres, ex miembros de sectas, otros asesores en el egreso, pastores, la policía, el servicio de inmigración, etc?. ¿Qué se ha averiguado?
- ¿Qué información poseen los miembros de la familia sobre la reforma del pensamiento y la persuasión coactiva?
- ¿Qué libros y artículos relacionados se han leído?
- ¿Qué acciones se han considerado para tomar contacto con el miembro de la secta y ayudarlo?.

### **PREGUNTAS PARA PRIMERA VALORACIÓN DE INVOLUCRACIÓN EN GRUPO ABUSIVO**

Fuente (31): Extraído de AIS (2017). Publicado en: Rodríguez-Carballeira, Saldaña, Almentos (2017). Sectas coercitivas: delimitación, evaluación e intervención.

- ¿Habla de una persona o nuevo grupo de personas que le están ayudando?
- ¿Ha aumentado el tiempo que dedica a las actividades relacionadas con el grupo?
- ¿Ha cambiado su actitud hacia personas del entorno?
- ¿Expresa sentimientos intensos hacia el grupo, sus actividades o personas del grupo?
- ¿Habla todo el día de lo mismo de forma monotemática?
- ¿Reacciona con irritación si le llevan la contraria o le critican lo que hace?
- ¿Critica su pasado de forma excesiva y no acorde a la realidad?
- ¿Ha cambiado sus aficiones o intereses de forma significativa?
- ¿Está distante o esconde información?

## 10.9. ANEXO 9. Preguntas guía en relación al grupo.

---

Fuente (5): Perlado M. ¡Captados!. Todo lo que debes saber sobre las sectas. Barcelona: Ed. Ariel; 2020.

1. ¿Qué saben de la figura del líder?. ¿Se respira en el grupo una actitud de obediencia y servilismo?. ¿Se venera excesivamente la figura del líder?. ¿Es la máxima representación de autoridad dentro del grupo?. ¿Se le atribuyen dones o capacidades especiales?. ¿Su figura es autoproclamada e incuestionable?. ¿Se le intenta imitar?, ¿es el modelo a seguir de perfección?. ¿Es contrastable todo aquello que dice de sí mismo el gurú?. ¿Es su modo de actuar consecuente con lo que predica?.
2. ¿Cuál es su visión del mundo?. ¿La doctrina es clara o confusa?. ¿Mantienen una visión de “nosotros” frente a “ellos”?. ¿Existe la idea de ser incomprendidos, únicos o criticados desde fuera?. ¿Se respetan otras opciones o son sistemáticamente criticadas?. ¿Consideran estar en posesión de una verdad absoluta?. ¿Respetan que uno pueda entrar y salir o acudir a otros grupos?. ¿Debe mantenerse secreto con respecto a lo que se hace allí dentro?.
3. ¿Cómo atraen a los nuevos miembros?. ¿Son claras las estrategias de atracción?. ¿Qué se les promete?. ¿A qué están obligados?. ¿Se deja tiempo para tomar decisiones libres informadas?.
4. ¿Se regula la vida de sus miembros de forma excesiva?. ¿Se fomenta la individualidad o el pensamiento de grupo?. ¿El grupo está por encima de las personas?. ¿Tienen diversos miembros del mismo grupo actitudes idénticas?. ¿Se hace todo siempre en grupo y el grupo pasa a ser lo mejor?.
5. ¿Se practica alguna forma de adoctrinamiento?. ¿La doctrina es definida como algo único?. ¿Existen sesiones de confesión pública?, ¿prácticas que impliquen la denigración o la humillación públicas?. ¿Existen numerosas actividades en las que se presiona a hablar de uno mismo?.
6. ¿Existen prácticas de inducción al trance (meditaciones intensivas, hiperventilación, hablar en lenguas...)? ¿Con qué finalidad se emplean?. ¿Existen rituales secretos o reservados a unos pocos miembros escogidos?. ¿Las prácticas comportan explotación?. ¿En qué grado?

7. ¿Se limita el contacto con información y/o personas externas al grupo?. ¿Se desaconseja el acceso a internet, prensa, radio o televisión?. ¿Se ofrecen instrucciones específicas para tener la mente siempre ocupada con temas del grupo?. ¿Se han impuesto las personas del grupo sobre las antiguas amistades o aficiones del adepto?. ¿Se define a personas externas o críticas con el grupo como “dañinas” o “con mala energía”?. ¿Existen prácticas que llevan a una confrontación agresiva con los familiares?.
8. ¿Qué tipo de compromiso económico se exige en el grupo?, ¿es razonable o desorbitado en términos económicos?. ¿Se anima a desprenderse de los recursos materiales en beneficio del grupo?. ¿Se habla de una fecha de cambio que lleva a desprenderse de lo material?. ¿La economía del grupo en su conjunto es clara, transparente?.
9. ¿Qué actitud tiene el grupo hacia los que abandonan?. ¿Son tildados de apóstatas o personas con las que mejor no mantener relación?. ¿Se evita el contacto con ellos?. ¿Las críticas externas se califican de persecución o incomprensión?.

## 10.10. ANEXO 10. Taxonomía de las estrategias de abuso psicológico en grupos

---

Fuente (24, 31): Rodríguez-Carballeira et al (2015).

### **1.- AISLAMIENTO**

Separar o distanciar al miembro del grupo de su entorno de relaciones y espacios significativos, promoviendo su inmersión en el espacio vital del grupo.

- 1.1 Aislamiento de la familia
- 1.2 Aislamiento de los amigos y de su red social de apoyo
- 1.3 Aislamiento del trabajo, de los estudios y de las aficiones
- 1.4 Aislamiento en otro lugar de residencia

### **2.- CONTROL Y MANIPULACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Selección y manejo de la información, incluyendo la mentira y la manipulación del lenguaje, siempre en pro de los intereses de quienes controlan al grupo y pretenden tener el monopolio de la información que llega al sujeto.

- 2.1 Manipulación de la información
- 2.2 Manipulación del lenguaje

### **3.- CONTROL DE LA VIDA PERSONAL**

Indagar para conocer a fondo la vida personal del sujeto, guiarla e intervenir sobre ella para ponerla al servicio de los intereses de quienes controlan al grupo.

- 3.1 Control-abuso de la economía
- 3.2 Control de las actividades y de la ocupación del tiempo
- 3.3 Control-inspección del comportamiento
- 3.4 Control sobre las relaciones afectivas y la vida sexual
- 3.5 Control-debilitamiento del estado psicofísico
- 3.6 Control sobre la propia existencia

### **4.- ABUSO EMOCIONAL**

Acciones dirigidas a influir en los sentimientos y emociones del sujeto, con afán de manipularlos en pro de su mayor sometimiento al grupo.

- 4.1 Activación interesada de sentimientos positivos
- 4.2 Exigencias de entrega afectiva y entusiasta
- 4.3 Intimidación o amenaza
- 4.4 Desprecio, humillación o rechazo
- 4.5 Manipulación del sentimiento de culpa
- 4.6 Inducción a la confesión de conductas, pensamientos y sentimientos “desviados”

### **5.- ADOCTRINAMIENTO EN UN SISTEMA DE CREENCIAS ABSOLUTO Y MANIQUEO**

Desautorizar las ideas previas del sujeto, inculcándole un sistema cerrado de creencias y la sensación de haber sido elegido para ser miembro de un grupo que ostenta la Verdad y que es superior al resto del mundo.

- 5.1 Reconstrucción en negativo del propio pasado y de la identidad previa
- 5.2 Denigración del pensamiento crítico
- 5.3 Exigencia de identificación plena con la doctrina y de su aplicación
- 5.4 Imposición de la doctrina por encima de las personas y las leyes
- 5.5 Glorificación del endogrupo y rechazo del exogrupo

### **6.- IMPOSICIÓN DE UNA AUTORIDAD ÚNICA Y EXTRAORDINARIA**

Hacer que el sujeto obedezca y otorgue el máximo poder y reconocimiento de las cualidades especiales a una única fuente de autoridad que gobierna o inspira el gobierno del grupo.

- 6.1 Imposición de una autoridad absoluta
- 6.2 Implantación de la creencia en las cualidades especiales del líder

## 10.11. ANEXO 11. Criterios diagnósticos propuestos por AIS para el Síndrome de Dependencia Grupal

---

Fuente (31): Cubero (2001).

- 1.- El tiempo dedicado al grupo es considerado excesivo (al menos uno de los siguientes criterios):
  - a.- El tiempo dedicado al grupo ha aumentado progresivamente.
  - b.- Excesiva disminución del tiempo dedicado a la familia, el trabajo o las relaciones sociales.
  
- 2.- Reacciona con irritabilidad y/o angustia cuando no puede acudir a las reuniones o actividades del grupo.
  
- 3.- Cambios en la actitud hacia las personas de su entorno previo (al menos dos de los siguientes criterios):
  - a.- Actitud fría y distante.
  - b.- Mentiras.
  - c.- Actitud hostil.
  - d.- Miedo
  
- 4.- Autocrítica desmedida hacia su pasado pregrupo.
  
- 5.- Concede al grupo una importancia excesiva y en desacuerdo con la realidad.
  
- 6.- Se tolera y justifica la explotación personal en diferentes ámbitos, por ejemplo, el laboral, el económico o el sexual.
  
- 7.- Se incrementa la actividad diaria total, como consecuencia de la creciente dedicación al grupo.
  
- 8.- Vivencias maniformes de euforia y entusiasmo.
  
- 9.- Tendencia al discurso monotemático.
  
- 10.- Cambios de conducta llamativos de acuerdo con las normas o costumbres del grupo (al menos dos de los siguientes criterios):
  - a.- En la indumentaria o cuidado personal.
  - b.- En el lenguaje.
  - c.- En las aficiones.
  - d.- En el comportamiento sexual.

## 10.12. ANEXO 12. Escala de Abuso Psicológico (GPA-S)

Fuente (6): Almendros, Carrobes, Rodríguez-Carballeira, Jansa, 2004.

Esta escala está diseñada para evaluar determinados aspectos de grupos religiosos, psicoterapéuticos, culturales, humanitarios, políticos, comerciales, etc. Por favor calificar, lo mejor que pueda, el grado en que las siguientes afirmaciones caracterizan al grupo en cuestión. Evalúa cada elemento según **su** experiencia y observaciones (respecto a su experiencia pasada) de la forma en que el grupo **realmente** funcionaba. Si su grupo tenían diferentes niveles de membresía (en las que sus características dominantes pueden diferir), califícales al nivel que usted experimentó. Piense cuidadosamente cada respuesta para dar la respuesta más apropiada.

Pon un círculo en el número apropiado, donde el continuo valora:

**1**= Nada característico en el grupo..... **5**= Muy característico en el grupo.

ESCALA DE ABUSO PSICOLÓGICO (GPA-S)	1	2	3	4	5
1.- El grupo indica a sus miembros cómo comportarse sexualmente	1	2	3	4	5
2.- Se dan directrices a las mujeres jóvenes para que usen sus cuerpos con el propósito de manipular o de reclutar nuevos miembros	1	2	3	4	5
3.- El grupo aboga por o da a entender que transgredir la ley es adecuado si sirve a los intereses del grupo	1	2	3	4	5
4.- Se espera que los miembros pospongan o renuncien a sus metas personales, vocacionales y educacionales con el fin de trabajar para el grupo	1	2	3	4	5
5.- El grupo anima a los miembros que estén enfermos a buscar asistencia médica	1	2	3	4	5
6.- El logro de influencia política constituye una meta fundamental para el grupo	1	2	3	4	5
7.- Los miembros creen que abandonar el grupo supondría la muerte o daño irreparable para ellos o sus familiares	1	2	3	4	5
8.- El grupo dificulta que los miembros expresen emociones negativas	1	2	3	4	5
9.- Los miembros sienten que son parte de una élite especial	1	2	3	4	5
10.- Se enseña que las personas que son críticas con el grupo se encuentran bajo la influencia de fuerzas demoníacas o dañinas	1	2	3	4	5
11.- Se utiliza la persuasión coercitiva y el control mental	1	2	3	4	5
12.- El grupo aprueba algún tipo de violencia contra personas ajenas al grupo (por ej: contra "comunistas satánicos")	1	2	3	4	5
13.- Se espera de los miembros que vivan con otros miembros del grupo	1	2	3	4	5
14.- Los miembros deben seguir las normas del grupo a la hora de salir con personas del otro sexo o de tener relaciones íntimas	1	2	3	4	5
15.- Las personas que permanecen en el grupo lo hacen porque están engañadas y manipuladas	1	2	3	4	5
16.- El grupo enseña prácticas especiales (meditación, cánticos, hablar en lenguas...) para apartar las dudas o los pensamientos negativos de la conciencia	1	2	3	4	5
17.- Se desaconseja la atención médica, aunque pueda existir un problema médico real	1	2	3	4	5
18.- Se espera que los miembros sirvan a los líderes del grupo	1	2	3	4	5
19.- Recaudar dinero constituye una meta principal para el grupo	1	2	3	4	5
20.- El grupo no duda en usar la amenaza frente a personas ajenas que critican al grupo	1	2	3	4	5
21.- Se espera que los miembros tomen sus propias decisiones sin consultar con el/los líder/es del grupo	1	2	3	4	5
22.- Los miembros mantienen la capacidad de tener juicio crítico e independiente, como antes de unirse al grupo	1	2	3	4	5
23.- El grupo cree o da a entender que su líder es de naturaleza divina o muy superior	1	2	3	4	5
24.- Se utiliza el control mental sin el consentimiento consciente de los miembros	1	2	3	4	5
25.- Los miembros son sometidos a poca presión psicológica por parte de los líderes	1	2	3	4	5
26.- El/los líder/es del grupo raramente critica/n a los miembros	1	2	3	4	5
27.- Una meta importante para el grupo es la de reclutar miembros	1	2	3	4	5
28.- Se espera que los miembros consulten a los líderes antes de tomar la mayoría de las decisiones, incluyendo las que tienen que ver con el trabajo, la educación de los niños, el visitar o no la familia, etc.	1	2	3	4	5

### 10.13. ANEXO 13. Escala de Detección de Persuasión Coercitiva (EDPC)

Fuente (6): Cuevas JM, 2016

Esta escala está diseñada para valorar la presencia de una serie de cambios, actuaciones y estrategias que a veces promueven determinados grupos. Es probable que en su grupo existieran distintos niveles de afiliación y entrega, así como diferentes experiencias particulares. A nosotros nos interesa conocer **su experiencia en concreto**, basándose para ello en la observación que hace de las vivencias que tuvo dentro del grupo. Califique lo mejor que pueda, el grado en que las siguientes afirmaciones caracterizaron su relación con ese grupo.

Marque cada ítem en el número apropiado, donde el continuo valora:

**0**= Nada característico (ausencia)..... **6**= Muy característico.

ESCALA DE DETECCIÓN DE PERSUASIÓN COERCITIVA (EDPC)	0	1	2	3	4	5	6
1.- Mi relación con el grupo perjudicó relaciones sociales que eran importantes para mí	0	1	2	3	4	5	6
2.- El grupo interfirió negativamente en mi trabajo y/o en mis estudios	0	1	2	3	4	5	6
3.- Me animaban a pensar que fuera del grupo no sería posible una vida adecuada	0	1	2	3	4	5	6
4.- El estilo de vida que fomentaba el grupo contribuía a aislarme socialmente	0	1	2	3	4	5	6
5.- El grupo promovía que tuviera una visión pesimista del mundo y las personas	0	1	2	3	4	5	6
6.- Entrar en el grupo alteró mi actividad de ocio y tiempo libre	0	1	2	3	4	5	6
7.- Se limitaba mi acceso a los medios de comunicación o a informaciones ajenas al grupo	0	1	2	3	4	5	6
8.- Contribuían a que mis actividades y mi atención estuvieran centradas en los intereses grupales	0	1	2	3	4	5	6
9.- Influyeron en que apenas estuviera informado respecto a mis familiares y amigos/as ajenos/as al grupo	0	1	2	3	4	5	6
10.- Mi pertenencia al grupo afectaba incluso a mis decisiones más sencillas y cotidianas	0	1	2	3	4	5	6
11.- Se nos animaba a considerar como correctas sólo aquellas cosas que estaban conformes a la visión del grupo	0	1	2	3	4	5	6
12.- El grupo promovía que obedeciera sin pensar	0	1	2	3	4	5	6
13.- Favorecían que creyera que el líder (o la doctrina del grupo) estaba por encima del bien y del mal	0	1	2	3	4	5	6
14.- El tiempo que tenía para dormir o la calidad de mi sueño se vieron alterados dentro del grupo	0	1	2	3	4	5	6
15.- Dentro del grupo apenas tenía tiempo para descansar	0	1	2	3	4	5	6
16.- Las enseñanzas dentro del grupo resultaban excesivas por su duración, frecuencia o extraños horarios	0	1	2	3	4	5	6
17.- En alguna ocasión el grupo ejerció algún tipo de violencia (física o psicológica) o amenaza sobre mí	0	1	2	3	4	5	6
18.- Cuando era nuevo/a el grupo trataba de conectar con mis necesidades y deseos desarrollando actividades o metas que me resultaban atractivas	0	1	2	3	4	5	6
19.- Al principio el grupo me hacía sentir querido y especial	0	1	2	3	4	5	6
20.- El grupo me daba indicaciones sobre mi vida afectiva o sexual	0	1	2	3	4	5	6
21.- Me hacían sentir que estaba en deuda por lo que suponía que habían hecho por mí	0	1	2	3	4	5	6
22.- Sufrí o presencié humillaciones o acusaciones injustas en el seno del grupo	0	1	2	3	4	5	6

23.- Fomentaban que tuviera un excesivo sentimiento de culpabilidad	0	1	2	3	4	5	6
24.- El grupo me imponía tal grado de perfeccionamiento que a menudo temía equivocarme	0	1	2	3	4	5	6
25.- Estando en el grupo me veía privado/a de cosas o personas importantes para mí	0	1	2	3	4	5	6
26.- El grupo actuaba con mayor benevolencia cuando era obediente y conformista	0	1	2	3	4	5	6
27.- Daban indicaciones a otros miembros del grupo sobre cómo actuar conmigo	0	1	2	3	4	5	6
28.- Era censurado si mostraba opiniones o creencias poco acordes con el grupo	0	1	2	3	4	5	6
29.- El grupo era sincero respecto a sus objetivos y prácticas cotidianas	0	1	2	3	4	5	6
30.- Me animaban con insistencia a que revelara aspectos muy íntimos y privados de mi vida	0	1	2	3	4	5	6
31.- Me hacían creer que la única opción favorable era pensar tal como lo hacía el grupo	0	1	2	3	4	5	6
32.- El grupo influía notablemente en mi forma de vestir	0	1	2	3	4	5	6



## 10.14. ANEXO 14. Psychological Abuse Experience In Groups Scale (PAEGS)

Fuente (31, 117): Saldaña O, Rodríguez-Carballeira A, Almendros C, Escartín J. (2017).

**Instrucciones:** A continuación, encontrará una serie de afirmaciones acerca de algunas prácticas que pudo haber experimentado dentro del grupo. Por favor, indique el grado en el que usted experimentó lo que se describe en cada frase, independientemente de si los miembros del grupo lo hicieron o no de forma intencionada. Seleccione la opción que mejor se ajuste a su experiencia a partir de la siguiente escala:

**0=Nada; 1=Un poco; 2=Bastante; 3=Mucho; 4=Continuamente.**

ESCALA DE ABUSO PSICOLÓGICO VIVIDO EN GRUPOS (PAEGS)	0	1	2	3	4
1.- Hicieron que sintiera rechazo hacia mi vida anterior a formar parte del grupo	0	1	2	3	4
2.- Me hicieron creer que correría un peligro considerable si abandonaba el grupo	0	1	2	3	4
3.- Para establecer relaciones afectivas debía contar con la aprobación del grupo	0	1	2	3	4
4.- Esperaban que confesara cualquier acto o sentimiento que pudiera apartarse de la ideología del grupo	0	1	2	3	4
5.- Me hicieron creer que debía rechazar cualquier cosa ajena al grupo	0	1	2	3	4
6.- Comportarme de acuerdo con la ideología del grupo debía ser más importante para mí que yo mismo/a	0	1	2	3	4
7.- Me desacreditaban si cuestionaba algún aspecto de la ideología del grupo	0	1	2	3	4
8.- Me insistieron para que fuera a vivir con miembros del grupo	0	1	2	3	4
9.- Trataron de que me distanciara de mi familia	0	1	2	3	4
10.- Me hicieron sentir culpable por cosas pequeñas y sin importancia	0	1	2	3	4
11.- Me presionaron para que abandonara mis actividades de ocio ajenas al grupo	0	1	2	3	4
12.- Me hicieron utilizar una jerga propia del grupo que alteraba el significado habitual de las palabras	0	1	2	3	4
13.- Me hacían participar en tantas actividades diarias que ocasionaban mi agotamiento	0	1	2	3	4
14.- Me hicieron creer que el/la líder del grupo tenía una autoridad incuestionable	0	1	2	3	4
15.- Controlaban en qué ocupaba mi tiempo	0	1	2	3	4
16.- Me indicaron que engañara a los demás sobre aspectos concretos del grupo	0	1	2	3	4
17.- Hicieron que cambiara aspectos de mi identidad y forma de ser para adaptarlos a la ideología del grupo	0	1	2	3	4
18.- Me animaron a que abandonara mis estudios o mi trabajo	0	1	2	3	4
19.- Me hicieron ver al líder como una autoridad indiscutible que tenía que ser obedecida	0	1	2	3	4
20.- Querían que estuviera preparado/a para hacer grandes sacrificios	0	1	2	3	4
21.- Me ocultaron información relevante acerca de quiénes eran y lo que se hacía realmente en el grupo	0	1	2	3	4
22.- Me hicieron ver al líder como alguien con características muy especiales y claramente superiores	0	1	2	3	4
23.- La autoridad que me imponía un castigo me podría conceder el perdón cuando ella quería	0	1	2	3	4
24.- Me mintieron acerca de la finalidad del grupo	0	1	2	3	4
25.- Me mostraban rechazo cuando consideraban que desobedecía alguna indicación del grupo	0	1	2	3	4
26.- Me presionaron para que me distanciara de mis anteriores amistades	0	1	2	3	4
27.- Procuraron que pasara el máximo tiempo posible con miembros del grupo	0	1	2	3	4
28.- Vigilaban mi forma de comportarme	0	1	2	3	4
29.- Intentaron conocer con detalle mi situación económica	0	1	2	3	4
30.- Me hicieron creer que todo lo del grupo era bueno y todo lo de fuera era malo	0	1	2	3	4
31.- Me humillaban si no hacía lo que se esperaba de mí	0	1	2	3	4

## 10.15. ANEXO 15. Emotional Distress Scale in Survivors of Abusive Groups (EDS-SAG)

Fuente (4): Antelo González E. Pág. 168.

**Instrucciones:** A continuación, encontrará vivencias que pudo haber experimentado en algún momento tras su salida del grupo. Por favor, indique en qué medida experimentó cada una de ellas después de dejar el grupo a partir de la siguiente escala:

**0=Nada; 1=Levemente; 2=Moderadamente; 3=Intensamente; 4=Muy intensamente.**

ESCALA DE ESTRÉS EMOCIONAL EN SUPERVIVIENTES DE GRUPOS ABUSIVOS (EDS-SAG)	0	1	2	3	4
1.- Sentía que algo malo debía pasar dentro de mí por haberme dejado manipular.	0	1	2	3	4
2.- Sentía que no podía recuperarme y sentirme bien.	0	1	2	3	4
3.- Me dolía haber decepcionado a personas queridas de fuera del grupo mientras estaba en el mismo.	0	1	2	3	4
4.- Me molestaba que mis familiares y amigos me vieran como un extraño.	0	1	2	3	4
5.- Me avergonzaba haberme entregado tanto al grupo.	0	1	2	3	4
6.- Me dolía haber descuidado la relación con algunos de mis seres queridos mientras estaba en el grupo.	0	1	2	3	4
7.- Temía que el grupo hiciese algo para perjudicarme.	0	1	2	3	4
8.- Temía encontrarme con algún miembro del grupo.	0	1	2	3	4
9.- Sentía que había perdido un tiempo importante de mi vida estando en el grupo.	0	1	2	3	4
10.- Me dolía haber descuidado mi formación o mi vida laboral mientras estaba en el grupo.	0	1	2	3	4
11.- Sentía rabia hacia el grupo por haberme manejado y controlado.	0	1	2	3	4
12.- Me dolía no poder cambiar lo que viví en el grupo.	0	1	2	3	4
13.- Me dolía haber abandonado mi proyecto de vida anterior al grupo.	0	1	2	3	4
14.- Me daba miedo no poder rehacer mi vida.	0	1	2	3	4
15.- Sentía remordimientos por cosas que hice en el grupo y que consideraré luego inapropiadas.	0	1	2	3	4
16.- Me avergonzaba si tenía que explicar a otras personas mis experiencias en el grupo.	0	1	2	3	4
17.- Me irritaba no haber sabido detectar la manipulación del grupo.	0	1	2	3	4
18.- Me daba miedo no volver a poder confiar en la gente.	0	1	2	3	4

## 10.16. ANEXO 16. Inventory of Psychosocial Difficulties in survivors of Abusive Groups (IPD-AG)

Fuente (4): Antelo González E. Pág. 169. (Traducción: propia)

**Instrucciones:** A continuación, encontrará una lista vivencias que pudo haber experimentado en algún momento tras su salida del grupo. Por favor, indique en qué medida experimentó cada una de ellas después de dejar el grupo a partir de la siguiente escala: **0=Nada; 1=Un poco; 2=Moderadamente; 3=Bastante; 4=Muchísimo.**

INVENTARIO DE DIFICULTADES PSICOSOCIALES EN SUPERVIVIENTES DE GRUPOS ABUSIVOS (IPD-AG)	0	1	2	3	4
1.- Pensar que tiene que haber algo mal en mí por dejarme manipular	0	1	2	3	4
2.- Tristeza por no haber sido capaz de cambiar las experiencias que he vivido en el grupo	0	1	2	3	4
3.- Enfado hacia el grupo por haberme manipulado y controlado	0	1	2	3	4
4.- Problemas alimentarios	0	1	2	3	4
5.- Vergüenza por haber dado demasiado de mí al grupo	0	1	2	3	4
6.- Arrepentirse de cosas que hice en el grupo, que a posteriori consideré inapropiadas	0	1	2	3	4
7.- Problemas con el deseo de mantener relaciones sexuales	0	1	2	3	4
8.- Pensar que otros podrían rechazarme	0	1	2	3	4
9.- Problemas relacionados con el sueño	0	1	2	3	4
10.- Malestar cuando se expresan distintas opiniones sobre un mismo tópico	0	1	2	3	4
11.- Pensar que todo el mundo funciona con una lógica distinta a la mía	0	1	2	3	4
12.- Angustia de haber desaprovechado un tiempo importante en mi vida por pertenecer al grupo	0	1	2	3	4
13.- Problemas con algún tipo de comportamiento adictivo	0	1	2	3	4
14.- Problemas para avanzar con mis estudios o mi carrera profesional	0	1	2	3	4
15.- Recordar situaciones vividas en el grupo	0	1	2	3	4
16.- Dudas de quien soy realmente	0	1	2	3	4
17.- Sentimiento de no poder controlar tus propios pensamientos	0	1	2	3	4
18.- Sentirse fuera de lugar	0	1	2	3	4
19.- Angustia por dejar de ser querido por los integrantes del grupo	0	1	2	3	4
20.- Problemas de concentración	0	1	2	3	4
21.- Dificultades al hablar sobre mi vida a otros	0	1	2	3	4
22.- Dificultades en la toma de decisiones	0	1	2	3	4
23.- Sentir dolencias o cansancio sin aparentes causas físicas	0	1	2	3	4
24.- Dificultades al afrontar los problemas diarios	0	1	2	3	4
25.- Dificultad en pensar con claridad	0	1	2	3	4
26.- Dificultades para expresarse y hacerse entender	0	1	2	3	4
27.- Pensar que no te vas a recuperar y volver a sentirte bien	0	1	2	3	4
28.- Sentimientos de soledad	0	1	2	3	4
29.- Evitar cualquier cosa que me recuerde mis experiencias en el grupo	0	1	2	3	4
30.- Dificultades para entablar nuevas relaciones	0	1	2	3	4
31.- Sensación de no poder recomponer mi vida	0	1	2	3	4
32.- Dificultades para saber comportarse en diferentes situaciones	0	1	2	3	4

Relación entre ítems y subescalas: Dificultades emocionales (1, 2, 3, 5, 6, 12, 19, 27, 31); Dificultades cognitivas (10, 11, 15, 16, 17, 20, 22, 25, 29); Dificultades relacionales (8, 14, 18, 21, 24, 26, 28, 30, 32); Problemas de comportamiento (4, 7, 9, 13, 23).

## 10.17. ANEXO 17. Definición de Terapia Ocupacional

---

Fuentes (118, 85): Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (2018);  
Berrueta Maeztu LM (2022)

A continuación, puesto que la terapia ocupacional es aún una profesión sanitaria muy desconocida, aunque con gran potencial en el mundo de atención a supervivientes de grupos abusivos, vamos a transcribir 2 definiciones. Como podrán comprobar quienes lean y analicen estas definiciones de terapia ocupacional, se adentren en la legislación básica que la regula (91, 108) o en sus bases teóricas, es una profesión de enorme relevancia para mantener o recuperar “la vida” considerada en toda su amplitud.

### 1.- DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES (WFOT) (118)

“Una profesión sanitaria centrada en el usuario, a la cual concierne la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. La finalidad primordial de la Terapia Ocupacional es posibilitar la participación de las personas en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado trabajando con las personas y comunidades para incrementar su capacidad de involucrarse en las ocupaciones que desean y necesitan hacer, o mediante la modificación de la ocupación o el ambiente para brindar mayor apoyo a su compromiso ocupacional”.

**Imagen 17. Definición de Terapia Ocupacional. Fuente: World Federation of Occupational Therapists (WFOT), 2018.**

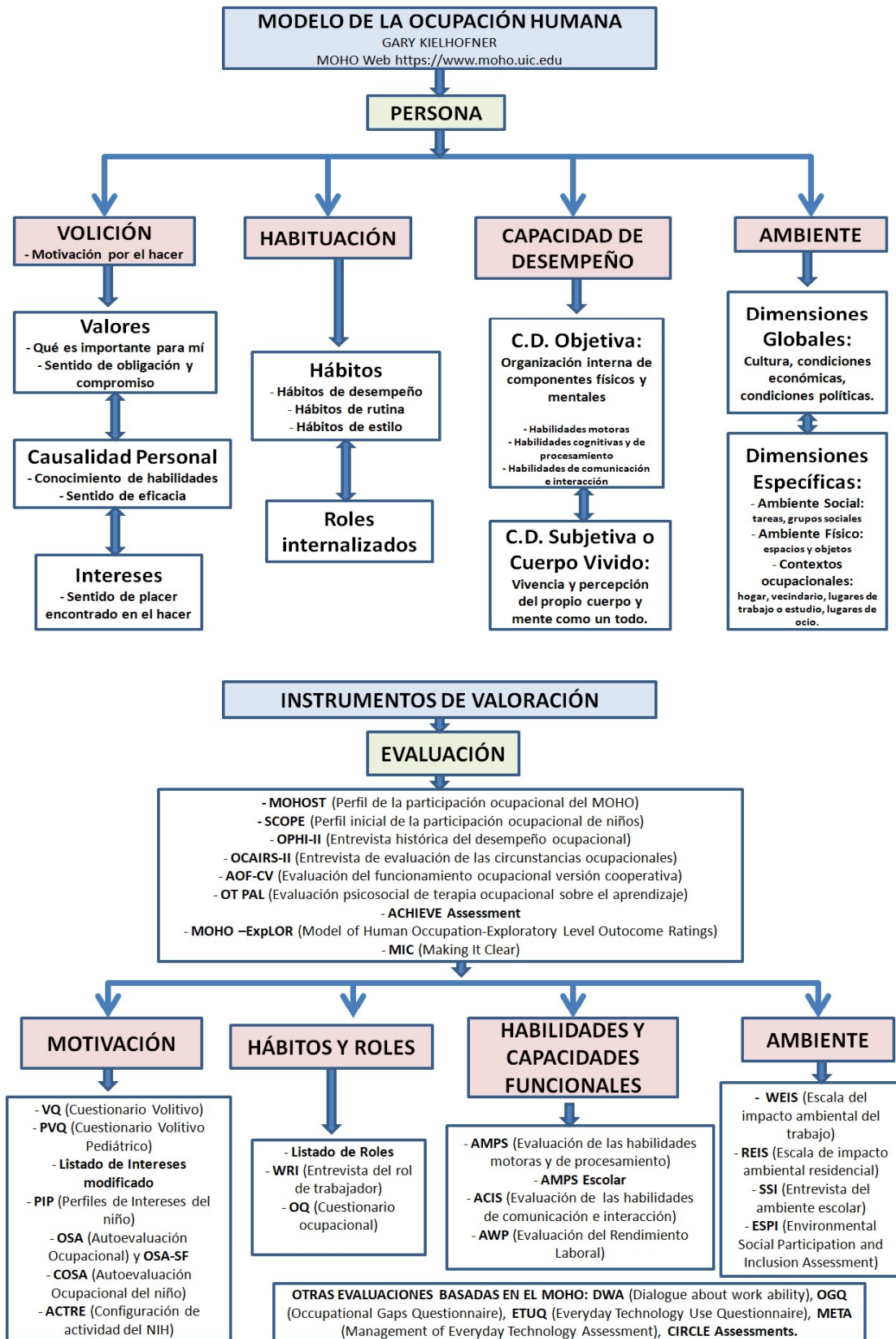
### 2.- DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL DE BERRUETA (85)

“La profesión sanitaria que tiene como objetivo ayudar a las personas, grupos y comunidades a satisfacer aquellas necesidades ocupacionales y a culminar aquellos sueños ocupacionales que favorecen el crecimiento y/o autorealización tanto individual como colectiva, la salud o el bienestar y están en consonancia con la justicia, la ecología y la solidaridad. Todo ello, mediante el establecimiento de una relación cooperativa que favorezca la participación en ocupaciones, la generación y movilización de capacidades, así como la interacción con el entorno y con uno mismo”.

**Imagen 18. Definición de Terapia Ocupacional. Fuente: Berrueta Maeztu LM (2022)**

## 10.18. ANEXO 18. Esquema del Modelo de la Ocupación Humana

Fuente: Berrueta Maeztu LM (2022)



## 10.19. ANEXO 19. Técnicas de tratamiento o intervención en Terapia Ocupacional

Fuentes (109, 110): Reed and Sanderson, 2019

### **Técnicas de entrenamiento en el desarrollo, mantenimiento o mejora del desarrollo ocupacional en las áreas ocupacionales**

- Entrenamiento en las actividades de la vida diaria: autocuidado y automantenimiento.
- Entrenamiento de la movilidad.
- Entrenamiento del cuidado y mantenimiento del hogar y AVD instrumentales.
- Entrenamiento laboral básico.
- Entrenamiento del cuidado de otros (niños, mayores, allegados).
- Desarrollo de intereses lúdicos y de ocio.
- Organización y disfrute del tiempo libre.

### **Técnicas de entrenamiento para el desarrollo, mantenimiento y mejora de las capacidades y habilidades ligadas a la realización de actividades**

- Entrenamiento de la coordinación, fortalecimiento de musculatura, control del tono muscular, resistencia física.
- Desarrollo de destrezas o habilidades físicas, rango de movilidad, reflejos, posicionamiento, economía articular.
- Actividades deportivas y ejercicio terapéutico.
- Entrenamiento cognitivo (de la atención, comunicación, comprensión, integración de aprendizajes, formación de conceptos, enjuiciamiento y toma de decisiones, memoria, resolución de problemas).
- Organización del tiempo y configuración de actividades cotidianas.
- Entrenamiento de la autonomía en las relaciones interpersonales.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento.
- Sustitución o disminución de los mecanismos de defensa.
- Mejora de la motivación.
- Técnicas de relajación.
- Mejora del autoconcepto. Mejora del autocontrol.
- Desarrollo o mejora de la interacción dual y grupal.
- Técnicas grupales. Dinámicas de grupo.
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Desensibilización sistemática.
- Desarrollo de la identidad y de comportamientos ligados al rol.
- Revisión del sistema de creencias.



### **Técnicas de adaptación individual**

- Asesoramiento sobre organización de las actividades de automantenimiento.
- Asesoramiento pre-vocacional y laboral.
- Entrenamiento para la resistencia al trabajo.
- Asesoramiento sobre actividades de ocio y tiempo libre.
- Técnicas ortéticas.
- Biofeedback.
- Técnicas de facilitación o inhibición neurológica.
- Integración sensorial. Sustitución sensorial. Entrenamiento de la conciencia sensorial.
- Técnicas asistidas por ordenador.
- Manejo de la ansiedad.
- Entrenamiento de la asertividad.
- Orientación a la realidad.
- Reestructuración cognitiva.
- Grupos de apoyo y soporte.

### **Técnicas de adaptación del entorno**

- Productos de apoyo o ayudas técnicas.
- Adaptación del hogar. Diseño del entorno domiciliario.
- Ayudas para la movilidad.
- Ayudas para el transporte.
- Accesibilidad.
- Adaptación de puestos de trabajo. Diseño de puestos de trabajo.
- Deporte adaptado.
- Actividades sociales adaptadas.
- Entrenamiento para el manejo de prótesis.
- Técnicas de comunicación aumentativa. Diseño de herramientas y programas para la comunicación aumentativa.
- Cambio de actitudes sociales.

## 10.20. ANEXO 20. Comparación del Abuso psicológico en contextos de pareja y grupos coercitivos

Fuente (4): Antelo González E.

<b>Estrategias de abuso psicológico en pareja</b> (Porrúa et al., 2010)	<b>Estrategias de abuso psicológico en grupos coercitivos</b> (Rodríguez-Carballeira et al., 2015)
1.- AISLAMIENTO	1.- AISLAMIENTO
1.1.-Aislamiento de la familia. 1.2.-Aislamiento de los amigos y de su red de apoyo social. 1.3.-Aislamiento del trabajo, de los estudios y de las aficiones. <b>1.4.-Aislamiento en el hogar.</b>	1.1.-Aislamiento de la familia. 1.2.-Aislamiento de los amigos y de su red de apoyo social. 1.3.-Aislamiento del trabajo, de los estudios y de las aficiones. <b>1.4.-Aislamiento en otro lugar de residencia</b>
2.-CONTROL Y MANIPULACIÓN DE LA INFORMACIÓN	2.-CONTROL Y MANIPULACIÓN DE LA INFORMACIÓN
2.1.-Manipulación de la información. <b>2.2.-Ocultación del abuso.</b>	2.1.-Manipulación de la información. <b>2.2.-Manipulación del lenguaje.</b>
3.- CONTROL DE LA VIDA PERSONAL	3.- CONTROL DE LA VIDA PERSONAL
3.1.-Control-abuso de la economía. <b>3.2.-Control de los hijos.</b> 3.3.-Control de las actividades cotidianas y de la ocupación del tiempo. <b>3.4.-Coacción sexual.</b> 3.5.-Control-debilitamiento del estado psicofísico.	3.1.-Control-abuso de la economía. 3.2.- Control de las actividades cotidianas y de la ocupación del tiempo. <b>3.3.-Control-inspección del comportamiento</b> <b>3.4.-Control de las relaciones afectivas y la vida sexual.</b> 3.5.-Control-debilitamiento del estado psicofísico. <b>3.6.-Control de la propia existencia.</b>
4.- ABUSO EMOCIONAL	4.- ABUSO EMOCIONAL
4.1.-Activación interesada de emociones positivas. 4.2.-Intimidación o amenaza. 4.3.-Desprecio, humillación o rechazo como persona. <b>4.4.-Menosprecio de sus roles.</b> 4.5.-Manipulación del sentimiento de culpa. <b>4.6.-Desconsideración hacia las emociones y propuestas del otro.</b>	4.1.-Activación interesada de emociones positivas. <b>4.2.-Exigencia de entrega afectiva y entusiasta.</b> 4.3.-Intimidación o amenaza. <b>4.4.-Desprecio, humillación o rechazo.</b> 4.5.-Manipulación del sentimiento de culpa. <b>4.6.-Inducción a la confesión de conductas, pensamientos y sentimientos “desviados”.</b> <b>4.7.-Otorgamiento del perdón.</b>



5.- IMPOSICIÓN DEL PROPIO PENSAMIENTO	5.- ADOCTRINAMIENTO EN UN SISTEMA DE CREENCIAS ABSOLUTO Y MANIQUEO
5.1.-Denigración del pensamiento crítico. 5.2.-Redefinición de la realidad. 5.3.-Idealización interesada del vínculo de dependencia.	5.1.-Reconstrucción en negativo del propio pasado y de la identidad previa. 5.2.-Denigración del pensamiento crítico. 5.3.-Exigencia de identificación plena con la doctrina y de su aplicación. 5.4.-Imposición de la doctrina por encima de las personas y de las leyes. 5.5.-Glorificación del endogrupo y rechazo del exogrupo.
6.- IMPOSICIÓN DE UN ROL SERVIL	6.- IMPOSICIÓN DE UNA AUTORIDAD ÚNICA Y EXTRAORDINARIA 6.1.-Imposición de una autoridad absoluta. 6.2.-Implantación de la creencia en las cualidades del líder.

Nota: En **negro** las similitudes, en **rojo** las diferencias (muchas veces mínimas).

## 10.21. ANEXO 21. Grupos de Persuasión Coercitiva, cine y series

Fuentes: Santamaría (2023), Carvajal (2022), Cinespacio 24.

En el webinar de Félix Ríos “sectas y series de televisión, con Luis Santamaría”, el 25 de abril de 2023, el experto Santamaría analiza en profundidad este tema, que sintetizamos a continuación.

El webinar se puede ver en:

[https://www.google.com/search?q=Santamar%C3%ADa+%2B+%22las+sectas+en+las+series%22&rlz=1C1GCEA\\_enES897ES897&oq=Santamar%C3%ADa+%2B+%22las+sectas+en+las+series%22&aqs=chrome..69i57j33i10i160l4.10675j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8&bshm=rimc/1#fpstate=ive&vld=cid:8ad0a1da,vid:3j09jghnsYA,st:0](https://www.google.com/search?q=Santamar%C3%ADa+%2B+%22las+sectas+en+las+series%22&rlz=1C1GCEA_enES897ES897&oq=Santamar%C3%ADa+%2B+%22las+sectas+en+las+series%22&aqs=chrome..69i57j33i10i160l4.10675j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8&bshm=rimc/1#fpstate=ive&vld=cid:8ad0a1da,vid:3j09jghnsYA,st:0)

Santamaría utiliza las series de televisión como herramienta (educación, formación, prevención) para mostrar y analizar en qué consisten las sectas de un modo más gráfico e interesante para el alumno.

Para analizar las sectas con los alumnos, se focaliza en 10 núcleos temáticos:

- 1.- Necesidades.
- 2.- Cómo son los líderes de las sectas.
- 3.- Cómo captan.
- 4.- Proceso de abuso psicológico o persuasión coercitiva (proceso de conversión y adoctrinamiento).
- 5.- Hasta qué punto tienen libertad para entrar en una secta o permanecer los que ya están dentro de ella.
- 6.- Cómo se vive la sexualidad en las sectas.
- 7.- Dinero, financiación, etc.
- 8.- Cómo viven las familias la pertenencia de uno de sus miembros.
- 9.- Cómo es el proceso de recuperación. Las víctimas en el centro.
- 10.- Cómo reacciona la sociedad ante las sectas.

Entre las **SERIES** que recomienda visualizar están las siguientes:

1.- Leah Remini y la Cienciología (2016)	11.- Se dócil: reza y obedece (2022)
2.- Waco (2018)	12.- Por mandato del cielo (2022)
3.- Wild Wild Country (2018)	13.- Detrás del velo: sobreviviendo al a Iglesia La Luz del Mundo (2022)
4.- El palmar de Troya (2020)	14.- La prisionera del profeta (2023)
5.- El juramento (the vow) (2020)	15.- Juventud robada: secta en el campus (2023)
6.- Seduced: inside the NXIVM cult (2020)	16.- Waco: el apocalipsis (2023)
7.- Heaven's Gate: the cult of cults (2020)	17.- En el nombre de Dios: sagrada traición (2023)
8.- Edelweiss (2021)	
9.- Reza, obedece, mata: Knutby (2021)	
10.- KNUTBY (2021)	

Chema Carvajal publica el 1 de mayo de 2022 un artículo titulado “6 series sobre impactantes sectas que puedes ver en Netflix y HBO Max”, entre las que incluye:

- 1.- Colonia dignidad: una secta alemana en Chile (2021)
- 2.- Wild Wild Contry (2018)
- 3.- El juramento (2020)
- 4.- Heaven's Gate: the Cults of Cults (2020)
- 5.- The Sinner (2018)
- 6.- SanPa: Pecados de un salvador (2020)

Fuente: <https://computerhoy.com/reportajes/entretenimiento/series-impactantes-sectas-ver-netflix-hbo-max-1051821>

A todas ellas habría que añadir la más reciente:

- 7.- 548 días: captada por una secta (2023).

Entre las **PELÍCULAS** más destacadas en esta temática, podemos nombrar a:

<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- The master (2012)</li> <li>2.- Sounds of my voice (2011)</li> <li>3.- Savage Messiah (2002)</li> <li>4.- Elmer Gantry (1960)</li> <li>5.- Midsommar (2019)</li> <li>6.- Martha Marcy May Marlene (2011)</li> <li>7.- Charlie says (2018)</li> <li>8.- el Sacramento (2013)</li> <li>9.- El hombre de mimbre (1973; 2006)</li> <li>10.- La séptima víctima (1943)</li> <li>11.- Holy Smoke (1999)</li> <li>12.- Love exposure (2008)</li> <li>13.- Faults (2014)</li> <li>14.- The devil rides out (1968)</li> <li>15.- Mandy (2018)</li> <li>16.- El legado de una secta (2016)</li> </ol>	<p>A la lista anterior, podríamos también <b>añadir</b> las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La invitación (2015)</li> <li>- Acantilado (2016)</li> <li>- The other lamb (2019)</li> <li>- Planeta 5000 (2020)</li> <li>- Los conductos (2020)</li> </ul> <p>O <b>documentales</b> como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Going Glear (2015)</li> <li>- Holy Hell (2016)</li> <li>- Bikram: yogi, guru, predator (2019)</li> <li>- Escapando al culto NXIVM (2022)</li> <li>- Ellas hablan (2023)</li> </ul>
<p>Fuentes:</p> <p><a href="https://cinespacio24.mx/las-mejores-peliculas-sobre-sectas-primera-parte/">https://cinespacio24.mx/las-mejores-peliculas-sobre-sectas-primera-parte/</a></p> <p><a href="https://cinespacio24.mx/las-mejores-peliculas-sobre-sectas-segunda-parte/">https://cinespacio24.mx/las-mejores-peliculas-sobre-sectas-segunda-parte/</a></p>	

**Otros recursos** a tener en cuenta:

- “Adeptos: la difícil salida de una secta”:  
<https://www.arte.tv/es/videos/110231-000-A/adeptos-la-dificil-salida-de-una-secta/>
- Serie de dibujos animados: Los Simpson (temporada 9, episodio 191):  
la alegría de las sectas / la secta Simpson
- Película: La ola (2008)
- Canción: “sectas” de Ska-p

## 11. Resumen / Abstract

---

El abuso psicológico en grupos es un proceso de aplicación sistemática y continuada de estrategias de presión, control, manipulación y coerción con el objetivo de dominar a otras personas para lograr su sumisión (Rodríguez-Carballeira et al., 2015). Así, un grupo de este tipo es un grupo social depredador que practica el mimetismo y el señuelo (Jara, 2018). Se estima que al menos el 1% de la población en España está directamente involucrada en un Grupo de Persuasión Coercitiva, lo que supone aproximadamente unas 400.000 personas. Trasladar esta estimación a Navarra implica que en torno a 6.000 personas estarían afectadas. Es por tanto, un problema real pero invisibilizado, con graves consecuencias en la salud y el bienestar de las personas, que suelen ser revictimizadas y estigmatizadas. Las personas supervivientes sufren como consecuencia de su pertenencia a este tipo de grupos diversos síntomas psicopatológicos y dificultades psicológicas y sociales.

Al ser un problema invisibilizado, apenas existen recursos especializados en este ámbito para atender a las víctimas y sus familias, lo que redundaría en un claro perjuicio. Esta propuesta tiene el objetivo de crear un programa de salud específico para la atención de personas afectadas por Grupos de Persuasión Coercitiva en Navarra.

Palabras clave: “Grupo de persuasión coercitiva”, “abuso psicológico”, “secta”, “salud”, “prevención”.

---

Psychological abuse in groups is a process of systematic and continuous application of pressure, control, manipulation and coercion strategies with the aim of dominating other people to achieve their submission (Rodríguez-Carballeira et al., 2015). Thus, a group of this type is a predatory social group that practices mimicry and decoy (Jara, 2018). It is estimated that at least 1% of the population in Spain is directly involved in a Coercive Persuasion Group, which amounts to approximately 400,000 people. Transferring this estimate to Navarra implies that

around 6,000 people would be affected. It is therefore a real but invisible problem, with serious consequences on the health and well-being of people, who are often re-victimized and stigmatized. Survivors suffer various psychopathological symptoms and psychological and social difficulties as a consequence of their membership in this type of group. As it is an invisible problem, there are hardly any specialized resources in this area to care for the victims and their families, which results in clear harm. This proposal has the objective of creating a specific health program to care for people affected by Coercive Persuasion Groups in Navarra

Key words: “Coercive persuasion group”, “psychological abuse”, “cult”, “health”, “prevention”.



Fuente: Quino

### DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS:

Art. 3 Todo individuo tiene derecho a la vida, a la **libertad** y a la seguridad de su persona.

Art.4 Nadie estará sometido a **esclavitud** ni a **servidumbre**; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas **en todas sus formas**.

[https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)