

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

Vega González-Bueso* Juan José Santamaría**, Laura Merino**, Elena Montero**,
Margarita Cano Vega*

Recibido: 20/09/2015

Aceptado: 09/12/2015

Resumen

La literatura muestra que las características y prácticas de los Grupos de Manipulación Psicológica tienen efectos negativos en la salud mental de sus miembros. Este trabajo de investigación presenta un caso de una paciente con Dependencia Grupal, examinando la efectividad de un tratamiento Cognitivo Conductual de 16 sesiones de duración, descrito en el artículo. Se tomaron medidas psicométricas antes y después de realizar el tratamiento. Los resultados muestran que después de la intervención la paciente alcanzó los objetivos terapéuticos fijados (entre ellos el abandono del grupo) y se observó una mejora en la sintomatología clínica. Los cuestionarios reflejaron una reducción de la sintomatología psicológica previa (somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, psicoticismo y ansiedad). Este caso sugiere que la utilización de terapia cognitivo conductual puede ser útil para tratar casos con dependencia grupal, así como para tratar los síntomas derivados de ella.

Palabras clave: Grupos de Manipulación Psicológica. Tratamiento Cognitivo Conductual. Psicopatología.

*Clinical Psychologists in the AIS-PRO JUVENTUD Atención e Investigación de Socioadicciones (España).

**Psychologists in the AIS-PRO JUVENTUD Atención e Investigación de Socioadicciones (España).

Correspondencia: Dra. Vega González Bueso
AIS (Atención e Investigación de Socioadicciones)
C/ Forn 7-9 Local
08014, Barcelona, Cataluña, Spain
E-mail: vgonzalez@ais-info.org

Summary

The literature shows that the characteristics and practices of groups of psychological manipulation have negative effects on the mental health of its members. This research presents a case of a patient with Group Dependence, examining the effectiveness of a cognitive behavioral treatment with a duration of 16 sessions (described in this article). Psychometric measures were taken before and after performing the treatment. The results show that after the therapeutic intervention, the patient reached the therapeutic objectives (including the abandonment of the group) and clinical improvement was observed. The questionnaires showed a reduction in the previous psychological symptoms (somatization, interpersonal sensitivity, depression, anxiety and psychoticism). This case suggests that the use of cognitive behavioral therapy may be useful in treating cases of group dependence and to treat the symptoms resulting from it.

Key words: Psychological Manipulation Groups. Cognitive Behavioral Therapy. Psychopathology.

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre Grupos de Manipulación Psicológica (GMP) se ha centrado en diferentes aspectos relacionados con ellos, principalmente de una manera teórica. Algunos autores se han centrado en los aspectos sociológicos de estos grupos (Pascual & Vidaurrázaga, 2005), otros han definido los GMP en función de su taxonomía y la severidad de sus componentes o estrategias de manipulación (Rodríguez-Carballeira *et al.*, 2013, Rodríguez-Carballeira *et al.*, 2015). Finalmente, algunos autores han investigado las consecuencias adversas que las prácticas desarrolladas en ellos tienen para sus miembros.

Aunque parece claro que las características intrínsecas y las prácticas de estos grupos (aislamiento, amenazas, coerción psicológica y/o física...) deberían tener efectos negativos en la salud mental de sus miembros, la literatura sobre problemas de psicopatología relativos a GMP o sectas coercitivas es controvertida. Algunos autores defienden el peligro de este tipo de grupos para la salud mental de sus miembros y exmiembros (Aronoff, Lynn, & Malinoski, 2000; Lilliston & Shepherd, 1999). En cambio, otros sugieren que los nuevos cultos o religiones solamente representan una alternativa cultural, sin consecuencias psicológicas (Anthony & Robbins, 2004, Ungerleiger and Wellisch, 1979).

En los 80, Spero (Spero, 1982) intentó elaborar una lista sintomática en miembros y exmiembros

de GMP. El autor identificó varios síntomas comunes en los sujetos estudiados: deterioro de la salud física o negligencia en hábitos de salud, pensamiento unilateral, ideación paranoide y/o fóbica, expresión emocional espontánea reducida, devaluación de la propia imagen y despersonalización.

En años posteriores, algunos autores han puesto de manifiesto que algunos grupos son psicológicamente peligrosos, encontrando variedad de síntomas psicológicos como depresión, ansiedad, disociación, pasividad, sentimientos de culpa, brotes psicóticos y fobias, entre otros (Martin, Langone, Dole, & Wiltrout, 1992; Singer & Ofshe, 1990; West & Martin, 1994, Day & Peters, 1999).

Aun así, la evidencia disponible sobre aspectos psicopatológicos en miembros o exmiembros es escasa y los resultados deben ser interpretados con precaución debido a las siguientes razones: las presiones de conformidad que reciben los miembros de estos grupos, la falta de grupos de comparación en la mayoría de los estudios, el uso de medidas psicopatológicas no estandarizadas, los sesgos en el muestreo y en la información obtenida y finalmente, las escasas condiciones de control durante las evaluaciones.

Actualmente, la única referencia que aparece en el manual diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) a los problemas generados por los GMP se sitúa dentro de la categoría diagnóstica Trastorno Disociativo no Especificado, reconociéndose una “perturba-

ción de la identidad debido a una persuasión coercitiva intensa y prolongada (p.e., lavado de cerebro, reforma de pensamiento, adoctrinamiento) en cautiverio, tortura, encarcelamiento político, reclutamiento por una secta o culto, o por organizaciones terroristas”.

Así, en el manual no se incluye la membresía en un GMP como una categoría diagnóstica, y solo es reconocida la capacidad de la manipulación coercitiva para generar problemas mentales intensos. Asimismo, no aporta síntomas específicos que faciliten a los profesionales criterios objetivos para un correcto diagnóstico, por lo tanto, el uso clínico de esta referencia es escaso.

Objetivos del estudio

Teniendo en cuenta que los resultados de la literatura sobre psicopatología en miembros y exmiembros de GMP son inconsistentes, es necesario clarificar las características psicopatológicas de este tipo de pacientes para poder mejorar la prevención y el tratamiento aplicados.

El presente trabajo pretende estudiar las características de personalidad y psicopatológicas de una paciente afectada por un Grupo de Manipulación Psicológica, así como exponer el tratamiento y los resultados obtenidos por este.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

La paciente es una mujer de 50 años, separada desde hace 10 años, vivía con sus dos hijas en el momento de consulta. Finalizó estudios técnicos en Radiología. Trabajaba actualmente en varios hospitales combinando horarios. En cuanto a las relaciones familiares, la paciente apenas tenía contacto con sus hijas a pesar de vivir con ellas, y solo existía comunicación con su hermana, que también pertenecía al grupo.

No presentó dificultades en el desarrollo evolutivo. Tuvo una crianza tradicional.

Antecedentes médicos personales

No refirió antecedentes médicos de interés.

Antecedentes psiquiátricos personales

No refirió antecedentes psiquiátricos de interés.

Antecedentes psiquiátricos familiares

No refirió antecedentes psiquiátricos familiares de importancia.

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

La petición inicial de ayuda se realizó por parte de la afectada, debido a las dudas sobre si la líder del grupo había ejercido técnicas de manipulación psicológica sobre ella, a raíz de la asistencia a consulta de otra persona, amiga de la paciente, afectada por el mismo grupo.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Explica que a los 24 años estableció contacto con un grupo de Yoga con la intención de mejorar su bajo estado de ánimo. A lo largo de los años la mera práctica de este deporte se fue transformando en una situación de coerción y manipulación mental, por parte de la profesora hacia sus alumnos. El resultado de estas prácticas fue que, durante 26 años, la paciente y los demás adeptos dieron a la profesora (líder) grandes cantidades de dinero, generando en ella graves problemas financieros, fueron aislados de sus amigos, familiares y otros soportes sociales, llegando incluso a la separación de su marido, y ocupaban prácticamente todo su tiempo en actividades relacionadas con el grupo. En el momento de consulta la paciente albergaba dudas hacia la líder del grupo, pero era incapaz de abandonarlo. Presentaba confusión mental, negación sobre su situación financiera y otros problemas relacionados con la pertenencia al grupo, y desconfianza hacia el terapeuta. Refería estar nerviosa y apática, dificultades en la conciliación y mantenimiento del sueño y cambios en los hábitos alimentarios, con una reducción de la ingesta debido a la falta de apetito.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Durante 26 años la líder del grupo practicó diversas técnicas de manipulación mental y coerción, que consistían en el control total del ambiente y la comunicación de la afectada, aislamiento so-

cial y familiar, presión y control sobre su alimentación y sueño, amenazas y humillaciones públicas, instigación de culpa, instauración de crítica hacia su vida pasada y fuera del grupo... que propiciaron en la paciente una destrucción de su autoestima, cambios en su personalidad, ansiedad, fobias acerca de personas ajenas al grupo o al planteamiento de abandonar el grupo, confusión mental, miedo a tomar decisiones propias y sentimientos de culpa.

En el momento de la evaluación la paciente consideró el grupo al que pertenecía como un grupo peligroso, según los resultados de la escala GPA (Chambers, Langone, Dole, & Grice, 1994) y cumplió criterios para Síndrome de Dependencia Grupal según el cuestionario desarrollado por AIS (Cubero, 2001) (Ver Figura 1), cumpliendo con la totalidad de los criterios diagnósticos.

ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO

La paciente presentaba escasa motivación hacia el tratamiento. Después de unas visitas motivacionales, se acordaron unas metas generales de tratamiento que consistían en la salida del grupo de manipulación psicológica y la reducción de la sintomatología, generada a raíz de la pertenencia a dicho grupo y las prácticas de coerción aplicadas durante esos años.

ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos terapéuticos fueron: la disminución de los deseos y pensamientos distorsionados relacionados con el grupo, adquirir capacidad crítica

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.

Figura 1

Criterios diagnósticos propuestos por AIS para el Síndrome de Dependencia Grupal

respecto al grupo, al líder y a otras situaciones de manipulación, adquirir capacidad de mantener distancia con el grupo y/o el líder, mejora de la autoestima, asertividad, habilidades sociales y déficits emocionales, incremento de las habilidades de resolución de problemas y de la sensación de autoeficacia, identificación de situaciones problemáticas y adquisición de estrategias de afrontamiento, adquisición de actividades alternativas al grupo en ocio, reestructuración de pensamientos distorsionados respecto al grupo o líder, incremento de la confianza en el seno familiar y mejora de las relaciones y superación de la sensación de abandono.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Se decidió aplicar un tratamiento de orientación Cognitivo Conductual (TCC). La literatura científica no muestra resultados para el tratamiento de elección de los problemas generados por los GMP. Aun así, múltiples investigaciones han explorado el éxito de la TCC en problemas de ansiedad, depresión, fobias y autoestima, y han mostrado su efectividad a corto y largo plazo para reducir la sintomatología de la mayoría de los trastornos mentales.

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA FASE

La evaluación utilizada al inicio y final de tratamiento fue la siguiente:

Exploración psicopatológica

Temperament and Character Inventory revised version (TCI-R) (Cloninger, 1999). Cuestionario de 240 ítems que mide siete dimensiones de personalidad: cuatro de temperamento (evitación del daño, búsqueda de sensaciones, dependencia a la recompensa y persistencia) y tres dimensiones de carácter (autodirección, cooperación y autotranscendencia). El cuestionario está validado en España (Gutiérrez-Zotes *et al.*, 2004) con buena consistencia interna (Coeficiente alpha) de 0,87.

Symptom CheckList-90 items-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1990). Cuestionario ampliamen-

te utilizado para medir el estado psicopatológico actual. Consiste en 90 ítems que dan lugar a 9 dimensiones sintomáticas primarias: Somatización, Obsesivo-Compulsiva, Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Psicoticismo e Ideación Paranoide. Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas (Derogatis, 2002), obteniendo una media de consistencia interna de 0,75 (coeficiente alpha de Cronbach).

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1989). Es una escala utilizada para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). El autor del cuestionario no estableció un punto de corte para los resultados, aunque diversos investigadores muestran que en población española, tanto psiquiátrica como no psiquiátrica, una puntuación menor de 26 sería indicadora de una autoestima baja (Vázquez-Morejón, Jiménez, & Bellido-Zanin, 2013). Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas, obteniendo una media de consistencia interna de 0,86 (coeficiente alpha de Cronbach) (Vázquez-Morejón, García-Bóveda & Jiménez, 2004; Vázquez-Morejón, Jiménez, & Bellido-Zanin, 2013).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). Este cuestionario evalúa por separado las dimensiones de ansiedad estado y rasgo. Ambas escalas fueron desarrolladas como medidas unidimensionales. Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas (Coeficiente alpha: 0.93) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982).

Group Psychological Abuse Scale (GPA-S) (Chambers, Langone, Dole & Grice, 1994) (Almendros, Carroble, Rodríguez-Carballeira, & Jansa, 2004). Es un cuestionario estandarizado que representa un enfoque empírico a la caracterización del entorno de los GMP. Puede diferenciar entre grupos no convencionales, no ortodoxos y grupos de abuso psicológico. La escala, en definitiva, mide la peligrosidad de un grupo. Está validada en España con buenas propiedades psicométricas (Coeficiente alpha: 0,89) (Almendros *et al.*, 2012).

Criterios Diagnósticos para Síndrome de Dependencia Grupal (Cubero, 2001). Criterios diagnósticos desarrollados por AIS para medir el grado de afectación negativa que un GMP ha tenido sobre una persona.

Por último, se utilizó una entrevista clínica semiestructurada para la obtención de otras variables de interés (clínicas, demográficas, educativas y socio-familiares) relacionadas con la pertenencia a un Grupo de Manipulación Psicológica (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1996).

Observaciones durante las visitas

Durante las sesiones, se observaba la posible presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, sentimientos de alienación e indefensión, confusión mental, vergüenza y culpa. Sumado a esto, la paciente expresaba tener pensamientos autolíticos y baja autoconfianza.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

En la Tabla 1 se pueden ver los resultados de la evaluación mediante cuestionarios psicométricos.

En el momento de la evaluación, la paciente presentaba elevada somatización, sensibilidad interpersonal, depresión y psicoticismo medidas a través del SCL-90-R. Tanto su ansiedad rasgo como su ansiedad estado fueron también elevadas, según las puntuaciones obtenidas en el STAI.

Como características de personalidad, la afectada mostraba elevada búsqueda de sensaciones y auto trascendencia, y bajas autodirección y coope-

ración. Así mismo, las puntuaciones del cuestionario RSES indicaron una baja autoestima.

Respecto a los aspectos relacionados con el GMP, los resultados del GPA-S señalaron que la paciente consideraba el grupo como peligroso, al obtener una puntuación de 98 (punto de corte 84). Finalmente, cumplía todos los Criterios Diagnósticos para Síndrome de Dependencia Grupal.

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento aplicado fue un tratamiento de orientación Cognitivo Conductual. Se trató de un tratamiento individual, durante 16 sesiones (con una frecuencia quincenal), cada sesión tenía una duración aproximada de 45 minutos.

El tratamiento se dividió en tres fases.

La primera fase fue la recepción del paciente y el establecimiento de la alianza terapéutica. Las personas afectadas por GMP sufren una serie de manipulaciones y técnicas de control mental que afectan a la manera que tienen de interpretar la realidad propia y ajena. Son un tipo de pacientes con características especiales (baja motivación, nula conciencia de trastorno, sobrevaloración positiva de su estado, deseo de presentarse como o personas sanas e independientes...), por lo tanto, suelen rechazar el tratamiento y esta es una fase esencial.

Tabla 1
Resultados de las pruebas psicométricas antes del tratamiento de la persona afectada

PUNTUACIONES PRETRATAMIENTO			
Puntuaciones SCL-90-R		Puntuaciones TCI-R	
Somatización	2,25	Bus. de Sensaciones	117
Obsesión-compulsión	1,50	Evitación del daño	92
Sensibilidad Interpersonal	1,44	Dep. Recompensa	107
Depresión	2,31	Persistencia	117
Ansiedad	1,60	Autodirección	132
Hostilidad	0,67	Cooperación	156
Ansiedad Fóbica	1,00	Autotrascendencia	89
Ideación paranoide	0,67	Puntuaciones STAI	
Psicoticismo	1,60	Ansiedad Estado	36
GSI	1,59	Ansiedad Rasgo	31
		Puntuaciones RSES	
		Autoestima	25

Durante esta fase se utilizó la escucha activa, la empatía, el interés genuino, un entorno seguro...

Una vez establecimos una buena alianza, se pasó a la segunda fase, que es la intervención en sí misma. Durante esta fase se le ofreció a la paciente información y los elementos necesarios para reflexionar sobre el grupo al que pertenecía, y sobre cómo esta pertenencia estaba afectando a su vida. Para ello se utilizó psicoeducación sobre los GMP y sobre las técnicas de manipulación coercitiva.

Después de 4 visitas, la paciente decidió abandonar el grupo y abordamos la tercera fase del tratamiento: el tratamiento de las afectaciones psicológicas generadas por el grupo. Esta parte se enfocó en lidiar con los sentimientos de culpa y otros conflictos relacionados generados por el abandono del grupo: la confusión mental, las sensaciones de inseguridad e inutilidad, los sentimientos de alienación, la ansiedad, depresión, etc., que mostraba la paciente. Para ello se utilizaron técnicas como entrenamiento en habilidades sociales y relacionales, reestructuración cognitiva, entrenamiento en gestión emocional, autoregistros, etc.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Después del tratamiento la comunicación social y familiar de la paciente ha mejorado y tiende a normalizarse, se recuperó el contacto y mejoraron las relaciones. La ansiedad que le generaban algunas situaciones como escuchar una llamada de móvil (ya que la líder le exigía atención absoluta a sus llamadas durante las 24 horas del día), algunas fechas relacionadas con el grupo, la posibilidad de encontrarse a la líder en su lugar de trabajo... ha remitido y han desaparecido los pensamientos autolíticos.

Ha cesado todo contacto con la líder del grupo y, actualmente, es capaz de mantener esa distancia y elaborar opiniones críticas respecto a la persona que mantenía control sobre ella, sin justificar sus actos, y respecto a la manipulación mental en general.

Los resultados que se presentan en la Tabla 2 son la comparación entre los resultados de los cuestionarios pre y postratamiento más relevantes.

Las puntuaciones de los cuestionarios psicométricos parecen confirmar las observaciones clí-

Tabla 2
Resultados psicométricos principales pre y postratamiento

COMPARACIÓN PRE - POSTRATAMIENTO		
Puntuaciones SCL-90-R		
	Punt. Pre	Punt. Post
Somatización	2,25	1,42
Sensibilidad Interpersonal	1,44	0,44
Depresión	2,31	1,62
Psicoticismo	1,60	0,60
Puntuaciones STAI		
Ansiedad Estado	36	25

nicas. Puede observarse una notable reducción en las vivencias de disfunción corporal, en la sensibilidad interpersonal (que podría indicar un aumento de la autoconfianza), en los síntomas depresivos, y en la escala psicoticismo, (que en este caso podría estar relacionada con sentimientos de alienación social). Finalmente, también se redujeron los niveles de ansiedad estado.

SEGUIMIENTO

Actualmente la paciente se encuentra en fase de seguimiento (6 meses), los cambios continúan siendo estables.

OBSERVACIONES

Aunque la evidencia disponible sobre aspectos psicopatológicos en miembros o exmiembros de GMP y eficacia de tratamiento para esta problemática es escasa o nula, la variedad de síntomas encontrados en investigaciones anteriores (Martin, 1993; Singer & Ofshe, 1990; West & Martin, 1996; Day and Peters, 1999) parecen coincidir con las mostradas por el caso que nos ocupa.

Por otra parte, algunos autores describen el estado psicopatológico del miembro como un estado de adicción (Galanter, 1980; Halperin & Markovitz, 1991; Rebhun, 1983). Esta comparación está basada en la hipótesis de que ciertas prácticas rituales en este tipo de grupos son capaces de desencadenar en el cerebro los mismos mecanismos que las drogas u otros comportamientos adictivos en

relación a la dopamina, serotonina y ciertas secreciones de endorfina. En el caso que nos ocupa, la paciente mostró cumplir con todos los criterios de dependencia grupal, aunque estos criterios no se encuentran validados actualmente sí aportan información clínica relevante.

Los resultados de este trabajo podrían tener varias implicaciones clínicas. Primero, para mejorar la adherencia al tratamiento y la implementación de la terapia de este tipo de pacientes, los clínicos deberían estar atentos a los niveles de motivación y conciencia de problema, esto parece ser crucial para obtener los resultados deseados. Y segundo, los clínicos deberían evaluar la psicopatología y perfil de personalidad, y tener en cuenta los resultados a la hora de decidir qué enfoque terapéutico se utilizará.

Como conclusión, la reducción en la sintomatología asociada a la pertenencia al grupo, así como el abandono de este y el aumento de la capacidad crítica respecto a su situación anterior podrían poner de manifiesto que un tratamiento de orientación Cognitivo Conductual podría ser efectivo en este tipo de pacientes.

LIMITACIONES

Siendo un estudio de caso único los resultados no pueden ser generalizados. Investigaciones futuras deberían replicarlo con una muestra mayor e incluyendo grupo control. A pesar de esto, este estudio describe con medidas estandarizadas (con medidas pre y post) el caso y tratamiento de una persona afectada por un GMP; hasta donde llega nuestro conocimiento, no existe ninguna investigación similar publicada.

RECONOCIMIENTOS

Apoyo financiero parcial fue recibido del Departament de Salut (7827829310), del Institut Català de les Dones (PS-205/14), del Departament de Benestar Social i Família, del Departament d'Acció Social i Ciutadania - ICASS - (288/3/2014) i Direcció General de Juventut (2014/00138) de la Generalitat de Catalunya, del Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports (14S01411-001), de la Regidoria d'Adolescència i Joventut (14S01546-001) del Ajuntament de Barcelona y del Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (560/IRPF 2013).

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Almendros, C., Carrobes, J.A., Rodríguez-Carballeira, A., Gámez-Guadix, M., Saldaña, O., García-Sánchez, R. & Salazar, N.** (2012). Fiabilidad Test-Retest y Validez Diagnóstica de la Escala de Abuso Psicológico en Grupo (GPA-S). *International Journal of Cultic Studies*, 3: 35–48. Retrieved from <http://www.icsahome.com/articles/fiabilidad-test-retest-y-validez-diagnostica-almendros-ijcs-2012>.
2. **Anthony, D., Robbins, T.** (2004). Conversion and “Brainwashing” in new religious movements. En J. R. Lewis (ed), *Oxford Handbook of New Religions*. Oxford: Oxford University Press.
3. **APA.** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. Edition (DSM-5). (A. P. Association., Ed.). Washington, DC.
4. **Aronoff, J., Lynn, S.J. & Malinoski, P.** (2000). Are cultic environments psychologically harmful? *Clinical Psychology Review*, 20(1): 91–111. doi:10.1016/S0272-7358(98)00093-2.
5. **Chambers, W.V., Langone, M.D., Dole, A.A. & Grice, J.W.** (1994). The Group Psychological Abuse Scale?: A Measure of the Varieties of Cultic Abuse. *Cultic Studies Journal*, 11(1): 88–117. Retrieved from https://docs.google.com/document/d/11PMGfUXuQ5ii8Pa0YyoOlj4XBWjChAXdr0TnR_CLTk/edit?copiedFromTrash.
6. **Cloninger, R.** (1999). Temperament and Character Inventory-Revised. Unpublished Data.
7. **Cubero, P.** (2001). El sectarismo como trastorno psiquiátrico. In AIS (Ed.), *Libro de Ponencias I Jornadas sobre el trastorno de dependencia grupal en los grupos de manipulación psicológica*. (pp. 17–24). Barcelona.
8. **Day, S. & Peters, E.** (1999). The incidence of schizotypy in new religious movements. *Personality and Individual Differences*, 27(1): 55–67. doi:10.1016/S0191-8869(98)00218-9.
9. **Derogatis, L.R.** (1990). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore, MD.

10. **Derogatis, L. R.** (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas-Manual. [Questionnaire of the 90 symptoms-manual]. Madrid.
11. **First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. & Williams, J.** (1996). Users Guide for the Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders — Research Version (SCID-I, Version 2.0). New York, NY.: New York State Psychiatric Institute.
12. **Galanter, M.** (1980). "Psychological Induction into the Large-Group: Findings From a Modern Religious Sect". *American Journal of Psychiatry*, 137: 1574-1579.
13. **Gutiérrez-Zotes, J.A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C.R. & Fernández-Aranda, F.** (2004). Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R). Standardization and normative data in a general population sample. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1): 8-15. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14963776>.
14. **Halperin, D & Markovitz, A.** (1991). Residential Treatment: The Potencial for Cultic Evolution. *Cultic Studies Journal*, 8: 46-61.
15. **Lilliston, L & Shepherd, G.** (1999). New Religious Movements and Mental Health, In *New Religious Movements: Challenges and Responses*, edited by Bryan R. Wilson and Jamie Cresswell, New York; London: Routledge, 123-39.
16. **Martin, P.R.** (1993). Post-cult recovery: Assessment and rehabilitation. In: M.D. Langone (Ed.), *Recovery from cults: Help for victims of psychological and spiritual abuse* (pp. 203-231). New York: W.W. Norton.
17. **Martin, P.R., Langone, M.D., Dole, A.A. & Wiltrout, J.** (1992). Post-cult symptoms as measured by the MCMI before and after residential treatment. *Cultic Studies Journal*, 9: 219-249.
18. **Pascual, J. & Vidaurrázaga, E.** (2005). Grups de manipulació psicològica a Catalunya: situació i conceptes. (AIS, Ed.). Barcelona: Desenvolupament Comunitari.
19. **Rebhun, J.** (1983). The Drug Rehabilitation Programs: Cults in Formation?. In D.Halperin (Eds.). *Psychodynamic Perspectives on Religion, Sect and Cults*. EEUU: 221-245.
20. **Rodríguez-carballeira, A., Almdros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F. & Carrobles, 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: 1-16. Retrieved from <https://docs.google.com/document/d/1iOjWMa0K9gyPEYpuTeUjiefxILZHyiRvT1dJwgpCwU/edit>.
21. **Rodríguez-Carballeira, A., Saldaña, O., Almdros, 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(1): 31-39. doi:10.1016/j.ejpal.2014.11.001.
22. **Rosenberg, M.** (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middleton: R, CT: Wesleyan University Press.
23. **Singer, M. & Ofshe, R.** (1990). Thought reform programs and the production of psychiatric casualties. *Psychiatric Annals*, 20: 188-193.
24. **Spielberger, C., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E.** (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
25. **Spero, M.H.** (1982). Individual psychodynamic intervention with religious cult devotees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170: 332-344.
26. **Spielberger C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E.** (1982). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA Ediciones.
27. **Ungerleider, J.T. & Wellisch, D.K.** (1979). Coercive persuasion (brainwashing), religious cults, and deprogramming. *American Journal of Psychiatry*, 136(3): 279-282.
28. **Vázquez-Morejón, A., García-Bóveda, R. & Jiménez, R.** (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2): 247-255. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>.
29. **Vázquez-Morejón, A., Jiménez, R. & Bellido-Zanin, G.** (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1): 37-43. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/296>.
30. **West, L.J. & Martin, P.R.** (1996). Pseudo-identity and the Treatment of Personality Change in Victims of Captivity and Cults. *Cultic Studies Journal*, 13(2): 125-152. Retrieved from <https://sites.google.com/site/mcraais/pseudo>.