

LA BOR HOS PITA LARIA

2 - 2004

abril / mayo / junio

nº 272

Humanización,
pastoral y ética
de la salud

Delimitación
conceptual de los grupos
de **manipulación**
psicológica.

Intervenciones
terapéuticas con
miembros de
“sectas”.

Plan de atención
espiritual del **Área**
Sociosanitaria en
Sant Joan de Déu -
Serveis de Salut Mental.

Pequeñas **reflexiones**
sobre los chicos y chicas
adolescentes y **SUS**
conductas.

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud

Hermanos de San Juan de Dios
Barcelona - Provincia de San Rafael

Año 55. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 2003
Número 268. Volumen XXXV

Consejo de Redacción

Director - Miguel Martín
Administración - José Luis García Imas
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Francisco Abel, M^º. Carmen Alarcón, Miguel A. Asenjo,
Manuel Cebeiro, Esperanza Cachón, Ángel Calvo,
Jesús Conde, Rudesindo Delgado, Joaquín Erra,
Francisco de Llanos, Pilar Malla, Javier Obis, José A. Pagola

Dirección y Redacción

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 Sant Boi de Llobregat -Barcelona-
curia@ohsjd.es

Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa
Variaciones sobre la escultura
"Hospitalidad" de Salvador Mañosa.

Información y suscripciones
revistas@ohsjd.es

www.ohsjd.es

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Sопorte
Válido. Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
COLOR DIGITAL - BCN

0

Lecciones de una tragedia

Pág. 5

1

Delimitación conceptual de
los grupos de manipulación
psicológica

> Olga Mussons Rojas

Pág. 9

2

Intervenciones terapéuticas
con miembros de "sectas"

> Miguel Perlado

Pág. 39

3

Plan de atención Espiritual
del área socisanitaria en
Sant Joan de Déu-Serveis
de Salut Mental

> Comisión de trabajo

Pág. 47

4

Pequeñas reflexiones sobre
los chicos adolescentes y sus
conductas de riesgo

> Jaume Funes

Pág. 77

Boletín de suscripción: Año 2003

Suscripción anual: cuatro números

España 30 €

Extranjero 45 € / \$

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono		Profesión		

Indique con una X la forma de pago que le interese

Por giro postal

Por cheque nominativo adjunto nº _____
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)

Banca o Caja de Ahorros _____

Titular de la cuenta _____

Entidad _____

Oficina _____

DC _____

Núm. de cuenta _____

Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha ____ / ____ / ____

Firma _____

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

Hermanos de San Juan de Dios, Dr. Antoni Pujadas 40,
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

www.ohsjd.es
curia@ohsjd.es
revistas@ohsjd.es

Lecciones de una tragedia

Mucho se ha escrito -y se seguirá escribiendo- sobre el atentado del pasado 11 de marzo en Madrid. Fecha ya inscrita con letras de dolor y sangre en la historia de dicha capital, de España y de la humanidad. Un determinado número de explosivos ubicados estratégicamente en unos trenes de cercanías segaban la vida a casi doscientos ciudadanos y herían, algunos gravemente, a más de un millar.

Dejamos a otro tipo de análisis los porqués, los quiénes, los fines... No es nuestra misión en este momento.

Nosotros simplemente queremos hacer una lectura sencilla en clave de hospitalidad sobre una tragedia de este tipo. Y de ella quisiéramos resaltar dos lecciones.

En primer lugar, queremos seguir afirmando que la vida humana jamás debe ser usada como moneda de cambio para nada. Su valor, su dignidad está por encima de cualesquiera objetivos, ideologías y creencias se pongan como excusa. Nadie está legitimado para atentar contra la vida de su hermano. En todo caso alguien podrá ofrecer la suya por los valores que considere merece la pena darla. Pero jamás atentará contra la de los demás.

Lección ésta que nuestra sociedad olvida con demasiada frecuencia. La vida humana la hemos ubicado en el mercado de nuestras transacciones ideológicas, políticas, económicas... La monstruosidad del atentado al que nos referimos no debiera hacernos pasar por alto el desprecio con el que tratamos a la vida humana en otros contextos menos resonantes en la opinión pública pero no por ello menos trágicos. El abandono en el inconsciente colectivo de situaciones de guerra cronificadas en países

pobres que no tienen repercusión en nuestro nivel de vida; los atentados terroristas aquí o en otros países, que no por continuados son menos dramáticos; la violencia dentro de la familia que cada año anota nuevas víctimas; los miles de fallecidos en las carreteras muchas veces consecuencia de comportamientos temerarios; los abortos “despenalizados” por la ley -70.000 en España el pasado año-; los ancianos abandonados a su suerte en sus hogares y que mueren en la más absoluta soledad... Con razón Juan Pablo II llamaba a crear una “cultura de la vida” en medio de una “cultura de la muerte” como la que vivimos.

Por otro lado, el tristemente famoso atentado pudo ofrecernos a todos la posibilidad de contemplar la solidaridad de todo un pueblo en el compromiso por la atención a la víctimas. Fueron muchas las hermosas imágenes que los medios de comunicación pudieron ofrecernos esos días, mezcladas con las tétricas propias de la masacre. Taxistas que se disponen a trasladar heridos, ciudadanos colaborando en la atención sanitaria primaria de urgencia, filas de donantes de sangre... Muchas veces nuestros ojos se humedecían al contemplar esos testimonios.

Es verdad, el dolor convoca a la solidaridad. Pero en este caso también cabría apelar a esta realidad en las circunstancias menos convulsas y más habituales de nuestras vidas. Tenemos mil ocasiones para ejercer la solidaridad en nuestro quehacer diario. Una realidad más gris pero

no menos importante. El cuidado de nuestros hijos, la atención a nuestros mayores, el acompañamiento a los enfermos, el respeto y cuidado a los seres más vulnerables de nuestra sociedad... ¡¡Qué distinta podría ser la vida si cada cual pusiera en juego en su vida ordinaria una mínima parte de ese torrente de solidaridad y hospitalidad que todo ser humano lleva dentro!!

El 11-M ha constituido un episodio que seguramente nunca borraremos de nuestra mente. Sería bueno que tampoco lo borrásemos de nuestro corazón. No para alimentar dentro de él sentimientos de venganza y odio, sino para grabar a fuego lecciones que nunca deberíamos olvidar: que el valor de la vida humana es innegociable, y que la solidaridad es aquello que nos acerca más, desde nuestra vulnerabilidad, al respeto de dicho valor.

Delimitación conceptual de los grupos de manipulación psicológica

> Olga Mussons Rojas

Psicóloga. Equipo de Asesoramiento Terapéutico de AIS

El objetivo principal de la exposición se centra en ofrecer una información básica que ayude a clarificar algunos de conceptos clave que definen a los grupos de manipulación psicológica y a la comprensión de su dinámica. Se aborda el tema desde el ámbito de la salud, comprendiendo sus tres aspectos físico, mental y social. La perspectiva es neutral y respetuosa ante la libertad de creencias como derecho inalienable y universal, se hace referencia a ella por varios motivos:

- El primero, viene dado porque algunos GMP pueden llegar a vulnerar con sus métodos algunos derechos fundamentales y libertades, entre ellas la libertad de creencias y de conciencia de sus propios seguidores.
- El segundo, porque más de un conflicto bioético que puede plantearse en el ejercicio de la asistencia sanitaria entre profesionales y pacientes, tiene su origen en la pertenencia de estos últimos a grupos de manipulación psicológica, como ciertos casos de voluntades anticipadas de los pacientes, entrando así en conflicto derechos y deberes de ambas partes.
- A nivel general, hablar sobre la manipulación psicológica y su alcance, basándose en hechos observables, en resultados de investigaciones y en la práctica de profesionales de diversos ámbitos, amplía algunas creencias particulares sobre el fenómeno de forma que se sugieren estrategias para desarrollar el asesoramiento espiritual en aquellos casos en los que el paciente lo necesite. ▶

1. Definiciones y usos de los términos: “Grupo de manipulación Psicológica y secta coercitiva”. Sinonimia.

En el mundo occidental el término secta posee un sentido religioso tradicional como subgrupo que se desliga de una doctrina u ortodoxia religiosa más amplia.

En las tres últimas décadas han ido reconociéndose connotaciones adicionales del término que amplían su significado a grupos culturalmente innovadores o transculturales, que pueden tener intereses distintos de los religiosos, como terapéuticos, comerciales, políticos, etc., como por ejemplo grupos de terapia alternativos basados en creencias dogmáticas o entidades sanadoras (espíritus, extraterrestres, ángeles...), o un sistema de cura, tratamiento o terapia basado en un dogma fijado por su promulgador.

Sin embargo, popularmente la palabra secta ha ido acentuando paulatinamente sus connotaciones más peyorativas, al asociarla a diversos acontecimientos trágicos que pueden ocurrir en el seno de este tipo de organizaciones y que son los que provocan mayor notoriedad social, entre ellos los “suicidios colectivos”.

Las dos consecuencias erróneas principales que la acepción peyorativa del término secta ha generado en la opinión pública son:

_ La primera, excesivamente restrictiva, lleva a considerar sólo como sectas los grupos que llevan a sus miembros a tales extremos destructivos.

La realidad es que la gran mayoría de los grupos de manipulación o sectas coercitivas no provocan suicidios colectivos y pasan desapercibidos bajo una apariencia de actividades y fines lícitos.

_ La segunda, por generalización automática, estigmatiza a grupos diferentes o minoritarios como peligrosos con la adjudicación sin reservas de facetas autoritarias y explotadoras extremas.

Investigadores y especialistas de diversos ámbitos (sociológico, antropológico, teológico, médico, psicológico...) han aportado matices y generado diversas expresiones y términos que subrayan características diferenciales de estos grupos, que ayudan al abandono del uso indiscriminado del término secta, como son:

- _ Una estructura autoritaria y piramidal
- _ El grado de control abusivo
- _ Un sistema de manipulación sutil coercitivo y explotador
- _ Ofrecer Información parcial y deformada sobre ellos mismos

Algunas de la expresiones más conocidas para designar a los grupos de manipulación psicológica son:

- Sectas totalitarias / Organizaciones totalitarias
- Sectas destructivas / Grupos destructivos
- Sectas coercitivas / Grupos Coercitivos
- Sectas manipuladoras / Grupos de Manipulación psicológica
- Grupos generadores de trastornos de personalidad
- Grupos generadores del síndrome de dependencia grupal
- Grupos de alto control
- Grupos de reforma de pensamiento

De la misma forma, han ido apareciendo diferentes definiciones de estos grupos también desde diversos ámbitos.

Una de las definiciones más citadas de un grupo o secta totalitario es la articulada en la conferencia Organizada por la AFF (American Family Fondation) en Wingspread (UCLA) en 1985:

“Secta (totalitaria) es un grupo o movimiento que muestra una devoción o dedicación excesivas a una persona, idea o cosa y que emplea técnicas manipuladoras no éticas de persuasión y control diseñadas para conseguir los objetivos del líder del grupo, teniendo como consecuencias el posible o seguro detrimento de sus seguidores, a sus familiares o a la sociedad en general”.

West & Langone, (1985)

Otros autores destacan algunos aspectos complementarios, citaremos algunos:

“Cualquier grupo (religioso o no) que utilice técnicas de control psicológico para suprimir la personalidad e inhibir el juicio crítico y la libertad de decisión”.

Steven Hassan, (1988)

“La secta la constituye básicamente la estructura jerárquica y de poder de la organización, no los adeptos en sí”.

Dra. Margaret Thaler Singer & J. Lalich, (1995)

“Las sectas son grupos que utilizan métodos de reforma del pensamiento para reclutar y controlar a sus miembros y utilizan como herramienta una tríada:

1. Milagro: Pensamiento mágico alrededor del líder
2. Misterio: La secrecía que oculta las creencias reales del grupo

3. Autoridad: Un régimen absolutista para utilizar a las personas.”

John Hockman M.D

Profesor de Psiquiatría, Escuela de Medicina de la Universidad de California en Los Ángeles.

Se desprende de lo comentado que las sectas coercitivas, no se definen por sus fines declarados o doctrinas; éstas, pueden ser de carácter religioso, pero también de tipo cultural, terapéutico, político, esotérico, de desarrollo del potencial humano, etc., mostrando una apariencia en general socialmente aceptable. Tampoco por su estética, costumbres o estilo de vida. El elemento que define más plenamente a la sectas coercitivas es el de los medios coactivo-coercitivos que ponen en marcha para lograr la sumisión de sus miembros y que pueden ser utilizados en cualquier tipo de organización.

Desde AIS se considera que las técnicas de manipulación que aplican sistemáticamente algunos grupos, generan en gran parte de sus seguidores un **trastorno de dependencia grupal**, que cursa con una dedicación excesiva hacia el objeto de su dependencia (líder, actividades, doctrina y su práctica, lugares y compañías,..) y que conforma un tipo de socioadicción, entendiéndose como socioadicciones a trastornos de dependencia vinculados a actividades humanas, no relacionadas con la ingesta de una sustancia química.

AIS propone una definición de GMP centrada en las consecuencias que generan las técnicas de manipulación utilizadas:

“Se considera como grupo de manipulación psicológica a aquella organización en la que se induce gradualmente a sus miembros a una devoción o dedicación excesiva, mediante la aplicación de técnicas de manipulación psico-

lógica coercitivas que generan en gran parte de sus seguidores un trastorno de dependencia grupal, en detrimento de su entorno familiar, social y de su capacidad de reflexión autónoma y crítica hacia el grupo o el líder.”

La identificación del GMP como generador de un trastorno de dependencia grupal, plantea la necesidad de incluir su abordaje terapéutico y las líneas de investigación en el amplio contexto de las dependencias.

Por otra parte, atendiendo a la dinámica del origen y desarrollo de los GMP se pueden apuntar dos modelos teóricos no excluyentes, con los cuales se está actualmente trabajando en el estudio de investigación sociológico encargado por AIS:

1. *Modelo sustantivo o conspirativo*, que considera a los GMP con una finalidad poco ética desde su principio, donde los líderes hacen de la manipulación, el autoritarismo, el dogmatismo y la provisión ilegítima de recursos los métodos para conseguir poder.

2. *Modelo pragmático y procesal*, que postula que los GMP no se crean como tales sino que se transforman en su desarrollo, por una mala praxis que lleva a las consecuencias perjudiciales para sus seguidores, manteniendo los objetivos originales.

Considerar los dos modelos posibles permite adecuarse más a la realidad del fenómeno actual, al trabajar en el estudio de casos concretos de GMP, aunque en ocasiones será difícil averiguar si hubo o no intención manipuladora desde el comienzo, o si en un momento de su evolución se transforman pasando de un modelo a otro.

Al modelo sustantivo o conspirativo corresponderían la mayoría de los grupos que surgieron en último cuarto del siglo XX, muchos de los

cuales aparecen clasificados como sectas destructivas en los listados confeccionados por comisiones parlamentarias de expertos en países europeos como Francia o Bélgica, algunos son tan conocidos como:

– **La Iglesia de la Unificación** (conocidos popularmente como los **Moon**), cuyo líder **Sung Myung Moon** ha sido encarcelado en más de una ocasión por delitos fiscales en EEUU.

– **La Iglesia de la Cienciología**, cuyo fundador **Ron L. Hubbard** fue un escritor de ciencia ficción que declaró en una entrevista que para hacerse millonario en EEUU había que fundar un Iglesia y así lo hizo.

– **La asociación de cooperación internacional Humana People to People**, vinculada a **Tvind**, cuyo líder afincado en el paraíso fiscal de la Islas Caimán, ha sido detenido en EEUU y extraditado a Dinamarca para ser juzgado también por delitos fiscales.

Al segundo modelo pragmático y procesal corresponderían casos como:

– **Terapeutas** que trabajan con técnicas alternativas en el campo de la psicología y pueden dar lugar a situaciones de dependencia grupal o individual debido a una mala praxis como la falta de dominio de la técnica, no trabajar bien la transferencia y contratransferencia, o crear falsos recuerdos en sus pacientes al utilizar técnicas semihipnóticas, etc.

– **Sanadores** o profesionales de la salud que siguen una terapia fuertemente dogmática y que influye en las creencias de los pacientes instaurando en ellos ideas sobre entes sanadores, espíritus, extraterrestres, enfermedades espirituales, procesos de purificación de culpas de esta vida o de vidas anteriores, etc.

Empresas que por una mala gestión de sus recursos humanos o de la disciplina, utilizan técnicas de alta presión, manipulación y control que pueden variar los valores de sus trabajadores induciéndolos a que el único y principal sentido de su vida sea la dedicación a la empresa.

2. Características de los grupos de manipulación psicológica

Nombraremos escuetamente algunas de las características de los GMP y sus variaciones más comunes.

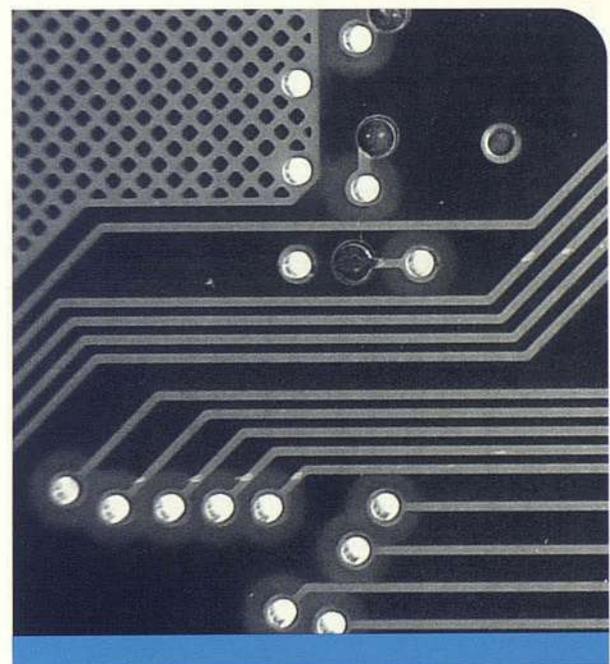
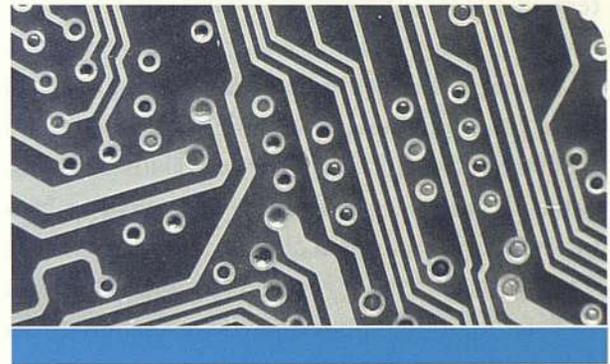
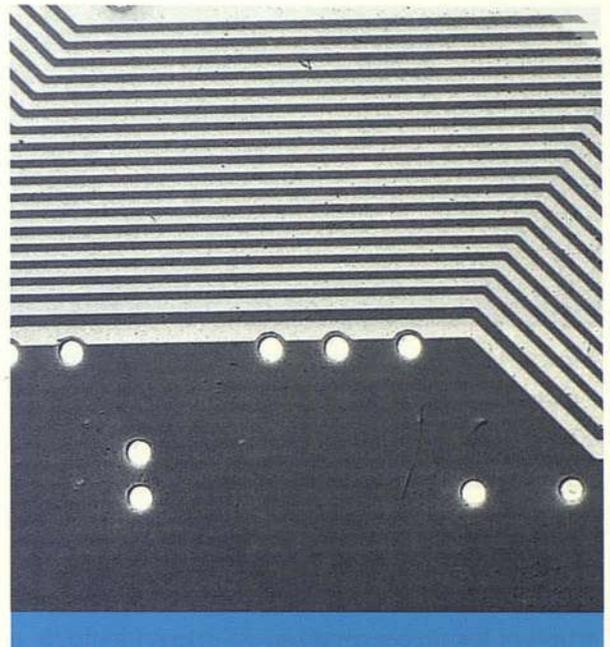
a. Líder carismático

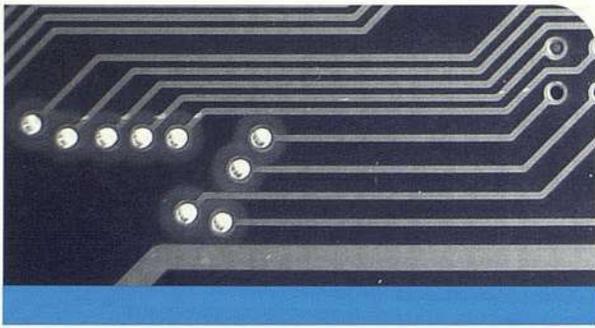
El liderazgo es personal y su autoridad descansa en las cualidades extraordinarias y sobrehumanas que sus partidarios le atribuyen y en su capacidad de convicción.

Algunos investigadores consideran que salvando las dificultades para estudiar la personalidad tipo de los líderes sectarios se pueden observar en ellos algunos rasgos megalómanos y psicopáticos.

En cuanto a las habilidades de los líderes de convicción y de movilización sobre sus seguidores, muchas veces son debidas además de a su carisma a:

- La propia convicción en las ideas megalomaniacas o mesiánicas que en ocasiones forman parte de un delirio más o menos estructurado.
- Al uso de las técnicas manipuladoras y organizativas, más que a su propia creencia en su doctrina o mensaje, que utilizan para revestirse de poder y que hacen real al conseguir el domi-





nio de sus adeptos.

_ A la combinación de ambas.

Generalmente se observa que en público o en privado el líder no sigue las normas impuestas al grupo ni los preceptos de su doctrina, ideología o terapia.

Las motivaciones de los líderes se encuentran entre las diferentes formas de poder, éstas se satisfacen posteriormente a través de los objetivos reales del grupo, que no siempre coinciden con los declarados en público.

Este logro de poder puede presentarse de diversas formas, fundamentalmente:

1. *Dominio sobre la vida física, psíquica y espiritual de los adeptos*
2. *Acumulación de recursos económicos*
3. *Influencia política*
4. *Expansión e infiltración en diversos ámbitos de la sociedad.*

Hay que resaltar que, tenga el grupo un origen conspirativo o pragmático, sus características vienen definidas, por las habilidades y las características personales del líder, sus capacidades y la naturaleza más o menos estructurada de la ideología.

Así podremos encontrar numerosas variantes de GMP, producto de las posibles combinaciones de las características del grupo, como por ejemplo

_ **El grado de rigidez y pobreza doctrinal o ideológica**, que oscilará siendo a veces su desarrollo muy complejo, enrevesado o justificada extensamente por pretendidos antecedentes históricos, religiosos, culturales o científicos. (Como es el caso de muchos grupos de manipulación esotéricos)

_ **Las posibilidades de expansión y de perdurabilidad formándose un grupo local regional, nacional o internacional** de complejidad muy diferentes. No es lo mismo un líder con capacidad para arrastrar a unos pocos seguidores que otro que crea un sistema de control y organización que mueve miles de seguidores y varias empresas y asociaciones de ámbito internacional.

_ **La jerarquización de la organización interna**, ésta también puede variar de la más sencilla formada por miembros de base y líder a una estructura piramidal ramificada y escalonada.

_ **El autoritarismo** que puede ser más o menos extremo en obediencia exigida y en sus castigos o medidas disuasorias inflingidas.

_ **El grado de aislamiento**, varía mucho si el estilo de vida del grupo corresponde al de una comunidad cerrada en la que se vive o incluso llega a trabajar al de un grupo que permita el trabajo externo y/o domicilio independiente.

_ **La sutileza e intensidad de las técnicas manipuladoras** empleadas que dan lugar a diferentes grados de control y dependencia grupal.

b. Doctrina

Es **dogmática**, la doctrina es el dogma en el que

los sujetos han de creer, a veces es muy elaborada y compleja, otras presentan un contenido más burdo, pero aunque pueda parecer (y ser) ambigua, confusa o contradictoria, a ella se le concede un valor absoluto que la sitúa en la cúspide de la pirámide de valores del adepto.

Es **elitista**, la doctrina del grupo es superior a cualquier otra, al razonamiento y la ciencia. El grupo se considera superior con respecto al resto del mundo.

Es **totalitaria**, la doctrina experta en todos los ámbitos de la vida y ostenta la omnipotencia situándose siempre por encima de la persona. Esta característica es común a todos los sistemas de creencias fanáticos, donde la vida del ser humano se supedita al ideal o dogma. Es frecuente la fragilidad racional crítica de los miembros respecto a su doctrina o ideología. Se niega el derecho a la diferencia. No aceptan las críticas que son consideradas erróneas fruto de malas influencias o mala comprensión, acostumbran a intimidar o desacreditar a sus detractores. En definitiva, los fines perseguidos por la doctrina justifican los medios empleados para conseguirlos.

c. Organización interna

Autoritaria y jerarquizada piramidalmente. En estas sectas, la representación de la autoridad es ostentada por el líder y en paralelo por su doctrina. El líder se sitúa en el vértice supremo de la estructura piramidal de la secta, lo más cercano a la divinidad.

El líder y su cadena jerárquica se reconocen fácilmente en su papel autoritario, pero los seguidores de base, inmersos en esta dinámica de hiperjerarquización también se comportan de manera autoritaria y explotadora cuando tienen personas a su cargo. Las exigencias de rendi-

miento y eficacia, y las presiones a las que está sometido le llevan a aceptar esta relación como correcta y deseable.

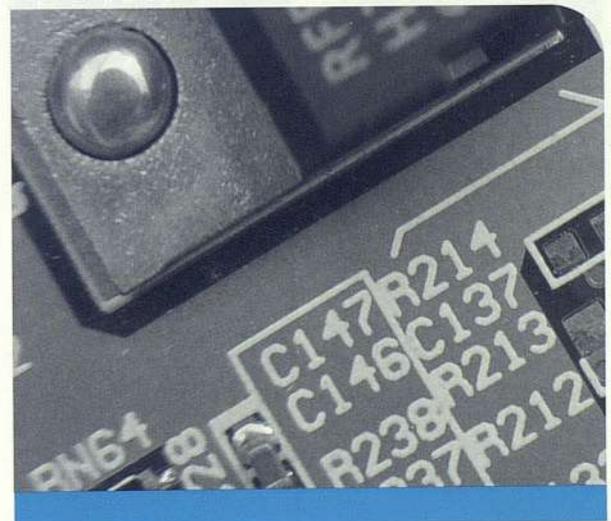
Totalitaria, es una institución con una intervención decisiva y establecida a priori en todas las facetas de la existencia de los adeptos.

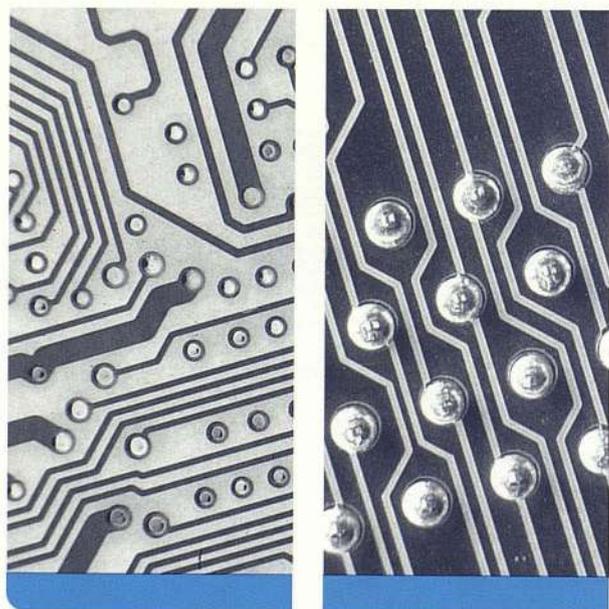
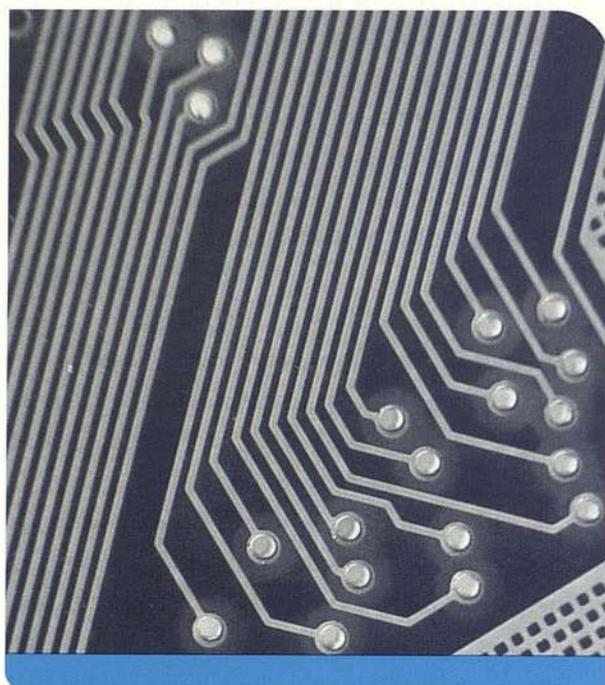
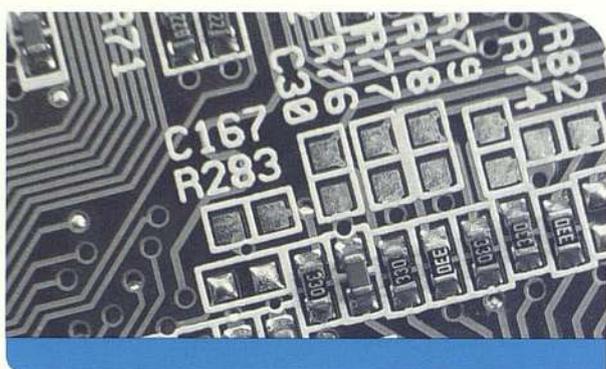
Perjudicial para sus seguidores, el síndrome de dependencia grupal y la dinámica del grupo hacen que el miembro se halle en un estado de indefensión, sumisión y manipulación que favorece el proceso de despersonalización, la tolerancia al maltrato y la explotación.

d. Relación con el entorno

Aislamiento o diferenciación social, física o mental de sus seguidores. Existe siempre un cierto grado de aislamiento y diferenciación que se consiguen mediante el control de la información, del lenguaje y del tiempo además de otras técnicas que se comentarán más adelante, que inducen a los miembros a una mayor identificación y el compromiso con el grupo.

Misión redentora o salvadora, a nivel individual y del conjunto de la humanidad. Sus seguidores realizan muchas actividades movidos por la





responsabilidad en el éxito global de la misión del grupo. En GMP no religiosos también se da esta característica, por ejemplo un grupo defensor de un método terapéutico que acabará revolucionando y ampliando la ciencia actual y/o permitirá sanar enfermedades incurables, o será capaz de resolver los conflictos entre los pueblos, o les hará más ricos y eficaces, o desarrollará capacidades extrasensoriales que permitirán el advenimiento de una nueva era...

Ofrecen información parcial o tendenciosa sobre su organización, historia, creencias, ideología, objetivos. Ocultan a los no afiliados y los nuevos miembros la mayor parte de las obligaciones, creencias y compromisos exigidos a los miembros con más grado de implicación. En este sentido **McDonald (1988, 68)** entiende que se desarrolla un doble orden, opera una doble normativa que separa los aspectos más superficiales de los más profundos, que son los que de hecho rigen eficientemente la organización.

Legitimación, buscan credibilidad organizando eventos en los que participan personalidades famosas o instituciones de renombre que no tienen porqué ser miembros o simpatizantes pero que son utilizados en su propaganda posterior, para ello también participan y colaboran con organizaciones como la **UNESCO** o **UNICEF** en proyectos que no les suponen gran esfuerzo para obtener cartas de agradecimiento de estas instituciones y de las embajadas de los países donde se lleva a cabo la cooperación. La mayoría también buscan ofrecer conferencias, cursos y actividades que tengan lugar en centros pertenecientes a la administración pública, local, provincial, autonómica o nacional, ya que la apariencia de apoyo institucional por parte de estos centros inspirará confianza y atraerán a más personas, a la vez que se usará la referencia de la institución en su propaganda.

Los GMP intentan adaptarse a las leyes de cada país en sus actividades públicas y estar legalizados como entidades religiosas o asociaciones de diversa índole, empresas, etc. Generalmente lo consiguen presentando los estatutos de funcionamiento de acuerdo a los requisitos legales exigidos, que generalmente, al menos en España, nadie se encargará de comprobar.

Infiltración y hegemonía social, en la planificación de su expansión y desarrollo buscan situar a miembros de confianza en instituciones, administraciones y servicios públicos, para aprovechar las ventajas que ello supone a nivel económico, de información y de influencias. En Francia, el presidente de la Comisión Interministerial encargada del estudio de las sectas, advertía en su informe anual del incremento de formadores en la enseñanza profesional que pertenecen a GMP y que aprovechan los cursos que imparten, muchos subvencionados por la administración, para introducir las ideas y prácticas del grupo y, si es el caso, recabar información sobre la empresa a la que pertenecen los asistentes.

Métodos de financiación, fundamentalmente a partir de las aportaciones económicas de sus seguidores en forma de cuotas, donaciones, legados, etc y de su trabajo gratuito, tanto en el mantenimiento de sus sedes e inmuebles, como en sus empresas y negocios, proyectos y propaganda. Generalmente se dedican a la venta de libros, revistas, vídeos, DVD's, CD's de propaganda. Además de estos negocios pueden también tener empresas dedicadas a actividades y campos muy diversos, los más comunes: comercialización de productos naturistas, inciensos, restaurantes vegetarianos, rastros, centros de rehabilitación de marginados y toxicómanos, agencias de viajes, tiendas de artesanía, servicios de selección de personal, recursos humanos y formación empresarial y profesional,

centros de terapias alternativas y tecnología aplicada a los mismos, etc. Algunas trabajan en el mundo de la cooperación internacional o de ayuda social para aprovechar las donaciones del público en general y las subvenciones.

Formas de adaptación. Los GMP cambian su forma de presentación y de actuación según circunstancias e intereses, no son uniformes en la aplicación de la influencia coercitiva en todos los niveles de implicación de sus miembros, al igual que presentan diferencias y variaciones en otros ejes temáticos, a lo largo de su evolución histórica y en las diferentes fases de expansión que atraviesan. Se adaptan a las leyes de cada país, y a los adelantos técnicos, funcionan como empresas a la hora de gestionar sus recursos humanos, económicos inmobiliarios, etc.

e. Formas de presentación y propaganda

Las formas de aproximación más frecuentes son:

Propaganda. Los GMP suelen desarrollar campañas de propaganda, los sistemas varían dependiendo del tipo de grupo y los recursos a su alcance, van desde el simple boca a boca, a campañas mediáticas multimillonarias, carteles, libros, anuncios, programas de radio y televisión, internet y las nuevas tecnologías se utilizan en sus estrategias sin desaprovechar ninguna de las técnicas de marketing, como en el caso de los telepredicadores que utilizan parte de su propaganda para recaudar fondos directamente.

Proselitismo, es una medida que utilizan muchos grupos para su expansión, pero también como método de mantenimiento y reafirmación de sus propios miembros en su seno, ya que las clases de preparación para ello permiten un adoctrinamiento mayor y durante su práctica las argumentaciones en los intentos de persuasión, que generalmente se hacen en compañía de otro

miembro (control mutuo). Además, tanto los éxitos como los fracasos o desplantes les unen y cohesionan más con el grupo, ya que un adepto cuando hace proselitismo y se esfuerza en contestar las dudas y críticas de sus interlocutores, necesita acallar sus propias dudas (si las tuviera) disminuyendo la disonancia cognitiva que ello supone y para ser más eficaz y persuasivo acepta y se familiariza con respuestas guiadas que implican la ocultación parcial o total de cierta información, justificando su comportamiento por el fin que persigue.

**En todos los casos
mediante sus métodos
de propaganda intentan
presentar una
apariencia atractiva.**

Los principales atractivos de esa oferta que tratan de mostrar a la persona contactada son:

1. Respuestas y soluciones que se presentan como alternativas a los problemas del individuo y el mundo.

En su propaganda, ofrecen aparentemente los medios para conseguir una mayor realización personal, social y laboral, además de ayuda y métodos fáciles y novedosos para solucionar los problemas o deseos de mejora del público en general.

2. Un grupo cohesionado bajo un proyecto común.

Los GMP tienden a mostrarse también como

grupos de iguales, colectivos pacíficos sin competitividad ni luchas internas.

La posibilidad de integrarse en un grupo compacto satisface el deseo de pertenencia del sujeto.

Resulta gratificante el poder sentirse copartícipe de una creencia o marco ideológico común y coprotagonista de un proyecto de vida, que despeja incógnitas e incertidumbres.

3. La comunicación, el altruismo y la intensificación de la vida emocional.

Los GMP se ofrecen como un espacio para la vivencia amplia e intensa de emociones y sentimientos. La afectividad, las relaciones interpersonales, la sexualidad, la ayuda a los demás y otros deseos, pueden albergar la expectativa de ser satisfechos en el seno del grupo. Significa conservar el calor humano en las relaciones en un momento en que la evolución social promueve la individualización.

También el nuevo estilo que ofrecen algunos grupos, a través de una apuesta contestataria o de una forma diferente de compromiso, puede resultar seductor. De hecho proponen un cambio en el rumbo vital que permita al individuo huir de la hipocresía, monotonía e insatisfacciones cotidianas diversas y plantarle cara a un nuevo futuro experimentando nuevas fórmulas o alternativas, con la esperanza de que representen una solución para él.

4. El logro de la realización espiritual y de la felicidad.

La promesa de salvación de sus miembros y su disposición generosa a salvar al resto del planeta. Aunque estos objetivos son globales e inconcretos, contienen sin embargo una gran fuerza movilizadora capaz de seducir a muchos contactados.

El afán de mantener enigmas y un cierto halo misterioso, así como el carácter oculto de ciertos saberes y la consiguiente necesidad de pasar por aprendizajes iniciáticos escalonados para recibir la revelación de conocimientos reservados, añade a ciertos grupos más capacidad seductora-embraucadora, sobre todo ante la población juvenil, que sigue sintiéndose enormemente atraída por el mundo de lo inexplicable, lo sobrenatural, lo esotérico y lo paranormal.

En un estudio realizado sobre ex-adeptos a sectas coercitivas, **P. Oyarzun** y **S. Durán (1986)** encontraron que los puntos más interesantes para los sujetos sobre la vida del grupo, en el momento de su contacto inicial, fueron por orden:

1. *La felicidad que mostraban sus miembros*
2. *La implicación en lo que hacían*
3. *El estilo de vida y la fuerza de voluntad*

La primera clave para el análisis de la relación entre una persona y un grupo proviene de la forma en que se constituye ese vínculo entre ambos en sus inicios.

Si la iniciativa parte de la persona que libre y voluntariamente se aproxima al grupo con interés de pertenecer a él y éste le ofrece una información clara, veraz, y completa desde el principio sobre su organización interna y externa, sus objetivos y acciones, y sobre las obligaciones que le supondrá su adscripción, nos hallamos aquí ante un proceso de afiliación.

Si en los primeros contactos el grupo pone en marcha una serie de mecanismos para lograr incorporar al sujeto a su núcleo. Si esos mecanismos poseen las características de las técnicas de persuasión coercitiva y se le oculta parte de la información antes mencionada, están poniendo en marcha un proceso de captación

con intención de imponerse al sujeto, conducir y determinar su voluntad e iniciativa; así la capacidad de decidir libre y autónomamente quedaría inhibida.

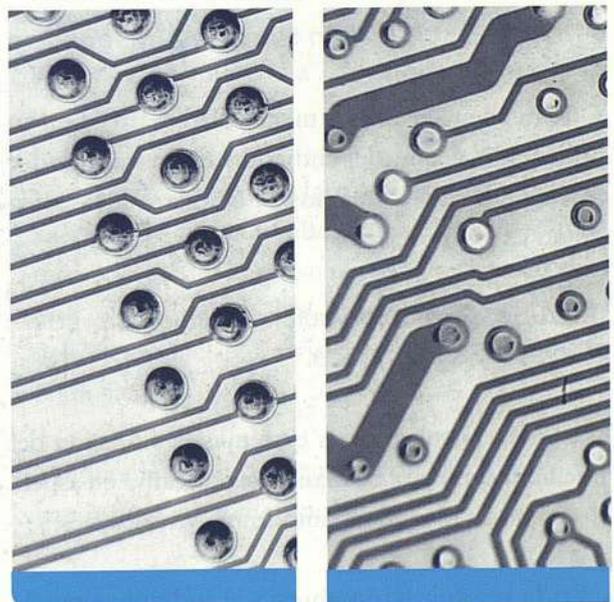
Estos dos modelos extremos de acceso de una persona a un grupo se corresponden con los polos del continuo existente entre libertad y coacción, y delimitan algo tan importante como la existencia o no de libre voluntad en el proceso de ingresar en un grupo.

Clasificación de los grupos de manipulación psicológica

Según lo descrito podemos clasificar a estos grupos estableciendo distintas categorías de cada una de los rasgos que los definen, de forma que son posibles muchas variantes no excluyentes entre sí.

A continuación se proponen algunas de las clasificaciones posibles agrupando criterios de clasificación según los siguientes ejes temáticos:

Ideología o doctrina: religiosa, política, psicoterapéuticas, comerciales, filosóficas, culturales.



Expansión: local, nacional, internacional, diferentes fases de desarrollo.

Actividades: culturales y de ocio, centros de asistencia social, sanitaria, de tratamiento de toxicomanía, de cooperación internacional

Métodos de financiación: empresas, fundaciones y bienes que pertenezcan a la asociación

Relación con el entorno: grupo que vive y trabaja en comunidad o no, y el alcance de sus métodos de propaganda y sistemas de proselitismo.

Grado de influencia sobre sus miembros: existe un espectro de influencia de consecuencias menos extremas, dependiendo de la cantidad, intensidad y tipos de técnicas de manipulación que utilicen, que afecta a diferentes ámbitos personales con distinto grado de control.

Si atendemos al proceso evolutivo y dinámico de una organización en un GMP nos encontramos con tres tipos de organizaciones:

1. *Organización abierta no manipuladora*
2. *Organización con algunos rasgos de manipulación:*
Que pueden ser más o menos sistemáticos en su aplicación y que dependiendo de la cantidad e intensidad de los mismos se colocará más cerca de un extremo u otro.
3. *Grupo de manipulación psicológica, coercitivo y sistemático.*

Así en circunstancias extremas la situación del miembro cambiará de manera significativa en aspectos como su identidad, autonomía y relaciones.

– En la organización abierta el individuo puede

conservar los rasgos identificativos de su personalidad, con capacidad de crítica a la organización y de reflexión autónoma y conservar la conciencia de desarrollo personal e ideológico.

- En los GMP se pueden llegar a generar procesos extremo de desidentificación y ruptura con el pasado, de despersonalización, favorecimiento de una nueva identidad y una dependencia grupal con las consecuencias perjudiciales para sus seguidores que se describen más adelante.

Indicadores que ayuden a identificar el grado de manipulación de una organización

A nivel grupal: observando el grado de cumplimiento y semejanza de las características diferenciales en sus métodos y prácticas, doctrina liderazgo organización, objetivos.

Generalmente es difícil la identificación de estos rasgos por la ocultación deliberada de parte de ellos, y es necesaria una investigación exhaustiva de su organización interna, no siempre al alcance de las posibilidades, que implica a veces la observación directa del grupo entrenada en detectar los procesos individuales y grupales de la manipulación psicológica, recurrir a testimonios de exmiembros, familiares y los mismos miembros teniendo en cuenta que disimulan cuando dan puntuaciones en test etc.

A nivel individual: comprobando si los miembros presentan los síntomas del síndrome dependencia grupal.

El trastorno de dependencia varía en grado e intensidad según las características y circunstancias personales del individuo y la capacidad de influencia del grupo. Es necesario valorar y descartar otras posibles causas o influencias que expliquen los cambios observados en el

individuo (cambios evolutivos, diferentes patologías, otras adicciones, hechos circunstanciales...).

Algunos criterios que nos ayudan a identificar la dependencia grupal de un individuo son:

El tiempo dedicado al grupo es excesivo y tiende a aumentar progresivamente en detrimento del dedicado a la familia, trabajo, ocio, relaciones sociales u otras actividades.

Focalización progresiva de las relaciones, actividades e intereses en torno del grupo.

Cambios de conducta de acuerdo a las normas o costumbres del grupo: en la indumentaria o cuidado de la persona, en el lenguaje, en las aficiones, en la conducta sexual.

Concede al grupo un importancia excesiva, en desacuerdo con la realidad.

Manifiesta fuertes sentimientos de pertenencia hacia el grupo y sus miembros.

Tendencia al discurso monotemático, centrado en temas relacionados con el grupo.

Reacciones de irritabilidad y angustia cuando no puede acudir a las actividades del grupo y delante de cualquier impedimento o crítica al grupo y sus miembros.

Cambios en la actitud hacia personas de su entorno previo: actitud fría y distante, mentiras, reacciones de hostilidad.

Autocrítica desmesurada de su pasado previo a la entrada en el grupo.

Tolera y justifica la explotación personal en diferentes ámbitos: laboral, económico, sexual...

Negación del problema: la persona no reconoce los efectos perjudiciales ni la pérdida de autocontrol y autonomía. Se enfada y se pone a la defensiva si alguien le sugiere los riesgos.

3. Sistema de manipulación psicológica

En las interacciones sociales cotidianas nos encontramos sumergidos en interrelaciones de influencia recíprocas de diferente grado de intensidad.

M. Langone explica, de forma esclarecedora y sencilla, la diferencia entre influencia respetuosa y manipulación. Considera que uno de los criterios clave para diferenciar los modos de influencia es el objetivo de la misma:

- _ Si el objetivo del modo de influencia recae en el **mensaje**, se respeta la decisión individuo receptor, y nos encontramos con métodos de influencia educativos, consultivos o terapéuticos.
- _ Si el objetivo recae en la **respuesta del receptor**, va dirigido a **ganar obediencia**, nos encontramos con métodos persuasivos y manipuladores que si vulneran los intereses o derechos del receptor se convierten en controladores o abusivos.

El siguiente cuadro esquematiza las diferencias entre influencia y manipulación:

Modo de influencia	Objetivo de la influencia	Método de influencia
Énfasis en el mensaje	Respeto de la decisión	Educativo Consultivo Terapéutico
Énfasis en la respuesta	Ganar obediencia	Persuasivos Manipulador Controlador

Así, un sistema de manipulación abusivo se podría definir como un modo de influencia dirigido a ganar obediencia que utiliza determinadas técnicas no respetuosas con las decisiones e intereses de los individuos sobre los que actúa.

Expresiones afines a sistema de manipulación psicológica y diferencias

Algunas de las expresiones empleadas para identificar un sistema de manipulación abusivo:

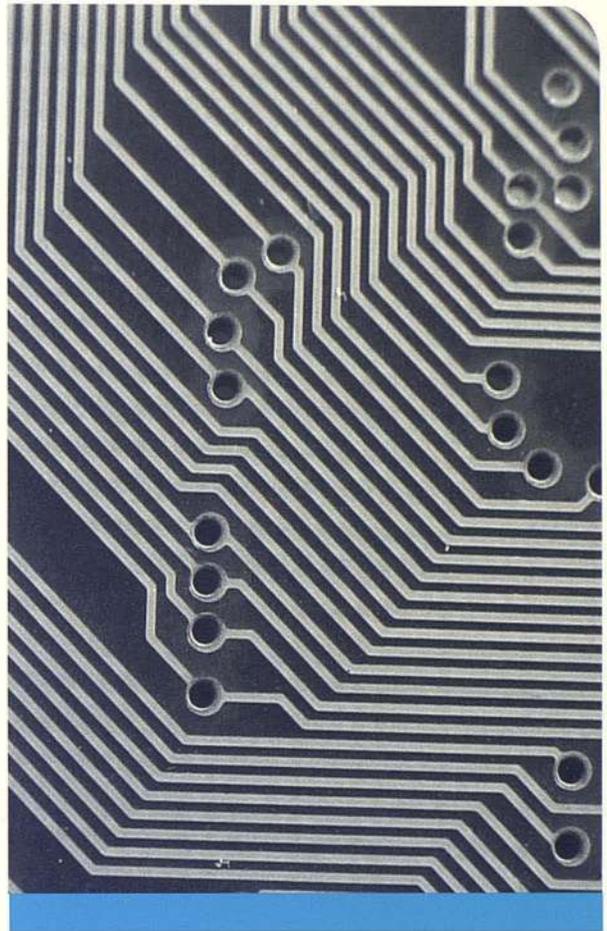
Expresión	Autor /Fecha
Lavado de cerebro	Hunter (1951)
Reforma del pensamiento	Lifton (1956)
Debilidad, dependencia y temor (DDD)	Faber, Harlow y West (1957)
Persuasión coactiva	Schein (1961)
Control mental	Desconocido (alrededor de 1980)
Manipulación sistemática de influencia psicológica y social	Singer (1982)
Programas coordinados de influencia coercitiva y control de conducta	Ofshe y Singer (1986)
Persuasión aprovechadora	Singer y Addis (1992)

M. Thaler Singer señala que un sistema de manipulación psicológica abusivo aplicado en los grupos de manipulación tiene como objetivos finales:

- _ Desarrollar en la persona una dependencia respecto a la organización y/o del influenciador, convertirla en un agente utilizable.
- _ Desestabilizar el sentido de sí misma.
- _ Conseguir que la persona reinterprete su historia y altere de manera radical su cosmovisión y acepte una nueva versión de la realidad y de la causalidad.

M. Thaler Singer muestra en una tabla los diferentes criterios al definir un sistema de manipulación psicológica según varios autores y la correspondencia entre ellos.

Criterios para la reforma del pensamiento o manipulación psicológica



Condiciones (Singer)	Temas (Lifton)	Etapas (Schein)
1. Mantener a la persona inconsciente de los cambios que tienen lugar y de lo que sucede		1. Descongelamiento
2. Control del tiempo y si es posible del ambiente físico de la persona.	1. Control del ambiente 2. Carga del lenguaje 3. Demanda de pureza 4. Confesión	
3. Crear una dependencia, sensación de impotencia personal, no siempre reconocida, temor encubierto y miedos.		
4. Supresión de la conducta y actitudes anteriores de la persona desacordes con los intereses del grupo		
5. Inculcar conducta y actitudes nuevas	5. Manipulación mística 6. Doctrina sobre la persona	2. Cambio
6. Presentar un sistema cerrado de lógica, no permitir ninguna crítica	7. Ciencia sagrada 8. Otorgamiento de la existencia	3. Recongelamiento

Conceptos básicos para comprender el control mental

A. Principios derivados de la psicología social

A partir de la experiencia política y social de la segunda Guerra Mundial, en la que personas de todo tipo y aparentemente normales tomaron parte en proyectos como el genocidio llevado a cabo en los campos de concentración, se han realizado miles de experimentos de la psicología social que han permitido descubrir y demostrar maneras de influir en las personas, ya sea individual o grupalmente que se agrupan en tres factores conocidos como **proceso de influencia**.

Factores del proceso de influencia

1. Poder de la presión de grupo como técnica en la modificación del comportamiento
2. La conformidad generalizada
3. Obediencia a la autoridad

1. Poder de la presión de grupo como técnica en la modificación del comportamiento:

Numerosos experimentos han demostrado que las actitudes conductas y respuestas del grupo ante el comportamiento de un individuo lo modelan y transforman y que las respuestas acomodativas por parte del sujeto se dan a veces de forma inconsciente.

2. La conformidad:

Un conocido experimento realizado por el doctor Solomon Asch probó que los individuos dudan de sus propias percepciones si los colocamos en un situación social donde parece que las personas en las que más confía el grupo dan una respuesta equivocada a una pregunta

3. Obediencia a la autoridad:

Stanley Milgram constató en unas pruebas de

obediencia a la autoridad que más del 90% de los sujetos voluntarios examinados obedecían las órdenes aunque creyeran que al hacerlo causarían así sufrimientos físicos a otra persona.

Milgram consideraba que: *“La esencia de la obediencia consiste en el hecho de que una persona llega a verse a sí misma como el instrumento que realiza los deseos de otro, y en consecuencia no se considera ya responsable de sus propias acciones”*

A partir de los procesos de influencia social nos es fácil entender los componentes del control o reforma de pensamiento que puede ejercer un grupo descritos por el psicólogo Leo Festinger en lo que se conoce como la **“teoría de la disonancia cognoscitiva”** que facilita la comprensión de la manipulación y control.

B. Principios derivados de la psicología

Teoría de la disonancia cognoscitiva, (Leo Festinger, 1950)

Según esta teoría los componentes básicos de un sistema control mental son: de control de comportamiento, pensamiento y emociones. Cada uno de estos componentes tiene un poderoso efecto sobre los otros dos.

Festinger resumió este principio de la siguiente manera:

“Si se cambia de comportamiento a un individuo, sus pensamientos y sentimientos se modificarán para minimizar la disonancia”.

Festinger se refiere con el término disonancia al conflicto que se plantea en un individuo ante la discrepancia entre sus pensamientos, comportamientos y sentimientos.

Un individuo puede tolerar sólo una cierta discrepancia y si alguno de los tres componentes

se modifica, los otros dos cambiarán para reducir la disonancia.

Ej. Festinger en su libro *"cuando la profecía falla"* (1956) explica una aplicación de la teoría de la disonancia cognoscitiva. El líder de un grupo de California que creía en los hombre vaticinó el fin del mundo, llegada la fecha rezaron durante toda la vigilia en grupo, al no cumplirse la profecía al día siguiente, el grupo contrariamente a lo esperado se mantenía aún más cohesionado. El líder proclamó que los extraterrestres habían sido testigos de su fe y habían perdonado a la Tierra.

La teoría de la disonancia explica este comportamiento y que se produjera una mayor identificación, Festinger cree además que el individuo necesita mantener un orden en su vida, necesita pensar que actúa de acuerdo con su propia imagen

y propios valores.

Los grupos de manipulación psicológica inducen y crean disonancias cognoscitivas y las utilizan para controlar a sus seguidores.

Para ello utilizan diferentes técnicas de manipulación psicológicas que pasamos a explicar a continuación.

C. Técnicas de manipulación psicológica

Como ya hemos descrito se suelen denominar

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15

Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90

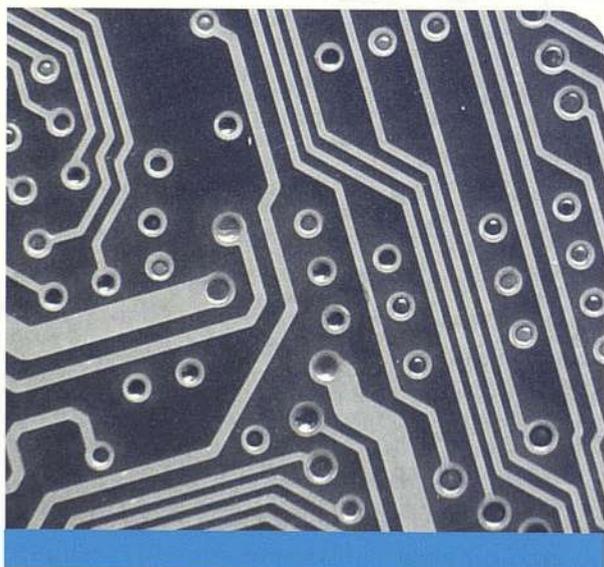
08022 BARCELONA

“técnicas de persuasión coercitiva” (o de lavado de cerebro, en forma coloquial) a todos aquellos métodos de presión, control o engaño que contribuyen a inducir la persuasión del sujeto imponiéndose sobre su libertad o limitándola.

El lugar donde más intensa y extensamente se aplican estas técnicas en la actualidad es en el seno de las sectas coercitivas. Sin embargo, cada grupo y en cada contexto utiliza tales técnicas en número, frecuencia, combinación, secuencia e intensidad variables, y con los matices y circunstancias que le son propios.

4. Descripción de las técnicas de manipulación psicológica

Mostramos a continuación la clasificación de estas técnicas en cuatro categorías, siguiendo la propuesta por **A. Rodríguez** desde una óptica psicosocial y acorde a la teoría de **L. Festinger**, en función del ámbito sobre el que se aplica la coerción:



1. comportamental,
2. el emocional,
3. el cognitivo
4. el de estados alterados de conciencia.

Veamos una descripción breve de cada uno de ellos.

1. Técnicas de modificación y control del comportamiento

_ Por las influencias grupales

Descritas anteriormente, aceptación y conformidad entre otras.

_ La aplicación de premios y castigos

Refuerzan las conductas aceptadas y inhiben las no deseadas. Estos mecanismos de modelaje de la conducta pueden ir desde una aprobación o reproche verbal hasta la coerción física en casos extremos, ya se trate de tortura, malos tratos o de cualquier otra forma de violencia física.

_ Autoritarismo del líder

Favorece conductas de obediencia a las normas impuestas por él en cualquier toma de decisiones. Un caso extremo que ha demostrado ser uno de los medios más efectivos para resquebrajar la autonomía de una persona es obligarla a pedir permiso o elementos para algunas actividades menores que cualquiera puede cumplir por su cuenta, tales como fumar, afeitarse, ir al baño, hablar por teléfono, gastar dinero o despachar cartas. Esta obligación impone al individuo un rol de sometimiento e invalidez antinatural en un adulto y abre una línea de acción expuesta a otras intromisiones y sumisiones acostumbrando al individuo a ceder. En toda estructura totalitaria, la existencia depende en gran parte de la sumisión, por eso se puede hablar del “*obedezco, luego existo*”, como cita **Lifton (1961)**.

Su autoridad es directamente proporcional a la autonomía que le han cedido sus seguidores. La sumisión y dependencia de éstos con respecto al líder y su doctrina puede llegar al extremo máximo de renunciar a su propia vida para servir al líder o la doctrina del grupo.

Técnicas de aislamiento del exterior

Con el aislamiento del sujeto y la separación de su entorno habitual previo, las sectas coercitivas pretenden el encapsulamiento, sobre todo del mundo psíquico del sujeto, también de su mundo social, y, dentro de lo posible, de su mundo físico.

Cuando una persona se halla en situación de aislamiento, su necesidad de aprobación social aumenta y se hace más vulnerable y susceptible a la manipulación interpersonal (Stevenson y Odon, 1962).

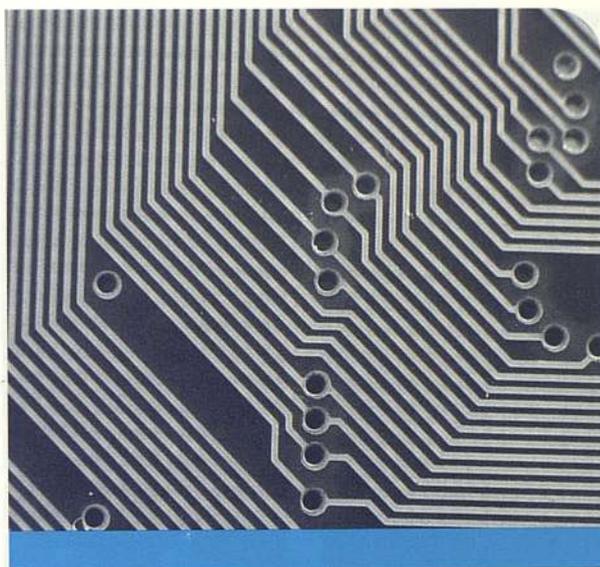
Algunos métodos de aislamiento son:

– *Control de los espacios físicos vitales*, vivir solo o independientemente, trabajar o no exclusivamente en comunidad hará que varíe el grado de aislamiento y de dependencia existencial.

– *Control del tiempo libre*, mediante un programa de actividades y responsabilidades que ocupe el tiempo destinado al ocio, relaciones sociales y actividades privadas extragrupalas y que sea incompatible con las celebraciones familiares, culturales y religiosas se consigue aislar al individuo y mantener su atención centrada en el grupo aunque esté fuera de él.

– *Sobre el entorno cotidiano* Incluimos aquí todos aquellos procedimientos que intervienen sobre el entorno próximo o medio ambiente del sujeto, controlándolo o manipulándolo.

– *La manipulación ambiental* o manipulación ecológica (Cartwright, 1965), implica que

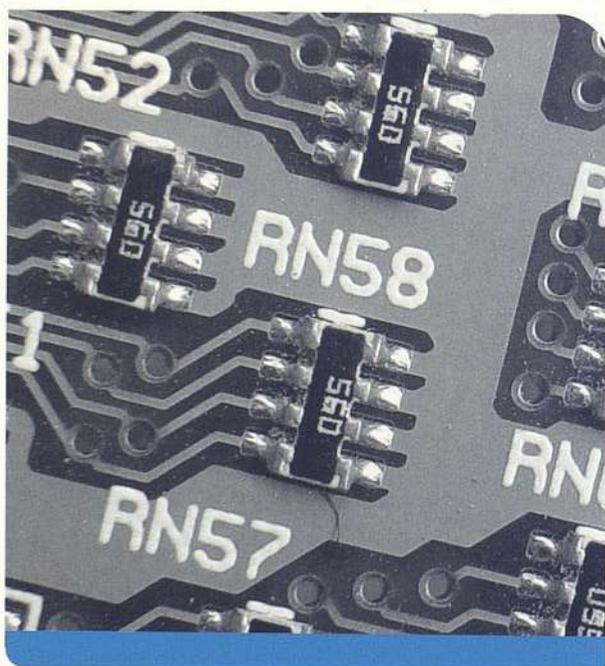
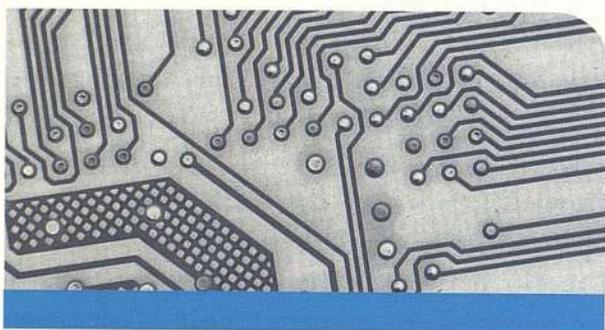
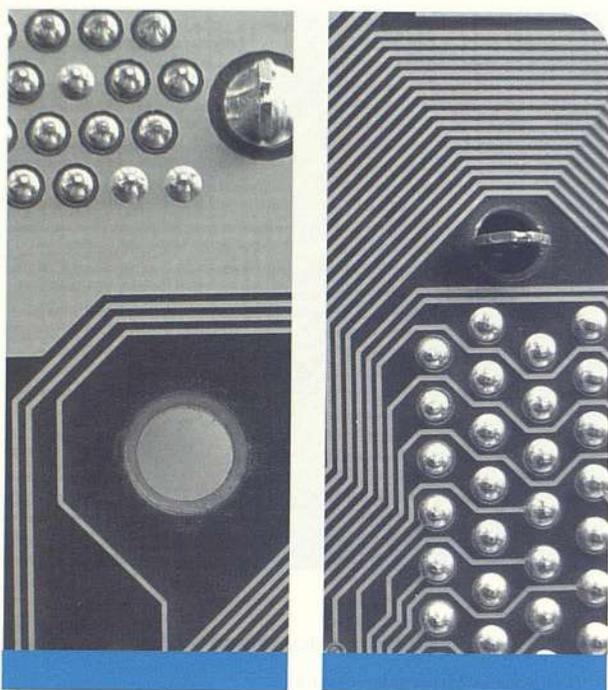


cambiando el ambiente, preparamos el terreno para la influencia social.

– *Control de la información*, separación de las fuentes de información social con el acceso a ella restringido o vedado y sin la información suficiente o filtrada por el grupo no pueden tomarse decisiones de forma libre. Algunos grupos prohíben ver o escuchar o leer a los medios de comunicación totalmente o en parte o lo que es más grave restringen la educación o escolarización de sus miembros.

– *Control de límites de relación* entre el endogrupo y exogrupo, promueve la interacción intensiva entre los miembros. Ejemplos de ello son la obligación de no asistir a fiestas sociales, prohibición de relacionarse con los exmiembros.

– *Control económico*, entrega de dinero que restringen en diferente medida las anteriores posibilidades. Si se controla la subsistencia de una persona se tiene en gran medida control sobre su voluntad. En algunos casos se entregan todos los recursos económicos, pero generalmente no es así, muchos grupos prefieren la entrada de dinero regular y el trabajo gratuito que combinan con donaciones mayores cada



cierto tiempo para que a sus miembros les quede para gastos de vivienda comida y salud de forma que no supongan un coste a la larga para la organización.

Consecuencias del aislamiento

Con el aislamiento del entorno, no sólo físico sino también y sobretodo mental emocional y social, se logra la erosión de las raíces y lazos personales y socioambientales del sujeto. Tal ruptura de vínculos con su pasado, con su red social de apoyo y con sus fuentes de información, socava la integridad del sujeto y contribuye a su desocialización y despersonalización.

Por este sistema, el sujeto se ve obligado a distanciarse y desligarse de las personas próximas, también favorece el distanciamiento de sus valores previos, del pasado y de su propia historia (familia, amigos, estudios, intereses, trabajo...) y la adquisición del patrón de comportamiento del grupo. Se realizan incluso actos rituales de renuncia al pasado en los que el individuo ha de experimentar esa renuncia a sus referentes previos como forma de liberación de una carga que le permitirá recorrer más ligero y veloz los nuevos caminos.

Progresivamente van implantando en sus seguidores la visión bipolar de buenos (nosotros = secta) y malos (ellos = resto de la sociedad) que alcanza a todas las actividades, ideas y personas; según de dónde provengan y a favor de quién estén, así serán calificadas, con la regla del "conmigo o contra mí". En las sectas se agudiza el "grupocentrismo" o tendencia del endogrupo a elaborar autoestereotipos positivos y heteroestereotipos negativos.

Los GMP otorgan en algún grado a la sociedad el rol de enemiga. Tener un enemigo común, real o inventado, es siempre una semilla de unión y

radicalización útil a estos grupos. Aquí comienza a vislumbrarse el reduccionismo simplista e inmaduro característico del fanatismo.

El control de la información y la supresión de muchas de sus fuentes limita claramente el espectro de alternativas accesibles a un individuo y en consecuencia sus posibilidades de elección (Andersen y Zimbardo, 1984, 198) y de interrelación social. Es lo que McGuire (1985, 257) llama monopolio de la presentación de estímulos y de las opciones posibles.

Se crea un estado de dependencia existencial, el control de las sectas coercitivas sobre la existencia de sus miembros no se queda en las necesidades secundarias, sino que afecta también a las primarias y básicas: alimentación, salud, limpieza, confort, relaciones, estima, etc.

2. Técnicas de modificación y control sobre la vida emocional

El mundo afectivo tiene una influencia decisiva sobre el cognitivo hace que nuestros sentimientos, emociones, esperanzas y deseos determinen a menudo nuestras convicciones y conductas. Para Zimbardo (1984, 22), el verdadero poder del control mental efectivo se fundamenta en las necesidades básicas de las personas, de ser queridos, respetados, reconocidos y necesitados.

Una fuerte intensidad de la vivencia emocional dentro del grupo contribuye además a producir un efecto de distorsión del sentido del tiempo, en cuanto a alterar la perspectiva del mismo, causando una **expansión del presente** en detrimento de lo concerniente al pasado y al futuro (similar a lo que sucede con el ciegamente enamorado que se queda absorto recreando su pensamiento en su amada) y a inducir a dependencias y adicción a las prácticas y actividades del grupo por la intensidad emocional satisfactoria.

Los procedimientos o técnicas de tipo emocional que una secta coercitiva pone en marcha para manejar a las personas, persiguen la activación de dos tipos de emociones: las positivas (como la euforia o el gozo) y las negativas (como el miedo, la culpa o la ansiedad).

Técnicas de activación de emociones positivas:
Ofrecer refuerzos sociales al sujeto en forma principalmente de sonrisas aprobaciones, aceptación, alabanzas, contacto físico y otras formas de demostrar afecto.

Creación de altas expectativas de mejora y evolución si se sigue en el grupo se conseguirá una transformación personal y la participación en la redención del mundo o proyectos que revolucionaran la sociedad.

Activación de emociones de adhesión, seguridad y agradecimiento hacia el grupo

Excesiva entrega incondicional, pretenden hacer sentir al sujeto una fuerte satisfacción emocional en el seno del grupo para que se deje llevar y tienda hacia la condescendencia y aceptación de lo que se le propone, mermando así las posibles reservas opuestas desde su razón.

Activación de emociones negativas mediante:
El uso caprichoso de la clemencia y de la severidad a la hora de aplicar premios y castigos que provoca:

1. Incertidumbre y confusión acerca del correcto cumplimiento de las normas
2. Miedo y sumisión a la autoridad
3. Ansiedad
4. Vergüenza y el sentimiento de culpa

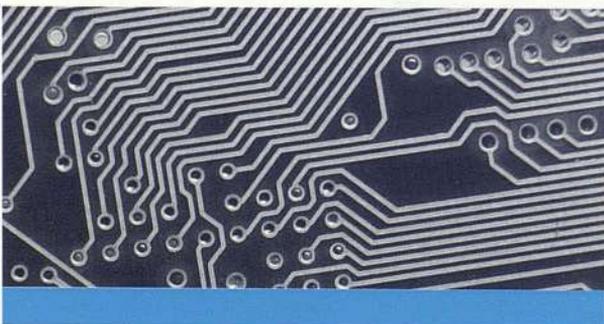
Amenazas disuasivas o compulsivas, que son una promesa de castigo con sus mismos efectos.

La inducción a fobias y miedos irracionales, como ante la idea de abandonar el grupo, muerte o enfermedad, ruina, etc.

Sobrecarga de responsabilidades, de él depende la salvación del mundo, si falla en su eficacia vencerán los enemigos.

Confesión privada o pública, con sus consiguientes muestras de debilidad y compunción, el miembro tiene el sentimiento de haber fallado y/o estar en deuda con el grupo pero al compartirlo tiene un efecto posterior de catarsis aliviadora, se alimentan además sentimientos de valoración personal por pertenecer al grupo, el adepto no es nada si no es por la clemencia del grupo, líder o doctrina, su vida cada vez tiene menos valor por sí misma.

En un sectario, cualquier trasgresión de la doctrina, pensada, ejecutada o incluso simplemente deseada, puede representar la aparición del sentimiento de culpa y traición. Además, si un adepto detecta una trasgresión en otro compañero se sentirá obligado a transmitirla a la autoridad, siempre pensando en el bien del compañero supuestamente desviado y del grupo en su conjunto. Este fomento del espionaje mutuo de comportamientos hace patente la presión de grupo para el sostenimiento del control social y de la identificación y homogeneización colectivas.



El Modelado de las emociones, su expresión, y de las relaciones afectivas es exhaustivo y no respeta la intimidad de los miembros llegando a regular las relaciones de pareja.

3.- Técnicas de manipulación y control sobre el ámbito cognitivo

El debilitamiento físico y el sentimiento de dependencia, unidos a la omnipresencia de la doctrina en los procesos de sentir, pensar y actuar del adepto, implican al menos un estrechamiento, rigidez, disminución y enlentecimiento en algunas de sus facultades cognitivas.

Veremos ahora otras técnicas que intervienen sobre los procesos de cognición del sujeto alterando la percepción y evaluación de las alternativas a su alcance y su capacidad de reflexión crítica autónoma con respecto al líder, doctrina y el grupo.

— Denigración del pensamiento crítico

Se enseña a reprimir los pensamientos propios, que se ven como deficientes e inseguros ante la infalibilidad de los del líder, adaptándose a los del grupo.

Se enseña a detener el pensamiento crítico, desviando su atención mediante oraciones, cánticos, movimientos repetitivos, frases, respiraciones, etc.

Se llega a recomendar no pensar, pensar o reflexionar es visto como obstáculo para la evolución o desarrollo personal o como un acto



de poca humildad, se convence a los miembros que serán más eficaces si siguen los pensamientos de sus profetas, líderes o maestros.

Consecuencias:

- _ Desvirtuación y renuncia de valores previos y métodos de análisis previos.
- _ Acrecienta su vulnerabilidad.
- _ Acelera la absorción de los esquemas alternativos que la secta le proporciona.
- _ Facilita su proceso de desocialización.

El axioma “**pienso, luego existo**” es sustituido por el de “**obedezco, luego existo**” (Lifton, 1961; McCoy, 1980).

La pretensión de estas sectas es promover un sistema de creencias absoluto y cerrado, que constituya lo que Lifton (1961) llama ciencia sagrada, a la que todo adepto ha de someterse y cuidar de la estricta pureza de su aplicación.

De ahí se derivará “*la mentalidad cerrada que rechaza los hechos que contradicen sus ideas o que los distorsiona para ser capaz de aceptarlos*” (Javaloy, 1988, 27).

_ Uso de la ocultación, mentira y el engaño
Distorsionando la realidad según sus intereses para ello:

Entrenan a los miembros para dar información parcial, ocultando, modificando o mintiendo sobre la organización, sus actividades y los compromisos y cambios que conllevará su adscripción. Imparten instrucciones sobre las maneras de ofrecerla adecuadamente en diferentes situaciones y a diferentes interlocutores.

Justifican esta medida alegando la protección del individuo y la garantía de la consecución de los ideales y fines últimos.

Utilizan posturas maniqueas.

Las organizaciones totales en general con la sofisticación y entrenamiento en la utilización de la mentira y el engaño consiguen que “la víctima” no se dé cuenta de la orquestación intencionada que se está aplicando sobre ella para cambiarla (Zimbardo, 1972; Singer, 1984).

_ Uso de promesas y ensoñaciones

Para satisfacer las expectativas emotivo-afectivas del sujeto e impedir con ello el análisis exhaustivo y razonado de la realidad.

El objetivo y consecuencia fundamental consiste en empujar al sujeto a un proceso de transformación y conversión guiado por grandes ideales e ilusiones, pero negándole el conocimiento sobre cuál será su tipo de vida y a qué le obligará esa conversión.

_ Demanda de condescendencia e identificación con el grupo

Es una característica general de los grupos premiar la condescendencia y conformidad y castigar la desviación de sus normas y requerimientos, pero cuando esto se realiza bajo fuertes medidas de presión podemos hablar de sistemas coercitivos de influencia.

En los grupos sectarios coercitivos la presión grupal es constante, junto con rituales y la autoridad del líder imponen sobre los miembros el sentido de sometimiento a una identidad colectiva homogeneizadora.

El adepto, al conformarse a los postulados de la secta e identificarse con su líder, obtiene un mayor sentimiento de seguridad, a costa de algún grado de infantilización mental y social.

La presión que los grupos totalitarios ejercen sobre el sujeto para que se confunda con el grupo,

se someta a la identidad colectiva, delegue allí su responsabilidad y se deje llevar como un miembro anónimo más, contribuye a generar en él un proceso de **desindividuación**.

El fortalecimiento de la identidad colectiva, bajo la exaltación del poder del grupo, sirve para crear un sentido de pertenencia a un núcleo de escogidos. El sujeto acaba adoptando la conciencia del grupo como conciencia propia.

_ Control sobre la atención

La atención puede ser conducida controlando los estímulos que se presentan, mediante dos métodos:

1. *La privación sensorial*: a través de la meditación, del aislamiento, de prácticas de no pensamiento, tareas monótonas y reiterativas etc.
2. *La sobresaturación sensorial* utilizada frecuentemente por las sectas sobre el nuevo contactado consiste en ofrecerle una sobrecarga de mensajes nuevos a los que no puede aplicar la suficiente elaboración que le permita realizar un juicio crítico y exhaustivo.

_ Control del lenguaje

En cuanto al lenguaje, si poseer una jerga común es signo de unidad y exclusividad en cualquier grupo, mucho más lo es en los sistemas cerrados de creencias, como es el caso de las sectas. Directamente vinculada con la manipulación del lenguaje se encuentra la de los símbolos.

1. Utilización de una jerga propia, que lo abarca todo, abstracta, categórica e implacable.
2. Vocabulario reducido y sobrecargado emocional e ideológicamente, que condiciona en gran manera la forma de pensar y sentir de sus miembros.
3. Ciertas palabras actúan de hecho como símbolos.

La simbología, igual que los rituales, permite a las sectas conectar con los elementos más irracionales de los adeptos y transferir a éstos órdenes y contenidos de carga más intensa y eficaz que los comunicados verbalmente.

4. Clichés doctrinales adquiridos, que son frases cortas, contundentes y claras que sustituyen a procesos de elaboración mental más complejos. Estas frases breves sirven de atajos interpretativos y conforman el llamado "lenguaje del no-pensamiento" (Lifton, 1961).

_ Caída de los valores y de las fuentes o principios de autoridad tradicionalmente aceptados por el sujeto.

Valores y principios que serán sustituidos por los de la secta que no son otros que:

1. la autoridad del líder que descansa en su carisma y en sus pretendidas cualidades sobrehumanas.
2. Los dogmas de su doctrina que es absoluta, omnipotente y experta en todos los ámbitos. Los fines perseguidos por la doctrina justifican los medios empleados para conseguirlos.

Con el aislamiento, el control de la información, la separación del sujeto respecto a su medio y a su pasado, se consuma el proceso de desocialización promovido por las sectas coercitivas.

_ Sobre los estados de conciencia

Prácticas muy diversas como hipnosis, meditación, cántico de mantras, tareas monótonas, privación o saturación sensorial, drogas, etc. pueden ser utilizadas para inducir **estados disociativos** en el sujeto.

Desde estos estados disociativos pueden incidir sobre las alternativas a tomar por el sujeto, su visión de la realidad, de sí mismo, su pasado, sus emociones y valores. Para Galper (1982),

la creación y mantenimiento de una continua alteración de estados de conciencia es una de las características más notables que aparecen en el ambiente de las sectas que usan la persuasión coercitiva.

Dentro de este sistema de generar un estado de especial susceptibilidad al adepto, se puede incluir también la estrategia de debilitarlo físicamente, bien sea mediante la imposición de un régimen alimenticio empobrecido, bien a través de la limitación de las horas de sueño, o bien por medio de la explotación de las energías hasta el agotamiento físico y/o psíquico.

La aplicación de las técnicas hasta aquí descritas persigue la transformación paulatina del sujeto y el aumento de su dependencia respecto a la secta para conseguir la conversión plena del mismo a todo un sistema de vida que puede llegar a abarcar de hasta los más ínfimos ámbitos de la existencia humana.

5. Población diana / Perfil / factores de riesgo

Los grupos suelen estar interesados en los siguientes perfiles:

1. Personas eficaces para sus objetivos, que puedan atraer más miembros, trabajar gratuitamente y aportar dinero, bienes o influencias.
2. No aceptan e incluso rechazan personas con trastornos graves de la personalidad a no ser que puedan aportar grandes ingresos o beneficios, ya que por su patología pueden ser de difícil control en sus reacciones y problemáticos en su convivencia o relación

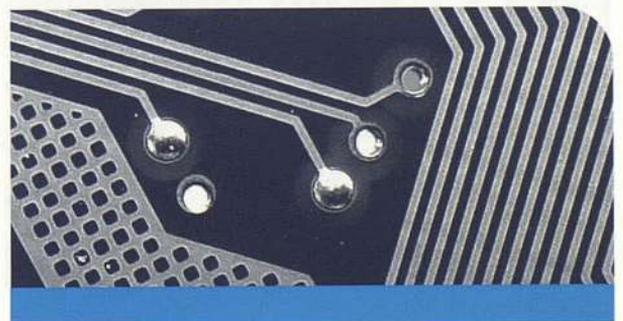
grupal. No desean riesgos ni asumir posibles gastos derivados de ninguna enfermedad o responsabilidad subsidiaria.

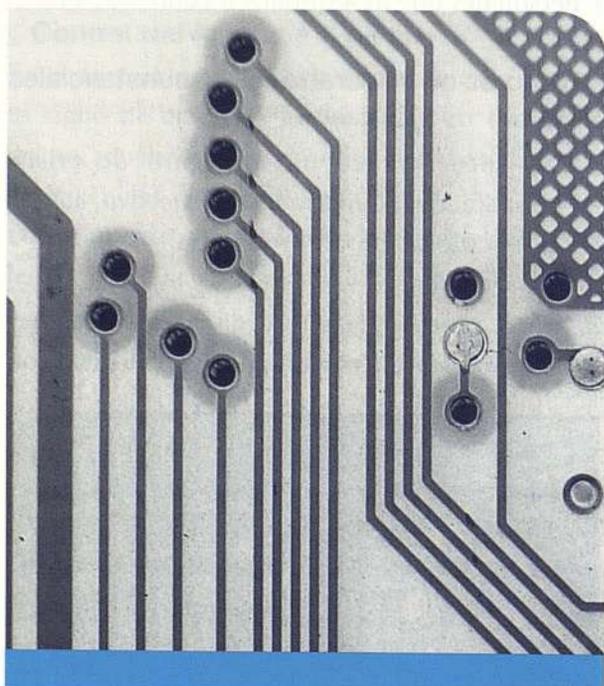
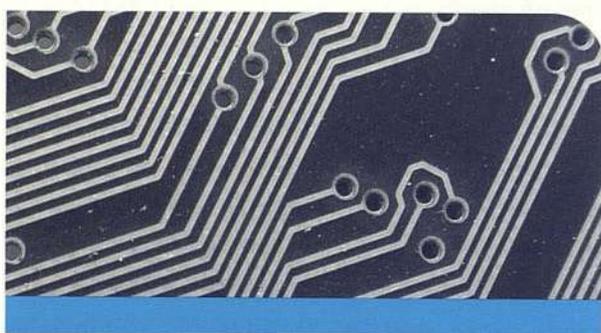
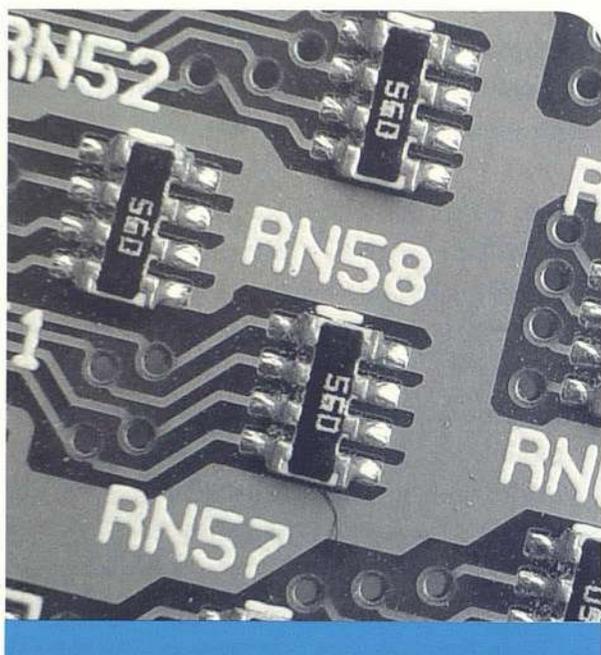
3. Sólo los grupos que específicamente entre sus actividades externas trabajan con colectivos marginados como centros de desintoxicación de drogodependientes, admiten a personas problemáticas con el objetivo de sustituir su dependencia por otra grupal, y si el proceso de conversión se lleva a cabo generalmente les explotan laboralmente haciéndoles trabajar para el grupos y su expansión.

En principio, no existe ningún perfil de personalidad definido que permita prejulgar que un sujeto va a ser miembro de un GMP en el futuro. Aquellas personas que piensan que son inmunes, pueden ser las más vulnerables, si no están informadas sobre las técnicas de persuasión coercitiva, ya que ésta actúa sobre los sentimientos y emociones, no sobre la inteligencia. Si bien no todo el mundo sería susceptible de ingresar en un GMP, la gran mayoría podría verse involucrado si se dan los factores circunstanciales y personales que describimos a continuación.

Factores de vulnerabilidad circunstanciales

1. Se encuentra en un momento de crisis, insatisfacción o inestabilidad afectiva, social, de estudios, laboral, profesional.
2. En el proceso de búsqueda para solucionar sus problemas o necesidades se encuentra con





un grupo de manipulación psicológica que aparentemente le ofrezca las soluciones que busca. Ese grupo coercitivo posee unas características en sus actividades y /o ideología que le resulte atractivo e interesante.

_ Los principales factores de vulnerabilidad personales

Conforman tendencias de predisposición personal que facilitan que un individuo se deje llevar a un proceso de captación y conversión y que le hacen más receptivo a los sistemas de persuasión y manipulación desencadenados por las sectas coercitivas. Entre los más comunes se hallan

1. Situaciones de crisis, preocupación y estrés:

- _ La ruptura de una relación amorosa
- _ La desilusión o problemas con los estudios
- _ Las pobres expectativas sobre su futuro profesional y laboral
- _ La dependencia económica
- _ La búsqueda de la propia identidad
- _ La vivencia de un conflicto en la familia
- _ La muerte de un ser querido
- _ Crisis existenciales: replanteamientos del sentido y adecuación de lo realizado hasta en momento.
- _ Crisis religiosas
- _ Búsqueda de desarrollo personal

2. Algunos rasgos de personalidad, tales como:

- _ Tendencias a la soledad y aislamiento
- _ Dificultades de comunicación y en el desarrollo de habilidades sociales
- _ Inmadurez afectiva o identidad no consolidada

- _ Dependencia
- _ Credulidad y baja tolerancia a la ambigüedad
- _ Idealismo ingenuo
- _ Un elevado sentido de insatisfacción con la vida
- _ Cuadros psicopatológicos como la depresión o estados de ánimo crónicamente negativos: fatiga, trastornos de la personalidad, baja autoestima, ansiedad, distorsiones en la imagen corporal, etc.
- _ Personalidades "buscadoras"

3. Dificultades de adaptación social:

- _ La desilusión sociocultural y la insatisfacción con la realidad cotidiana, al ver la incapacidad de la sociedad para dar respuesta definitiva a las situaciones de desequilibrio, injusticia, desasistencia, degradación medioambiental, etc. Quien enfatice estos aspectos y subraye la hipocresía y mediocridad sociales será susceptible de encontrar refugio en alternativas radicales. *Brown (1963)* considera que la inadaptación y la consiguiente búsqueda de un grupo social donde encajar están en la base de la conversión. El sujeto obtiene así una red de apoyo social de la que carecía.

4. El deseo insatisfecho de profundización espiritual:

- _ La aspiración de perfección y el ansia de trascendencia están en relación con fantasías de omnipotencia. En esta línea de deseo de enriquecimiento espiritual la dimensión religiosa adquiere un valor de refugio, a modo de macrocosmos protector.
- _ En relación con ese deseo de profundización en lo sobrenatural se halla también la atracción hacia estados de trance o similares en búsqueda de hallazgos superiores o simplemente de una desconexión y huida de la realidad que conlleve la evasión de los problemas inmediatos.

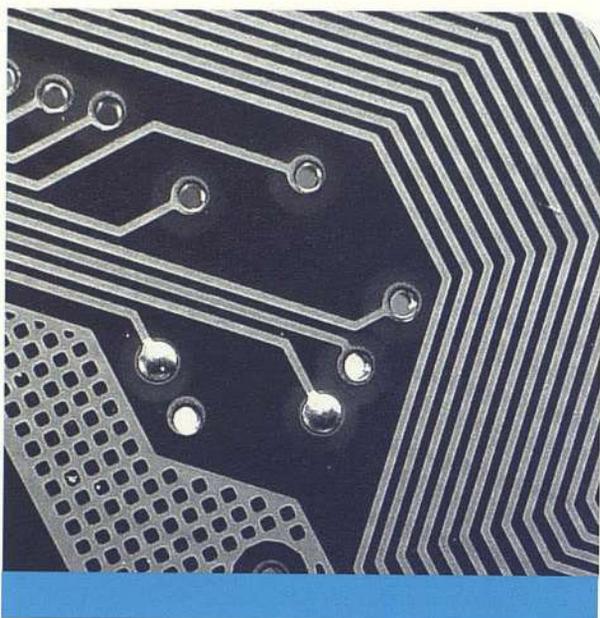
5. Un sistema familiar disfuncional:

Dentro del marco familiar, *Ash (1985)* distingue cinco aspectos de disfuncionalidad que acrecientan la vulnerabilidad de los jóvenes ante la acción de las sectas coercitivas, aunque no sólo de éstas:

- _ El síndrome de la ausencia de padre. Se da tanto por ausencia real, como por presencia mínima o por una débil relación padre-hijo, y hace que el hijo pueda ver en una secta un padre sustituto física y emocionalmente.
- _ La carencia de dirección paternal, guía, estructura y límites que permitan la preparación del joven para la autonomía e independencia.
- _ La carencia de una atención y afecto positivos e incondicionales que reafirmen en el joven el sentimiento de seguridad y el vínculo paterno-filial.
- _ La pobre comunicación familiar y el uso por parte de los padres de vínculos dobles y contradictorios con los hijos.
- _ Conflicto matrimonial permanente entre los padres, a menudo no reconocido.

6. El modelaje de los roles familiar y social:

El desempeño de roles paternos excesivamente autoritarios o condescendientes, la creación de vínculos sobreprotectores que suponen serias ataduras y originan lazos dependientes y parasitarios para el joven, el uso manipulativo por parte de los padres del vínculo afectivo con los hijos y la falta de adaptación de la familia a los distintos cambios evolutivos de la adolescencia-juventud del hijo.



7. La adolescencia y juventud.

Es una época crítica en la que el ser humano se halla en proceso de formación y maduración. En tanto que período de tránsito requiere el ajuste y adaptación del individuo al medio social enfatizando la búsqueda y consolidación de la propia identidad.

6. Consecuencias perjudiciales de un sistema de manipulación psicológica

Quien entra a formar parte de un grupo de manipulación generalmente no se da cuenta de los riesgos que conlleva.

Los procesos de control de la información, del entorno y de otras técnicas de manipulación determinan unos riesgos de consecuencias perjudiciales que varían según las características personales del individuo, su grado de adhesión e implicación y las particularidades del grupo.

– Efectos en la salud del Individuo:

1. Físicas

- Alteración del descanso, insomnio. Situaciones de agotamiento por una vida sobrecargada de actividades y responsabilidades.
- Deterioro del estado general y/o evolutivo.
- Alteraciones de la alimentación, desnutrición, dietas y hábitos alimentarios deficitarios.
- Alteraciones inmunitarias.
- Problemas de salud derivados de la falta de atención sanitaria adecuada por las creencias y prácticas del grupo (enfermedades crónicas, lesiones físicas).

2. Psíquicas

- Trastorno de dependencia grupal, inducción a la dependencia del grupo, al líder, a la doctrina y a las intensas experiencias emotivas relacionales y personales que consigue en él.
- Cambios en su personalidad y comportamiento, adecuación y reducción a la “**personalidad del grupo**”, estados de infantilización.
- Apariencia de mejora en la autoestima y seguridad sustentadas por la pertenencia e identificación con el grupo, cuando como individuo éstas disminuyen realmente.
- Inestabilidad emocional, irritabilidad y disminución de la tolerancia.
- Empobrecimiento afectivo y dificultad de mantener relaciones afectivas con personas externas al grupo.
- Pérdida, disminución, alteración o infantilización del sentido del humor.
- Pérdida del libre albedrío, restricciones en su autonomía personal con pautas de vida rígidas y limitantes de acuerdo a las normas del grupo.
- Disminución de la capacidad intelectual,

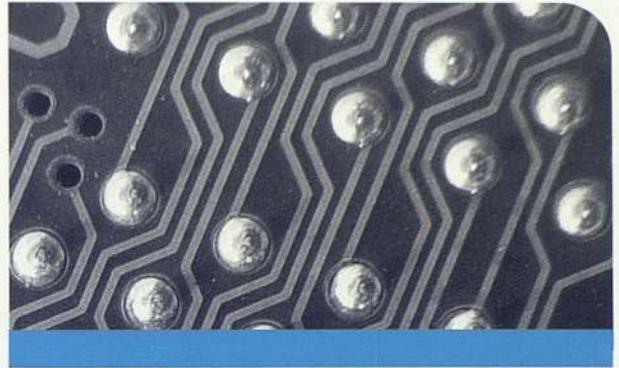
o de concentración, razonamiento restringido, pobre o rígido.

- _ Reducción en el vocabulario, cambios en el significado de las palabras respecto de su uso corriente, utilización de una jerga específica del grupo que dificulta la comunicación.
- _ Trastornos psicósomáticos.
- _ Descompensaciones neuróticas, paranoides, psicóticas o suicidas.
- _ Estados de confusión mental, miedo y pánico, culpabilidad y vergüenza, estados disociados, desdoblamiento de personalidad, pérdida de identidad, alteraciones de la percepción de la realidad.

_ Consecuencias sociales para el individuo:

1. Alteraciones en sus relaciones sociales

- _ Reducción de la capacidad de comunicarse libremente con personas externas al grupo y disminución del interés por hacerlo.
- _ Desplazamiento respecto al entorno social. Aislamiento de todo aquello que no gira en torno al grupo.
- _ Reducción de la libertad de acción y decisión por el control y presiones ejercidas por el del grupo.
- _ Censura de la información recibida de fuentes externas al grupo.
- _ Deterioro de las relaciones familiares y amistades. Alejamiento progresivo e inhibición de las responsabilidades familiares.
- _ Afectación negativa del puesto de trabajo o de los estudios. Retroceso en los niveles de formación, conocimientos técnicos y científicos, pérdida de la capacidad profesional o laboral.
- _ Pérdida o disminución de recursos económicos por aportaciones de dinero, bienes



y trabajo gratuito al grupo.

- _ El tiempo dedicado al grupo resulta excesivo en detrimento del tiempo dedicado a la familia, el trabajo, ocio, relaciones sociales y cuidado personal.

2. Repercusiones legales

- _ Incapacitaciones.
- _ Custodias o tutelas de menores.
- _ Ruptura de parejas, separaciones, divorcios.
- _ Pérdidas patrimoniales (estafas, hurtos, herencias, donaciones, etc.).
- _ Actuaciones delictivas (lesiones físicas o psicológicas, falsificaciones, vulneración de los derechos de los trabajadores, etc.).
- _ Expedición de voluntades anticipadas relacionadas generalmente con tratamientos médicos.

_ Factores de prevención

Para abordar el fenómeno de los grupos de manipulación psicológica, es necesario centrarse en ofrecer una prevención e información global y en un tratamiento individualizado de cada caso, guiados por la defensa de la salud, de los derechos y libertades de las personas.

Promover más investigación, divulgar más información sobre el fenómeno social general de los grupos de manipulación y realizar un

mayor esfuerzo dirigido a la prevención, son tres de los ámbitos de actuación a desarrollar para paliar las consecuencias perjudiciales de estos grupos a nivel individual y social.

La prevención, dentro del marco de educación para la salud física, psíquica y social de los individuos, conlleva formar personas autónomas con espíritu crítico independiente, para ello durante la formación integral del sujeto en su proceso de socialización y maduración es necesario incluir la educación de las emociones, fomentar el fortalecimiento de la autoestima y de la propia identidad de los individuos, así como dar a conocer las estrategias de persuasión e influencia social y entrenar las habilidades y recursos personales para resistirlas.

Bibliografía recomendada.

HASSAN, S. (1988), *Las técnicas de control mental de las sectas y cómo combatirlas.* / Barcelona: Urano, 1990.

JANSÀ, J.M. . (2001), *La situación actual de los grupos de manipulación psicológica. Jornada: El trastorno de la dependencia grupal en los grupos de manipulación psicológica o sectas coercitivas.* / Barcelona: AIS; Institut d'Estudis de la Salut; Servei Català de la Salut; Secretaria General de Joventut, pp. 1-16.

JAVALO, F. (1988), *Fanatismo, creencia e idealismo. I Congreso Internacional: Sectas y sociedad.* / Sant Cugat del Vallés: AIS Pro-Juventud, pp. 23-28.

LANGONE, M.D. (1993), *Recovery from cults: help for victims of psychological and spiritual abuse.* / New York: W. Norton & Company.

LANGONE, M. (1988), *Conversión a las sectas: proceso y prevención. I Congreso Internacional: Sectas y Sociedad.* / Sant Cugat del Vallés: AIS Pro-Juventud, pp. 41-52.

LIFTON, R.J. (1961), *Thought reform and the psychology of totalism.* / New York, Norton.

RODRIGUEZ CARBALLEIRA, A. (1992), *El lavado de cerebro. Psicología de la persuasión coercitiva.* / Barcelona, Boixareu Universitaria.

RODRIGUEZ CARBALLEIRA, A. (2001), *Técnicas de persuasión coercitiva y sectas. Jornada: El trastorno de la dependencia grupal en los grupos de manipulación psicológica o sectas coercitivas.* / Barcelona: AIS; Institut d'Estudis de la Salut; Servei Català de la Salut; Secretaria General de Joventut, pp. 1-16.

ROSEADLE; LANGONE (1999), *Sobre el uso del término culto.*

SINGER, M.T.; LALICH, J. (1997), *Las sectas entre nosotros.* / Barcelona: Gedisa

Intervenciones terapéuticas con miembros de “sectas”

> Miguel Perlado

Psicólogo. Psicoterapeuta.

Atención e Investigación en Socioadicciones (AIS)

El Autor hace un recorrido en la ayuda a personas inmersas en “sectas”, desde la desprogramación pasando por el asesoramiento para la salida hasta las intervenciones terapéuticas. El proceso empieza de la mano de los mismos familiares y a ellos es a quien, principalmente, va dirigida la ayuda. Por otro lado, es importante que los profesionales de salud mental estén informados y formados en este ámbito, para que puedan detectar precozmente el problema y por tanto redirigir a las familias a servicios especializados que puedan intervenir antes de que la situación se complique. ▶

* El presente artículo se basa en la presentación ofrecida en las II Jornadas de Atención Espiritual en Salud Mental, organizadas por el Servicio de Pastoral y la Unidad de Formación y Docencia de Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental, los días 22 y 23 de octubre de 2003.

De la desprogramación a las intervenciones terapéuticas

La ayuda a personas inmersas en “sectas” empezó de la mano de los mismos familiares. En torno a los setenta, algunas familias buscaron ayuda ante la observación de una serie de cambios súbitos que observaban en sus hijos y que parecían relacionarse con un grupo. La mayoría de esas familias describían situaciones de estabilidad hasta ese momento, notando un cambio radical, a menudo en un corto espacio de tiempo, de modo que el familiar afectado pasaba a dejar la escuela, distanciarse de los amigos y familia, dedicando cada vez más tiempo a un grupo que mostraba una intensa devoción, etc.

Ante tales demandas, los profesionales de salud mental tendían a tomar la demanda familiar como síntoma de conflicto generacional, sobre protección parental, rebeldía adolescente, etc. De esta forma, y de la mano de las mismas familias, empezaron a desarrollarse “**procedimientos de rescate**” basados en la idea de que si el familiar había sido “**programado**” entonces la única solución era “**desprogramarlo**”. Para ello, los familiares solicitaban la ayuda de un “**desprogramador**”, quien generalmente era un ex miembro de algún grupo. Así, se sacaba al adepto de donde estuviera y se le llevaba a un lugar apartado para que escuchara toda la información crítica sobre el grupo en cuestión; en este tipo de intervenciones, se disponía de guarida de seguridad, las intervenciones se prolongaban por espacio de una semana o incluso más, se le prevenía de no abandonar su casa, el hotel o el lugar escogido hasta que no finalizara la desprogramación, etc.

La **desprogramación** empezó a convertirse

en una técnica controvertida, entre otras cosas, porque implicaba forzar al adepto a escuchar la información crítica existente de su grupo, información que había sido suprimida en el seno del grupo.

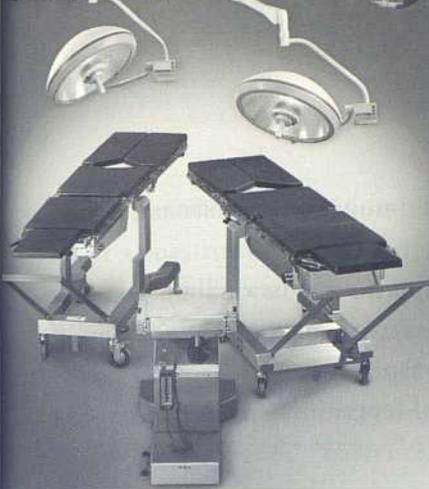
Pese a que los estudios realizados mostraron aproximadamente un 65% de éxitos en este tipo de intervenciones no voluntarias, pronto empezaron a apreciarse numerosas objeciones. Entre ellas, aparte del elevado coste económico que implicaba tal despliegue, aparecerían objeciones éticas (coerción, intensidad, no voluntariedad, posibilidad de generar daño emocional), problemas técnicos (falta de preparación, actuaciones no profesionales) y legales (denuncias contra familiares, contra los desprogramadores).

Mientras se ponían en marcha estas técnicas de rescate, otros profesionales empezaron a escuchar a las familias y a no entrar en procesos de rescate de este estilo, desarrollando procedimientos de asesoramiento que ayudaran a la familia a abrir una vía de diálogo con el adepto que parecía tener el mismo nivel de éxito que las desprogramaciones.

De este modo, empezó a ponerse en marcha un proceso denominado “**asesoramiento para la salida**”, un proceso de consultoría familiar en el cual se invitaba tanto a la familia como al adepto a participar en un conjunto de sesiones terapéutico-educativas con relación al grupo en cuestión. El objetivo de una intervención de este tipo ya no sería el que el adepto abandonara el grupo, sino dotarlo de herramientas para que la persona reevalúe su vínculo con el grupo y llegue a tomar decisiones plenamente informado.

Desde el servicio terapéutico de AIS, se ha ido reformulando este acercamiento para ir incluyendo además de la vertiente informativa, la dimensión terapéutica de ayuda al adepto, de modo que preferimos hablar antes de “**intervenciones terapéuticas**”.

Bloque Quirúrgico



Esterilización



Distribución Comidas



Lo cotidiano en un Hospital es vital para muchas personas



Sábado 3:30 de la madrugada.

Una mujer en avanzado estado de gestación es ingresada urgentemente. El parto es inminente. Con prontitud, es trasladada a la sala de dilatación donde se la prepara convenientemente para su ingreso en el quirófano.

Domingo 8:30 de la mañana. Puntualmente, la paciente toma un apetitoso desayuno. Se siente feliz: todo ha transcurrido como ella deseaba.

Detrás de esta satisfacción, toda una cotidiana y compleja organización ha funcionado de forma perfecta:

- Máxima higiene y asepsia en todo el proceso.

- Máxima seguridad y comodidad en el quirófano.

- Máxima calidad en el servicio de distribución de comidas.

Matachana, líder en el sector, lleva muchos años contribuyendo con sus equipos a que la difícil labor de todos los profesionales de un Hospital sea más eficaz y segura.

En Matachana trabajamos pensando en usted y en sus pacientes. Sabemos que un óptimo funcionamiento se basa en disponer del mejor equipo -tanto humano como técnico- que le garantice una ejecución perfecta de toda la planificación diaria de su Centro Hospitalario.

Matachana aporta soluciones concretas en cada caso con la tecnología de vanguardia que caracteriza a todos sus productos:

- Centrales de esterilización: la más amplia gama de esterilizadores y equipamiento.
- Bloque Quirúrgico: lámparas y mesas de quirófanos con la técnica más avanzada
- Bloque de cocción y Distribución de comidas: sistema centralizado o línea fría/caliente.

Matachana sabe, como Usted, que lo cotidiano en un Hospital es vital para muchas personas

000 matachana

Web: <http://www.matachana.com>

Central

Almogávares, 174
Tel. 93 486 87 00
Fax. 93 309 86 92
hospitales@matachana.com
E-08018 Barcelona
ESPAÑA

Fábrica

Hierro, 20 - 22
Tel. 93 223 26 28
Fax. 93 223 33 31
E-08038 Barcelona
ESPAÑA

División Exportación

Almogávares, 174
Tel. (+34) 93 300 85 04
Fax (+34) 93 485 43 54
export@matachana.com
E-08018 Barcelona
ESPAÑA

Matachana Argentina

Lincoln, 2572 Villa Maipu
Partido San Martín
Prov. Buenos Aires
Tel/Fax. (+54) 11 47 53 10 47
matachana@arnet.com.ar
ARGENTINA

Matachana France

4, rue Eugène Dupuis
Europarc
Tel. (+33) 01 41 94 17 80
Fax (+33) 01 41 94 17 82
hospitalier@matachana.fr
94043 Créteil
FRANCIA

Matachana France

6, rue Joseph Bosc
Tel. (+33) 05 61 630396
Fax (+33) 05 61 620664
laboratoires@matachana.fr
31000 Toulouse
FRANCIA

Matachana UK

Unit 5, Selby Business Park
Bawtry Road Selby YO8 8L
Tel. +44 (0) 1757 290 999
Fax +44 (0) 1757 291 056
sterilisers@matachana.co.uk
GRAN BRETAÑA

En cualquier caso, la intervención terapéutica con adeptos implica en buena medida *“una presentación de información en relación con los procesos de reforma del pensamiento de una manera respetuosa, ética y dentro de la legalidad”*. De hecho, este procedimiento implica *“un diálogo respetuoso en un entorno abierto, con el soporte de material educativo tal como literatura analítica, literatura interna del grupo, fuentes de información multimedia y testimonios”*.

Detección de problema

Los familiares suelen acudir en busca de ayuda profesional cuando detectan una serie de cambios repentinos en el familiar que no pueden explicar. El asesoramiento terapéutico persigue ayudar a la familia a identificar y delimitar con mayor precisión esos cambios, así como tomar algo de distancia para adoptar estrategias efectivas y acompañarles durante el proceso de ayuda en el ámbito emocional.

Entre los comportamientos que inicialmente puede preocupar a los padres figuran:

- _ Comportamiento reservado, esquivo o huidizo (silencio, secretos)
- _ Cambios en el vocabulario o la expresión (monólogos, empobrecimiento verbal)
- _ Cambios emocionales (distancia, tensiones)
- _ Cambios en las amistades (centramiento en el grupo, distanciamiento de antiguas amistades)
- _ Rechazo de actividades académicas (para volcarse en actividades del grupo)
- _ Actividades financieras atípicas (movimientos económicos variables en relación al grupo)
- _ Actitudes sexuales alarmantes (hiposexualidad o hipersexualidad)

- _ Decisiones matrimoniales repentinas (rupturas drásticas)
- _ Cambios en el punto de vista religioso
- _ Compromisos extremos con el grupo
- _ Cambios en el aspecto físico
- _ Giro vocacional repentino

Ante la detección de una serie de cambios, los familiares pasan por un proceso indeterminado de tiempo hasta que lo relacionan con la existencia de un grupo.

Algunas familias niegan el problema durante largo tiempo, otras dan el visto bueno y a otras les cuesta ver que el problema exacto del familiar es el de su compromiso con una “secta”.

Demanda de ayuda

Los familiares y/o amigos suelen pedir ayuda por motivos diversos y en diferentes momentos: cuando observan que la situación se va deteriorando cada vez más; porque sus intentos de solucionar el problema por ellos mismos no dan resultado; porque les advierte algún conocido, vecino, pariente, etc. sobre la peligrosidad del grupo; porque disponen de información de algunos grupos denunciados públicamente; o incluso porque han oído o leído alguna vez como repercuten estos grupos en las personas y lo relacionan con el problema de su hijo.

Los familiares o amigos del adepto, suelen llegar a nuestro servicio de muy diversas maneras, ya sea porque suponen de un conocimiento general de que hay un centro o especialistas que trabajan en este campo; porque otros familiares o amigos les informan de la existencia de tal centro; a través de los servicios de asistencia o información de instituciones públicas o privadas; a través de distintos profesionales (abogados, detectives, profesionales de salud mental, etc.); e incluso a través de cuerpos de policía.

Los familiares y/o amigos suelen desplegar una serie de reacciones comunes al confirmarse la existencia de una "secta" y de un compromiso con la misma:

- _ Sentimientos de culpabilidad: "¿Qué hemos hecho mal?"
- _ Desconocimiento, inseguridad: "¿Qué dirán?", "¿Qué hacemos?"
- _ Miedo: "¿Y si no sale nunca de ahí?"
- _ Acusaciones: "Nunca hizo nada bien", "Es culpa de su padre"
- _ Soledad: "Nadie nos va a entender"
- _ Rabia: "Voy a denunciar al líder", "Voy a denunciar a todo el grupo"
- _ Agobio: "Esto es demasiado para nosotros"
- _ Impulsividad: "Tiene que sacarlo ya del grupo, haga lo que sea"
- _ Conflicto: "No nos tenemos que meter, es mayor de edad"
- _ Miedo, temor: "Le va a pasar algo terrible"
- _ Rechazo, daño: "Lo ha hecho como venganza"

Entrevistas familiares

De entrada, llevamos a cabo una serie de entrevistas familiares, las que sean necesarias para

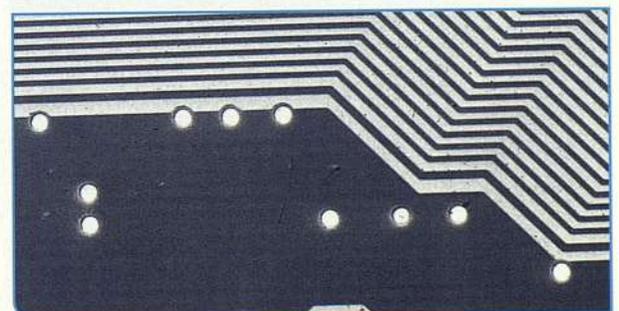
hacerse cargo de la situación y para que la familia comprenda las dimensiones del problema. La primera entrevista suele extenderse a lo largo de 1 hora y media, mientras que las restantes suelen tener una duración de una hora. Es recomendable realizar una serie de entrevistas de cara a evaluar igualmente la dinámica familiar y los recursos emocionales de la misma para hacer frente al problema.

Durante las entrevistas, nos orientamos a contener y elaborar la angustia, disminuir el funcionamiento proyectivo de los padres, ayudarlos a mantener una relación de cercanía con el adepto y a mejorar la comunicación entre ellos.

A grandes rasgos, las entrevistas familiares van encaminadas a:

- 1) delimitar el problema motivo de consulta,
- 2) discriminar entre motivos manifiestos y motivos latentes de la demanda,
- 3) determinar la existencia o inexistencia de una "secta",
- 4) trazar un diagnóstico familiar, social y relacional,
- 5) poder recoger elementos suficientes para elaborar un diagnóstico.

En el caso de que se confirme la existencia de una "secta", convendrá asimismo que recojamos toda la información disponible sobre la relación del adepto con este grupo y se valoren los recursos de la familia para hacer frente al problema.



La preparación de la familia es un paso indispensable para llegar a intervenir con el adepto.

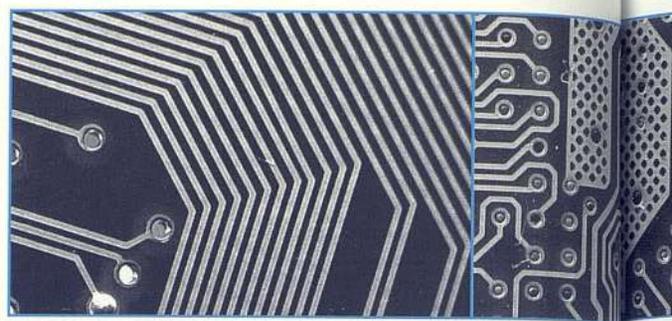
El grado de compromiso familiar, la determinación y la fortaleza a la hora de afrontar el problema determinará en buena parte el éxito de la intervención.

Durante estas entrevistas familiares, la familia deberá aprender a evitar,

- _ Decir al adepto que está en una secta, que le “lavan el cerebro”
- _ Decir al adepto que es incapaz de tomar decisiones propias
- _ Evitar argumentar doctrinalmente al adepto
- _ Criticar al grupo, sus líderes o ciertos aspectos asociados
- _ Evitar relaciones de confrontación
- _ Evitar darle sumas de dinero considerables

Asimismo, tendrá que aprender a:

- _ Abrir las vías de comunicación con el adepto
- _ No emitir juicios de valor negativos con respecto al grupo
- _ Intentar mantener una actitud neutral
- _ Mantener el interés en las actividades del adepto
- _ Reafirmar las opciones positivas y no aprobar las del grupo
- _ Negociar actividades
- _ Darse tiempo, informarse, educarse sobre sectas

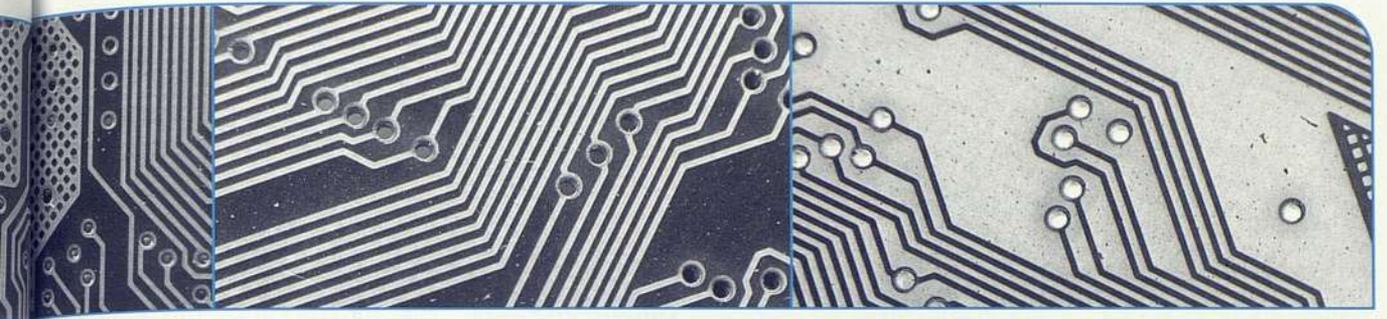


_ No sobreobsesionarse con el problema

Tras unas primeras entrevistas, se plantean una serie de entrevistas de seguimiento con tal de definir una estrategia específica de cara a llegar a una situación en la que sea posible hablar con el adepto. El grado de rapidez con que lleguemos a una situación tal, dependerá de numerosos factores, siendo en ocasiones bastante pronto poder intervenir con el adepto y en otras situaciones se dilatará durante un año o más tiempo.

Durante el proceso, algunas familias: se resignarán pensando que el adepto está dentro del grupo durante un período largo de tiempo o quizás para toda la vida; tolerarán pero desaprobarán un compromiso sectario por largo tiempo; tolerarán el compromiso sectario mientras van intentando persuadirle a reevaluar su pertenencia al grupo; tolerarán el compromiso mientras se está preparando una intervención con un experto; o incluso podrán abandonar al especialista y/o al adepto.

Sea cual sea la estrategia que se considere apropiada o la resolución final de los familiares, es importante recomendar a los familiares que no pierdan el contacto con el adepto y que además procuren mejorar la relación entre ellos, intentando evitar las discusiones y conflictos que generen tensiones y dificulten una buena relación.



Pero ésto no siempre es fácil, ya que además de las dificultades que pueda generar el miembro familiar involucrado en uno de estos grupos, las familias suelen estar muy angustiadas, sienten que a medida que pasa el tiempo es como si fueran perdiendo más a su hijo o las posibilidades de hacer algo o que las repercusiones acaben siendo muy graves, aspectos que les son muchas veces difícil de soportar.

También puede suceder que se tensionen o se agraven las relaciones maritales y familiares, pudiéndose darse acusaciones de uno a otro respecto a si son más o menos culpables u otras cuestiones, hechos que pueden dificultar el poder generar un clima familiar suficientemente bueno en miras a la solución del problema.

En la medida en que se vean posibilidades de que el adepto acepte una reevaluación voluntaria de su compromiso grupal, conviene que los familiares sepan lo que ésto significa, cómo se ha de plantear, qué condiciones son las idóneas, han de decidir qué personas serán las que han de estar presentes y saber lo que se ha de hacer tanto si la intervención es exitosa como si no.

Tales intervenciones acostumbran a realizarse en los propios hogares de las familias ya que es difícil que un adepto acepte ir al despacho inicialmente, aunque a veces puede conseguirse. Ésto se debe, principalmente, a la fuerte connotación negativa que tienen las personas y entidades que

trabajan en este tipo de problemas o a los prejuicios que acostumbran a inculcar a los adeptos hacia los psiquiatras y psicólogos dentro del ambiente de estos grupos.

Consideraciones finales

Las intervenciones con adeptos a “sectas” son procesos que pueden dilatarse por largo tiempo y en donde siempre se necesitará la colaboración de los familiares en todo el proceso.

La intervención con el adepto es el primer paso para poder ayudarle a ir tomando distancia del grupo, pero posteriormente, y si el adepto acepta continuar hablando del tema, aparecerán otras complicaciones psicopatológicas cuya

descripción excedería los límites del presente artículo.

Las intervenciones que se realizan en la actualidad, lejos de la imagen que siguen presentando algunos grupos a los seguidores, no se basan en la coerción sino en la voluntariedad del adepto.

La progresiva sofisticación de los grupos, así como la constante aparición de nuevos grupos de origen desconocido, va dificultando la tarea de ayuda a los adeptos.

Asimismo, es importante que los profesionales de salud mental estén informados y formados en este ámbito, para que puedan detectar precozmente el problema y por tanto redirigirlos a servicios especializados que puedan intervenir antes de que la situación se complique.

Espacios como el que ha ofrecido el Servicio de Pastoral y la Unidad de Formación y Docencia en Salud Mental de San Juan de Dios, sin duda contribuyen en buena medida a que los profesionales de salud mental dispongan de mayor información sobre esta problemática que no se inscribe simplemente en el registro social, sino que muestra sus efectos en la clínica.

Bibliografía

HOCHMAN, JOHN (1990). *Miracle, Mystery and Authority: The Triangle of Cult Indoctrination.* / *Psychiatric Annals*, 20 (4), 179-187.

LANGONE, MICHAEL D. (1994). *Clinical Update on Cults.* / *Psychiatric Times*, July 1996.

LANGONE, MICHAEL D.; & MARTIN, PAUL (1993). *Deprogramming, Exit Counseling, and Ethics: Clarifying the Confusion.* / *The Cult Observer*, 10 (6), 10-11.

LIFTON, ROBERT (1989). *Thought Reform and the Psychology of Totalism.* / North Carolina: Chapel Hill.

SIRKIN, MARK I.; & WYNNE, LYMAN C. (1990). *Cult involvement as relational disorder.* / *Psychiatric Annals*, 20(4): 199-203.

Plan de atención Espiritual del área sociosanitaria en Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental

> Comisión de Trabajo

Manuel Bergadà, médico y coordinador del Área Sociosanitaria; Felipe Romanos, enfermero y supervisor del Área Sociosanitaria; Marta Canals, trabajadora social; Joaquín Del Pino, enfermero; Mercedes Roca, médico; Sandra Meroño, enfermera; M^a Carmen Márquez, agente de Pastoral y Jesús Etayo, responsable del Servicio Religioso.

Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Presentamos un nuevo trabajo promovido por el Servicio Religioso de Sant Juan de Déu, Serveis de Salut Mental. Se trata en esta ocasión del Plan de atención espiritual del Área Sociosanitaria de esta Institución que atiende a 183 pacientes distribuidos en cuatro unidades: tres básicamente psicogeríatras y una de convalecencia.

El trabajo resulta de mucho interés porque reflexiona sobre la dimensión espiritual y religiosa en estas personas, teniendo en cuenta su patología mental, trata de poner luz en las necesidades que afectan a esta dimensión y propone instrumentos para explorar este campo e intervenciones terapéuticas para atender sus necesidades.

Es una buena aportación para la asistencia a las personas mayores en unidades de psicogeriatría y para los profesionales que las atienden. ▶

1. Introducción

1.1 Fundamentación de la asistencia espiritual

Diversas instancias y entidades nacionales e internacionales tienden cada vez más hacia una visión holística de la persona y de todo lo que tiene que ver con la salud, la enfermedad y la asistencia. Destacamos a la OMS, quien define la salud en 1947 como *“Completo bienestar biopsicosocial y no sólo la mera ausencia de enfermedad”*. La Ley general de sanidad de 1986 teniendo en cuenta la pluralidad de ideas, condiciones sociales, económicas etc. dice *“Todos los ciudadanos tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminadas por cuestiones de raza, sexo, moral, sociales, ideológicas, económicas, políticas o sindicales”*.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, apuesta desde siempre por esta visión global: *“Deberemos dar una asistencia que considere todas las dimensiones de la persona humana, biológica, psíquica, social y espiritual”*. (Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria, 5,1). Insiste en el cuidado y la importancia que tiene también la atención espiritual: *“Hablar de atención integral implica atender y cuidar la dimensión espiritual de la persona como una realidad esencial y relacionada con las otras dimensiones del ser”*. (Idem, 5.1.3.2)

Nuestra propia Institución, Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental, definió en nuestro Modelo Institucional aprobado en 1994: *“La asistencia ha de dirigirse siempre al individuo singular en su globalidad. Esto quiere decir que es preciso atender sus necesidades tanto biológicas, como psicológicas, sociales y espirituales”*.

Teniendo en cuenta lo que acabamos de indicar y con el fin de detectar, valorar, acompañar y atender las necesidades espirituales y religiosas del Área Sociosanitaria de nuestra entidad, nos proponemos elaborar un plan de acción integrado dentro del modelo de atención de dicha Área.

1.2 Dimensión espiritual y dimensión religiosa

La salud de una persona depende de un equilibrio de factores físicos, psicológicos, culturales y espirituales. La espiritualidad se suele identificar como el factor importante que ayuda a lograr el equilibrio necesario para mantener la salud y el bienestar y afrontar la enfermedad.

**Aunque sea de forma breve
es necesario definir y
diferenciar lo espiritual
de lo religioso.**

La **DIMENSIÓN ESPIRITUAL** hace referencia a la intimidad, a lo invisible del hombre. Engloba los siguientes campos:

- _ La respuesta por el sentido de la vida (del amor, de la felicidad, de la enfermedad, sufrimiento, muerte.)
- _ Los valores fundamentales que orientan nuestra vida, nuestras acciones y relaciones.
- _ Las creencias de naturaleza filosófica y religiosa (incluida la relación y la apertura a Dios)

Se expresa en todas las personas y abarca todos los aspectos de la vida. Pertenece a la singularidad de cada persona y está en constante

desarrollo. La cultura, el entorno social, la familia etc, tiene mucho que ver en la vivencia y desarrollo de la espiritualidad de las personas.

La DIMENSIÓN RELIGIOSA es el resultado de una relación particular con un ser trascendente (Dios) que tiene que ver tanto con la pregunta sobre el significado como con la escala de valores. Está organizada en torno a un credo/fe compartido por un grupo o comunidad. Evidentemente la cultura tiene mucho que ver en la pertenencia a una concreta tradición religiosa u otra. Según la historia propia cada uno elabora diversas imágenes de Dios y su forma de obrar en el mundo, positivas o negativas.

La dimensión espiritual abarca un espacio mayor que la religiosa. Hay un elevado número de personas que no se adscriben a ninguna religión o confesión religiosa, pero poseen una rica vida espiritual.

1.3 Psicología y experiencia religiosa

El fenómeno religioso puede ser estudiado desde diversos puntos de vista: antropológico, histórico, filosófico, teológico.... y psicológico. Cada uno nos dará unas aportaciones muy válidas.

En nuestro caso nos interesan dos aspectos de forma especial: el estudio psicológico que nos permita valorar la génesis, estructuración y evolución de la experiencia religiosa en el ser humano y por tanto en la persona discapacitada psíquicamente. También es necesario, aunque sea de forma breve, echar una mirada al punto de vista teológico, que nos permite hablar de Dios, más allá de puras invenciones o derivaciones humanas. Hablaremos primero desde la psicología:

“Especialmente desde el psicoanálisis y con muchos matices sobre los que no abundaremos en esta breve introducción, encontramos bastantes aportaciones acerca de la génesis, estructura

y evolución de la experiencia religiosa. Y es que dicha experiencia, como toda experiencia humana, se expresa toda ella psicológicamente. No hay experiencia religiosa, por sublime que sea, que no tenga un correlato en nuestra mente, ya sea consciente o inconsciente”. (Jordi Font, pág.32).

En este sentido citamos por ejemplo a tres autores que explican este desarrollo, repito con matices y diferencias: Jordi Font; Giacomo Dacquino y Carlos Domínguez.

“La relación con el otro, el origen de la alteridad adulta y del trascender, se produce modulada por las primitivas percepciones de los objetos parentales (relación con el padre y la madre). Si el niño ha podido tener una buena experiencia de las primeras relaciones padre-madre, y de personas y situaciones análogas, se va configurando en su mente aquello que le permite vivir una experiencias psicológica sana (qué es confiar, creer, Dios...). Si las vive con dificultad, se para el proceso de simbolización, resulta escaso o distorsionado, entonces pueden producirse dificultades, patologías y déficits en la relación con Dios”. (Cf. J. Font, pág.54-55).

Por tanto la relación del niño con la madre y el padre (desarrollo afectivo del niño) y su capacidad de simbolización (capacidad creativa de trascender el niño su experiencia sensorial. Es básica la función simbolizadora para acceder a la experiencia de trascendencia. El símbolo es el vehículo para conectar con lo que no podemos expresar), son los elementos esenciales desde los que se genera la experiencia religiosa del ser humano y que en buena parte determinarán su evolución.

En este proceso evolutivo pueden darse distintas posibilidades:

— El proceso puede quedar retardado o detenido,

o bien tomar caminos diversos al que conduce la relación personal. En este último caso nos encontramos las “religiosidades” tan abundantes hoy en día, que son una especie de “tanteos” de lo religioso y que a veces pueden derivar hacia situaciones de dependencia sectaria o incluso perversa.

- _ Puede ocurrir que el sujeto no esté en actitud de creencia en su relación con Dios; en este caso el individuo tiene un conocimiento intelectual de Dios, pero no una “**experiencia**” referida a Dios.
- _ O bien puede ocurrir que el sujeto crea en Dios; entonces tiene una experiencia que puede abarcar toda una gama de vivencias: discurso, voluntad y conocimiento, experiencias afectivas (consoladoras y desoladoras) ... e incluso experiencias místicas.

La experiencia religiosa, e incluso mística, es posible vivirla de forma madura y sana. Se produce cuando se trata de un proceso que tiende al crecimiento emocional y personal del sujeto. Esto se manifiesta en la capacidad de irse desprendiendo de los rasgos más narcisistas y egocéntricos a favor del respeto y la estimación del otro: Dios y el prójimo. Con este crecimiento también se desarrollan las capacidades relacionales que devienen satisfactorias para el propio sujeto y para los demás. Se da en las personas que han desarrollado dicho proceso adecuado de maduración y además son creyentes y admiten la realidad de la existencia de Dios.

Teniendo en cuenta lo indicado, podríamos definir:

1. Momentos distintos de madurez en la relación con Dios, como reflejo de la propia madurez personal.

2. Formas distintas de entender a Dios, según distintos tipos de patología mental y Formas patológicas de organización religiosa (Ver Modelo Atención Espiritual Trastornos Psiquiátricos 4-7)

Decíamos que también nos interesaba hablar, aunque sea brevemente, de la experiencia religiosa desde el **punto de vista teológico**.

Desde la fe hay que decir también que Dios no es un objeto inventado o que surge del efecto derivador de una experiencia psicológica. Una cosa es que la experiencia religiosa tenga un correlato en nuestra mente (que se exprese psicológicamente) y otra muy diferente que la mente sea quien cree e invente a Dios. Este es un objeto autónomo respecto del hombre, distinto. Es el gran **OTRO**.

Esto quiere decir que, al margen de las lagunas, deficiencias e incluso patologías religiosas que puedan existir, Dios -el Dios cristiano, de Jesucristo- es un Dios bueno y misericordioso que crea, ama y quiere a todos los hombres. Que todos son dignos ante Él, incluso siguiendo el Evangelio, los más necesitados son sus preferidos. Por tanto, sea cual sea el grado de deficiencia o patología de nuestros pacientes, todos son sujetos de atención espiritual y religiosa, todos tienen derecho a participar en las celebraciones etc... y ofertas religiosas, al margen de las dificultades que tengan para ello. Todos, y es lo más importante, pueden abrirse y establecer relación con el Trascendente, que les quiere, les acoge, comparte con ellos su existencia y les llena de esperanza.

Así lo reconoce la propia Iglesia desde siempre y como no podría ser de otra manera: *“Evangelizar la discapacidad grave significa proclamar con palabras y hechos que esta humanidad vulnerable, desechada y desprestigiada, ha sido especialmente amada por Jesucristo.*

Que Dios en su Verbo encarnado, pero también en la discapacidad grave, ha dado a cada cosa su ser y ha llamado a los hombres a la vida eterna".

Son palabras del Papa Pablo VI, perfectamente aplicables a nuestros pacientes.

4.- La espiritualidad y religiosidad en el mundo de los ancianos

Aunque estamos tratando del Área Sociosanitaria de nuestra Institución, nos referiremos básicamente al mundo de los ancianos, debido a que en gran parte son los que la constituyen. A excepción de un grupo relativamente pequeño de la Unidad de Santo Ángel, el resto de pacientes son ancianos, en su mayoría con patología mental que ya padecían antes de arribar a la vejez.

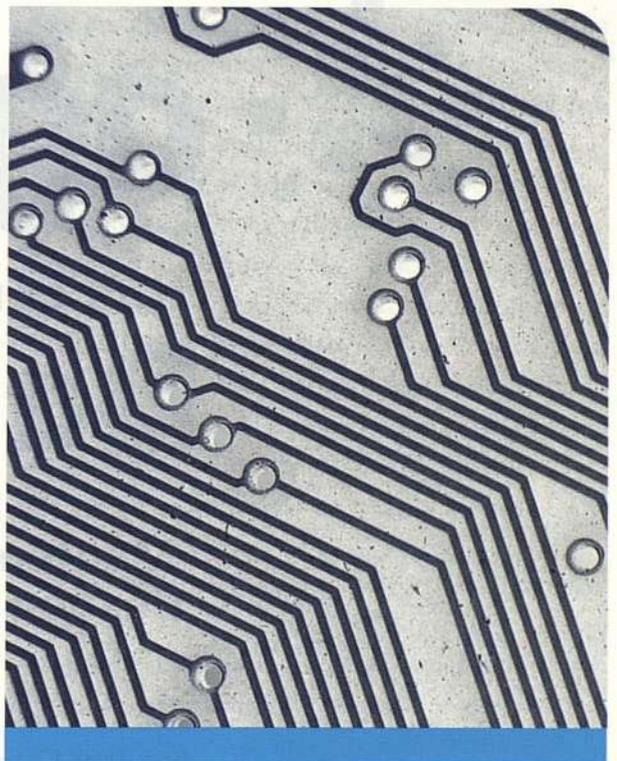
Sociológicamente es un hecho que la ancianidad esta aumentando muchísimo en nuestra sociedad, debido a múltiples causas entre las que no son poco importantes el aumento de la esperanza de vida, la mejora en las condiciones laborales y de vida en general, los avances de la ciencia médica etc. Junto a esta buena noticia se suceden distintas problemáticas familiares, sociales, asistenciales y económicas que en ocasiones son fuente de contradicciones y paradojas para nuestra sociedad del bienestar.

Como en cualquier etapa de la vida, la vejez tiene su **propia psicología**, si bien no podemos generalizar. A grandes trazos podemos señalar algunas características: una psicología marcada por la temporalidad (se mira al pasado lleno de recuerdos pero se otea en el horizonte el final, la muerte); una muerte biológica que comienza a ser más patente que en otras etapas con el deterioro del organismo. El momento de la jubilación marca un momento clave, pasar al grupo de los jubilados, los no productivos estando muchas veces con facultades profesionales, lo cual tendrá diversas repercusiones: mucho tiempo

libre, a veces aburridos, se comienza poco a poco una muerte social y cada vez es más frecuente un rechazo social. Todo ello provoca sentimientos de disminución y decadencia. Poco a poco y sobre todo si hay deterioro orgánico, sucede la pérdida de autonomía y con frecuencia la conciencia de ser un estorbo.

Todo lo anteriormente dicho evidentemente no tiene porque producirse inmediatamente, ni a todas las personas. Ocurre que algunas descubren otros valores que les ayudan a vivir con renovadas ilusiones, emprender proyectos y en todo caso asumen su realidad con dignidad y de forma positiva, tienen ganas de luchar y sacar fuerzas de flaqueza, tienen una actitud confiada, deseos de vivir y de seguir sintiéndose miembro de un grupo, mantienen posturas de esperanza, serenidad ante el dolor etc.).

Sin embargo es cierto que poco a poco suele darse en gran parte de las personas mayores esta vivencia menos positiva que suele propiciar una

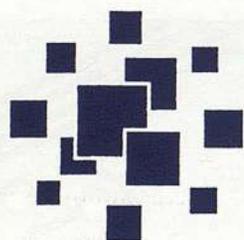


crisis de la propia identidad (mira al pasado, ante las pocas alternativas del porvenir). Se sienten ciudadanos de un país extraño viviendo entre la soledad y el abandono ante las pérdidas que se van sucediendo. Un sentimiento que se confirma cuando son enviados a las Residencias (aunque en su mayoría no quieren estar en ellas, la vida les ha enseñado con dureza que no tienen muchas veces otra alternativa mejor que la resignación y han de aceptar lo que no desean de ninguna manera). Se va produciendo así un aislamiento afectivo que incluso les lleva a desear el final y la muerte. En estas circunstancias es necesario estar atentos a frecuentes **problemas éticos** que se suceden: abandonos, incapacitaciones, pérdidas de autonomía, actuaciones sin su consentimiento, reclusiones...

Si miramos la **dimensión espiritual y religiosa** de las personas mayores, descubriremos con

frecuencia un mundo muy importante en sus vidas que les ayuda a vivir su realidad, a veces dura y difícil. En muchas ocasiones sus valores y su fe les permite vivir esta etapa como un camino de plenitud. Junto a las dificultades, pérdidas y vacíos, la vejez es un camino hacia la tierra de comunión y de amistad, es el camino de la debilidad aceptada, es y debe ser una edad feliz.

“La apertura hacia la trascendencia permite al anciano un nuevo enfoque para vivir su vida y darle sentido, lo mismo que al sufrimiento y a la muerte. Son los grandes temas existenciales, las grandes preguntas de la vida que incluso los agnósticos e increyentes se las plantean. El Dios providente, acogedor y la esperanza, definitivo consuelo, que desde luego no libera de la realidad, abren a la persona mayor otra perspectiva para su vida y su futuro. La llamada a ofrecer la propia vida como el gesto de amor más grande



agefred

Una compañía de

Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037
E-mail: agefred@agefred.es

será lo que le ayudará a vivir la ancianidad como plenitud, ojalá antes de que las fuerzas y la lucidez desaparezcan". (E. López Azpitarte)

Será por tanto muy importante el cuidado y la atención de esta dimensión espiritual y/o religiosa para las personas mayores. En lo que respecta a la Iglesia, deberá preocuparse por acercarse y atender toda la realidad de la persona anciana y de forma especial su vida espiritual y religiosa, tanto en las parroquias, como en residencias y hospitales.

En general todo lo que acabamos de indicar podemos aplicarlo al grupo de pacientes de la Unidad de Convalecencia.

1.5 La dimensión espiritual y religiosa en psicogeriatría

Inicialmente el anciano enfermo mental, comparte en buena medida las características que acabamos de exponer en los puntos anteriores. Por una parte es un enfermo mental (como dijimos antes en su mayoría lo eran antes de llegar a la etapa de la vejez) y participa de las características del enfermo mental, también en su dimensión religiosa: origen, desarrollo y evolución. Por otra parte como persona mayor que es, participa también de algunas de las características propias de los ancianos sin problemas mentales de inicio.

No obstante lo dicho, siempre es necesario hacer el esfuerzo por valorarlos específicamente e individualmente, teniendo en cuenta sus

propias características.

La vida espiritual y/o religiosa de la persona anciana tiene mucho que ver con su vida. Si a lo largo de la misma ha existido y se ha cultivado esa dimensión, en la vejez estará muy viva y será un buen recurso para el último tramo de la vida. En el paciente psicogeriatrico sucede lo mismo. Aquellos para quienes anteriormente en su vida haya sido significativa la espiritualidad y religiosidad, lo seguirá siendo ahora, con las características propias del enfermo mental (ver **Modelo de Atención Espiritual Trastornos Psiquiátricos, Definición de Clientes**, págs. 15-19). En algunos casos descubriremos que apenas tiene incidencia esta dimensión en su vida. En otros veremos que ciertamente cursa de forma patológica y eso conllevará una adecuada atención. Finalmente veremos otro grupo importante que viven su realidad espiritual y religiosa de forma sana y constituye un recurso muy importante para su vida y para sobrellevar su enfermedad.

Evidentemente dichas características podrán estar en algún sentido alteradas por la propia vejez, pero consideramos que son básicamente válidas. El deseo de reconciliación consigo, con los demás y con Dios; las preguntas sobre el futuro, el dolor, la muerte (aunque sean formuladas a su estilo); el vacío interior y el cansancio de vivir; la apertura a la trascendencia como respuesta a las grandes preguntas; la apertura a Dios como Padre providente y acogedor; la esperanza en Dios y la respuesta a través del compromiso ético; la asistencia al culto religioso... son elementos que, expresados de distintas formas, se hacen presentes en estas personas.

Además habremos de tener en cuenta en el anciano psicogeriatrico que *"A medida que un anciano presente un grado más alto de alteración psíquica -ya sea déficit intelectual o trastorno afectivo- aumenta la incapacidad -o al menos la*

dificultad- para realizar las actividades de la vida diaria (AVDs), como consecuencia necesitará más cuidados y, asimismo, más frecuentemente habrá de ser institucionalizado". (M. Gómez)

Esto quiere decir que nos encontraremos con personas especialmente limitadas: con poca capacidad de iniciativa, necesitadas de continuos estímulos externos, con tendencia a la dejadez, la regresión y la negatividad que se hace palpable en sus rostros. Sus mermas de tipo físico, social y psicológico influirán especialmente también en su vida espiritual y religiosa: ensimismamiento y dificultad para el diálogo y la comprensión en ocasiones por la negatividad, la soledad y la pérdida de facultades cognitivas; dificultad para la asistencia a actos de culto religioso por sus impedimentos físicos y psíquicos sobre todo... Todo lo cual indica la importancia que tendrá una buena y cuidada atención de estas personas, que les facilite su expresión y vivencia espiritual y religiosa.

Finalmente una referencia a los **pacientes en situación terminal**, que también forman parte del Área Sociosanitaria de nuestra Institución. En principio puede ser cualquier paciente del Hospital. La lógica nos dice que en su mayoría serán personas mayores, aunque no siempre. Sea como sea y aunque más adelante hablaremos de ellos, es preciso indicar que existe ya un protocolo específico para la atención de estos pacientes siguiendo la filosofía propia de los Cuidados Paliativos. Junto a este protocolo, el resto de características serán bien del Área de Trastornos

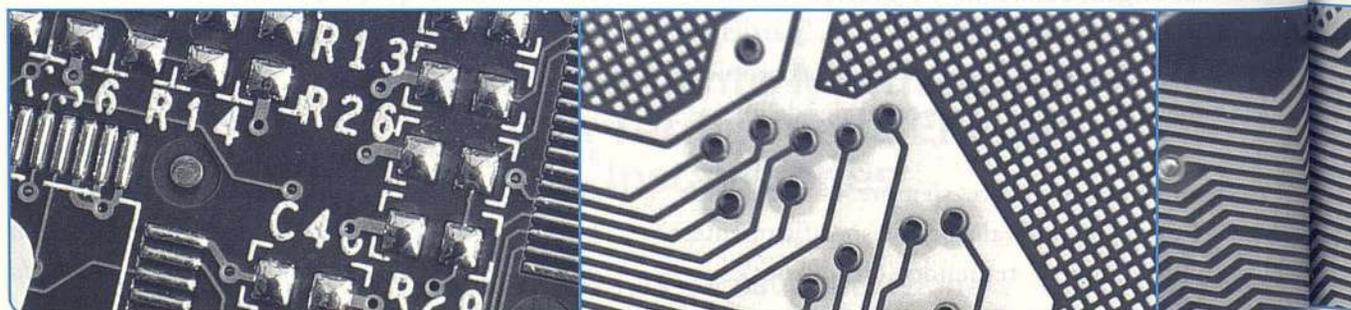
Psiquiátricos, bien del Área de Disminuidos Psíquicos o de Psicogeriatría. Para más información consultar dichos trabajos.

1.6 La atención pastoral en el Área Sociosanitaria

La atención de las necesidades espirituales y religiosas forman parte de la atención integral de cada persona. Por tanto es imprescindible el trabajo coordinado de todo el Equipo Asistencial. Es necesaria la adecuada sensibilización de todos los profesionales en la recogida de la información y en la atención de esta dimensión. Los profesionales del Equipo de cada una de las Unidades y los del Servicio de Atención Espiritual son los que han de canalizar, dar respuesta y atender específicamente la esfera espiritual/religiosa de los pacientes, de acuerdo a las tareas propias de cada profesional.

Para la atención correcta de las necesidades espirituales y religiosas habremos de seguir el mismo proceso metodológico que se sigue cuando se trata de dar respuesta a cualquier otro tipo de necesidad. Por tanto será necesario:

- En primer lugar detectar las necesidades espirituales. Integrar la valoración de la esfera espiritual/religiosa en las valoraciones iniciales del P.T.I. e I.V.I., incluyéndolas en la plantilla de los instrumentos de valoraciones y asignaciones de profesionales. Tarea ardua, que básicamente deberá contar con la observación, las demandas concretas que se produzcan y el uso de algún instrumento de detección de nece-



sidades, que nos sería de gran ayuda (breve cuestionario a rellenar por algunos miembros del equipo....).

- _ Formulación de objetivos, en función de las necesidades que cada paciente plantee, viendo la oportunidad cuando fuese necesario de alguna actuación especial por parte del Servicio Religioso y la participación del mismo en las sesiones de trabajo del Equipo Asistencial.
- _ Actividades a realizar para llevar adelante los objetivos planteados a partir de los servicios concretos que pudiesen llevarse adelante, tanto por el Equipo Asistencial, como por el Servicio Religioso.
- _ Seguimiento de las actividades realizadas (evaluación), con el fin de valorar si se está atendiendo correctamente las necesidades espirituales y religiosas de la persona concreta.

Por tanto todos los profesionales somos agentes activos de la atención espiritual y religiosa de los pacientes, cada uno desde su responsabilidad. Para desarrollar adecuadamente esta labor son necesarias por parte de todos los profesionales las siguientes actitudes de partida:

- _ *Capacidad de escucha*
- _ *Respeto a la individualidad*
- _ *Empatía*
- _ *Disponibilidad*

Todas ellas son imprescindibles para atender de manera integral a nuestros pacientes del Área Sociosanitaria.

2. Características de los pacientes del área sociosanitaria

2.1. Introducción

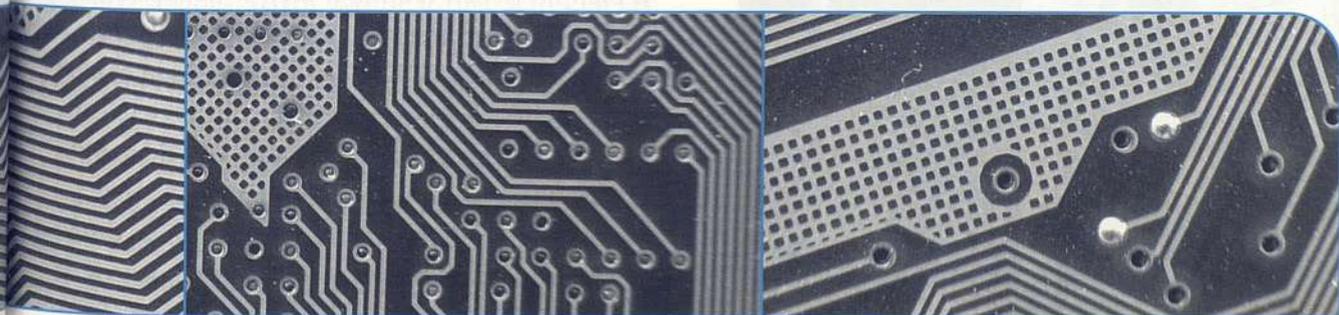
_ Definición del Área

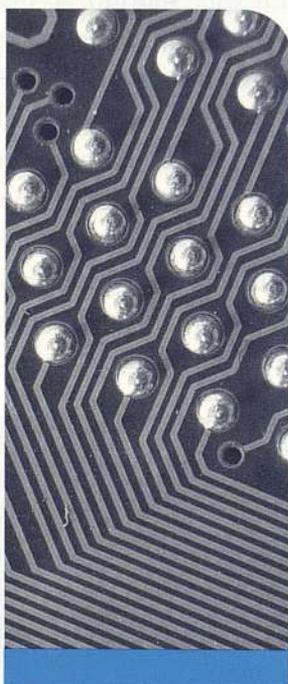
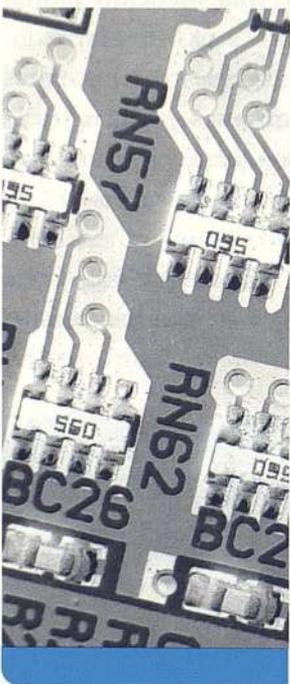
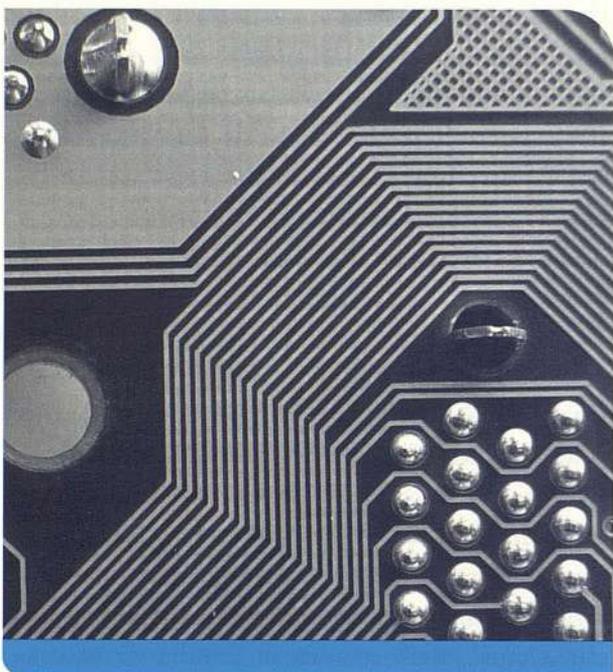
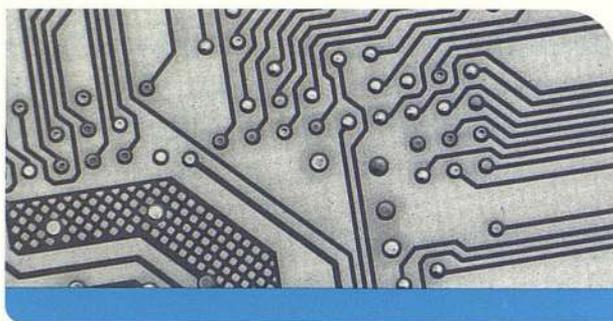
Usuarios que no tienen autonomía para realizar por ellos mismos las actividades cotidianas en su propio hogar y necesitan asistencia sanitaria continuada, rehabilitadora de las capacidades mermadas en aquellos casos en los que sea posible, y mantenimiento de las ya existentes.

En su mayoría se trata de personas mayores de 65 años.

_ Objetivo asistencial

Dar atención integral a la persona, que por su edad y salud requiere una especial consideración para mantener y mejorar su calidad de vida. Esta atención integral comprenderá la atención sanitaria integrada con la social, ofreciendo los servicios sustitutorios que por su edad y complejidad clínica, no puede asumir la familia en su casa. En este sentido se ofrece una atención global que comprende todas las áreas de la vida, entendiendo a cada uno de nuestros pacientes como un ser individual con unas características que le diferencian de los otros y con unas necesidades de diferente naturaleza a las que es necesario dar una adecuada respuesta, promoviendo en todo momento y siempre que sea posible la autonomía de la persona y su integración en el entorno social.





2.2. SAN JUAN GRANDE

La **Unidad de SJD** (San Juan Grande), la integran un grupo de 70 usuarios en su mayoría por encima de los 65 años de edad con una patología mental y una grado elevado de dependencia que les imposibilita realizar por ellos mismos las actividades básicas de la vida diaria, necesitando supervisión o ayuda de una tercera persona. Hay en este momento 17 mujeres y 53 varones.

_ Nivel cognitivo/emocional

La mayoría de estos pacientes, debido a su grado de cronicidad de la enfermedad mental que padecen, presentan niveles cognitivos bajos (Minimetal de ...). Hay un grupo de pacientes pequeño con un nivel cognitivo más elevado, capaces de comprender y transmitir necesidades y verbalizar emociones.

_ Nivel de movilidad/física

Como hemos dicho antes, la gran mayoría de nuestros pacientes presenta grados elevados en cuanto a la autonomía y movilidad, oscilando entre aquellos que son completamente autónomos para desplazarse de un lugar a otro, y aquellos que debido a su estado de salud han de pasar buena parte del día encamados. Hay un total de 10 pacientes en silla de ruedas y un grupo de unas 16-18 personas con especiales dificultades en la marcha.

_ Nivel social

Al tratarse de un colectivo de pacientes de edad avanzada, nos encontramos que muchos de ellos o bien no tienen familia o bien si tienen se trata de familiares colaterales, muchas veces desvinculados del centro de internamiento o bien con un nivel pobre de interrelación con el paciente. En pocos casos el paciente ingresado tiene hijos o cónyuge, y cuando esta familia existe, muchas veces nos encontramos que es muy difícil vincularlos al centro ya que hay sentimientos de

resentimiento hacia el enfermo no elaborados, y otras veces la dificultad que expresa el familiar más cercano es no ser capaz de hacer frente a la enfermedad de la persona y por eso no quieren vincularse demasiado ni a la vida ni al proceso terapéutico del enfermo. Los vínculos más importantes están presentes entre el enfermo-paciente y el familiar-hermano, esto es debido a que este tipo de familiar es quien ha vivido ya desde la infancia la problemática y la patología del usuario y por eso se sienten más cercanos. Otras veces el motivo del distanciamiento es la gran cantidad de años que hace que el paciente está ingresado, cosa que ha provocado el enfriamiento de lazos y sentimientos. El distanciamiento geográfico, junto con la edad de los familiares que quedan, también juega un papel vital en la falta de interrelación entre el paciente y la familia, que muchas veces depende de terceras personas para poder hacer los desplazamientos adecuados.

En lo que se refiere al resto de interacción con el medio social, nos encontramos con una población que debido a su internamiento, prácticamente no mantiene ningún tipo de contacto con la red social exterior, quedando limitada en gran parte a las actividades que se puedan realizar desde el recinto hospitalario.

_ Nivel religioso

Diferenciamos aquí tres grandes grupos de personas dentro del colectivo de pacientes que atendemos:

- 1. Pacientes con inquietudes religiosas**, o interés por la cuestión religiosa, capaces de manifestar necesidades, participar de forma activa en las diferentes actividades que se puedan llevar a término desde la Institución.
- 2. Pacientes sin un interés específico por la cuestión religiosa**, pero que participan de forma pasiva en actos y celebraciones, viviéndolo como una cotidianidad sin especial relevancia para su vida.

- 3. Pacientes que debido a su grado de deterioro mental** (pérdida de orientación espacio temporal, total desconocimiento de la realidad que los envuelve...) no muestran ni pueden gozar ni expresar ningún tipo de necesidad relacionada con su persona.

2.3 SANTO ÁNGEL

La **Unidad de Santo Ángel** está compuesta por 30 personas, un grupo con trastornos psicóticos de edad avanzada y otro grupo de personas con retraso mental moderado y severo de media edad. Los dos grupos presentan una institucionalización prolongada y que precisan en la mayoría de los casos una atención frecuente pues tienen una dependencia importante. En la actualidad integran esta Unidad 23 pacientes de más de 65 años y un total de 7 pacientes de menos de 65 años.

El grupo de personas que integran el diagnóstico de retraso mental, está integrado por 6 personas que presentan retraso mental severo y 3 personas que presentan retraso mental moderado. En total 9. El resto de pacientes están diagnosticados de trastorno psicótico, en total 21 pacientes.

_ Nivel cognitivo/emocional

Dividimos la totalidad de pacientes ingresados en la Unidad de Santo Ángel en dos grandes grupos:

Usuarios con capacidad cognitiva suficiente = 18

Usuarios sin capacidad cognitiva suficiente = 12

Esto quiere decir que contamos con casi dos terceras partes de pacientes ingresados en la Unidad que con capaces de entendernos y

comprendernos, así como son capaces de verbalizar emociones y expresar necesidades desde un nivel cognitivo más elevado, mientras que una tercera parte de la población que integra esta Unidad, entendemos que no tienen esta capacidad y por tanto el nivel de integración con el medio que le rodea y la capacidad de interactuar con él está muy mermada.

_ Nivel físico

Todo el grupo de pacientes necesita supervisión para las actividades de la vida diaria, siendo imposible incluso en los casos más autónomos de valerse por ellos mismos para desarrollar las tareas cotidianas. Un grupo importante de pacientes tiene una prevalencia muy importante de disminución física, además de la enfermedad mental, que hace que hayan de moverse todo el día en silla de ruedas, siendo imprescindible la figura de una tercera persona que les supla en todas aquellas actividades de la vida diaria que por razón de su minusvalía, son incapaces de hacer por ellos mismos.

_ Nivel social

Al igual que en el grupo de pacientes de **San Juan Grande**, nos encontramos con un grupo de pacientes de edad avanzada, lo cual significa que en muchas ocasiones los familiares de referencia sean colaterales, hermanos, con lo cual las personas más cercanas también son personas mayores que presentan problemas de salud o bien distanciamiento geográfico que en algunos casos les imposibilita, o les hace muy difícil venir a ver a su familiar ingresado, dependiendo en la mayoría de los casos de la figura de terceras personas que los acompañen, lo cual todavía dificulta más el contacto. Cuando el familiar de referencia es una figura más alejada (sobrinos, nietos...) nos encontramos que el vínculo es más débil o casi no existe. De todo esto podemos concluir que del total de pacientes que residen actualmente en la Unidad, sólo una decena mantienen

vínculos de forma continuada con la familia.

Por lo que se refiere a la interacción con el resto del medio social, nos encontramos con un tipo de población totalmente limitada para la interacción con el entorno, quedando muy limitada ésta a las actividades que se puedan desarrollar en el medio hospitalario y viviendo con mucha ilusión en aquellos casos en que la capacidad cognitiva lo permite, la posibilidad de salidas fuera del recinto hospitalario.

_ Nivel religioso

Dividimos aquí igual que en el grupo de pacientes de San Juan Grande tres grupos de personas:

1. Pacientes con inquietudes religiosas capaces de manifestar sus necesidades y sobre todo participar de forma activa cuando hay actividades en la Institución relacionadas con el tema religioso, ya sean actividades de carácter general o bien actividades más concretas como es la celebración de la festividad de la Unidad. Es importante para ellos en este sentido poder compartir estos momentos con la familia en aquellos casos en que ésta tiene la posibilidad de venir.
2. Pacientes sin un interés específico por la cuestión religiosa, pero que participan de forma pasiva en los actos y celebraciones, viviéndolo sin especial relevancia.
3. Pacientes que debido a su elevado grado de deterioro mental, no muestran ni gozan de experiencias relacionadas con el tema religioso ni de otro tipo.

2.4 CONVALECENCIA

La Unidad de Convalecencia consta de 17 camas que serán o son ocupadas por dos tipos de usuarios bien diferenciados y que disfrutarán de una



estancia más o menos breve. Por una parte acoge a los usuarios de Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental que precisen una atención individualizada y especializada por problemas a nivel somático que no se pueden atender en su Unidad de referencia (procesos somáticos agudos, enfermedades en fase terminal...). Estos usuarios ocuparán hasta un máximo de 10 camas de la Unidad. Las 7 camas restantes las ocuparán usuarios de Convalecencia. Son pacientes remitidos desde centros sanitarios externos de la red (Hospital de Sant Boi, Hospital de Viladecans i CSUB) que hacen un ingreso para rehabilitar déficits a nivel somático secundarios a patologías agudas que están en remisión.

_ Nivel cognitivo/emocional

En este punto nos encontramos de nuevo con dos grupos bien diferenciados. Los usuarios de **CONVALECENCIA** son usuarios que en su mayor parte no tendrán alteraciones a nivel psiquiátrico. Tan solo pequeñas alteraciones del estado de ánimo relacionadas o no con el proceso de salud que están viviendo y que se habrán de tener en cuenta a lo largo de su estancia. Sus angustias, inquietudes y creencias (religiosas o no) no serán diferentes de las de cualquier persona de nuestra sociedad, sólo quedarán resaltados algunos aspectos relacionados con el proceso de salud que viven.

Por otro lado los usuarios de la **ENFERMERIA** son de lo más heterogéneos. Son usuarios que provienen de cualquiera de las Unidades de **SJD**, **SSM** y por tanto participaran de un perfil u otro según su patología psiquiátrica de base. A destacar

como un hecho diferencial aquellos pacientes que se encuentren en fase terminal de su enfermedad. La atención a estos pacientes ha de ser especializada y se han de tener en cuenta todos aquellos aspectos que resulten importantes en la etapa final de la vida, adaptando estas necesidades a cada uno de ellos y teniendo en cuenta su enfermedad psiquiátrica de base así como su estado de ánimo y su capacidad d'insight.

_ Nivel de movilidad/físico

En los pacientes de Convalecencia su grado de movilidad se verá mayoritariamente afectado por el proceso agudo que han sufrido (mayoritariamente VCs, FX fémur y cadera, prótesis de rodilla, Sdm, inmovilidad por encamamiento prolongado...). El objetivo terapéutico de su estancia en la Unidad será, en gran medida, recuperar el grado de movilidad que tenían con anterioridad si es posible, y si no lo es, aquel nivel que sea el máximo posible conseguir en todas y cada una de las AVDs que se hayan visto alteradas.

Por lo que se refiere a los usuarios de Enfermería normalmente también se verá afectada en la medida que su proceso agudo mejore (Infecciones de diversa índole, Fx húmero, colex, Sdm confusionales, estados de obnubilación por sobremedicación...). También haremos una diferenciación con aquellos usuarios con una enfermedad en fase terminal, para quienes el objetivo prioritario no será la mejora de la movilidad, sino que se buscará un confort integral priorizando el control del dolor y el bienestar físico y espiritual por encima de esta mejora de la

movilidad que por definición también se irá deteriorando progresivamente en consonancia con su estado general.

_ Nivel social

Volvemos a tener una diferenciación muy evidente entre los usuarios de Convalecencia y los de Enfermería. Los primeros pueden formar parte de una clase social baja-media y con un nivel cultural completamente variable. Frecuentemente el soporte familiar no será el deseable (muchas veces el motivo de ingreso es la incapacidad para desenvolverse en el domicilio). Todo esto no obstante puede variar enormemente de un paciente a otro y puede estar relacionado con muchos factores extrínsecos (los familiares no se pueden hacer cargo por motivos laborales o no se quieren hacer cargo por motivos personales o simplemente no existe el núcleo familiar). El trabajo habrá de ser más que nunca individualizado en estos casos y la forma de afrontar estas complicaciones será más o menos fácil. Todos estos factores juntamente con el grado de rehabilitación conseguida a lo largo de la estancia derivará en la necesidad cuando se vaya a dar el alta de un recurso sociosanitario o

de otro tipo (Hospital de día, larga estancia, rehabilitación ambulatoria, ayuda a domicilio...).

En la parte referente a los pacientes de Enfermería, como antes, determinará este nivel social la procedencia del usuario y sus características individuales tanto a nivel personal como a nivel familiar y en un grado más general a nivel social.

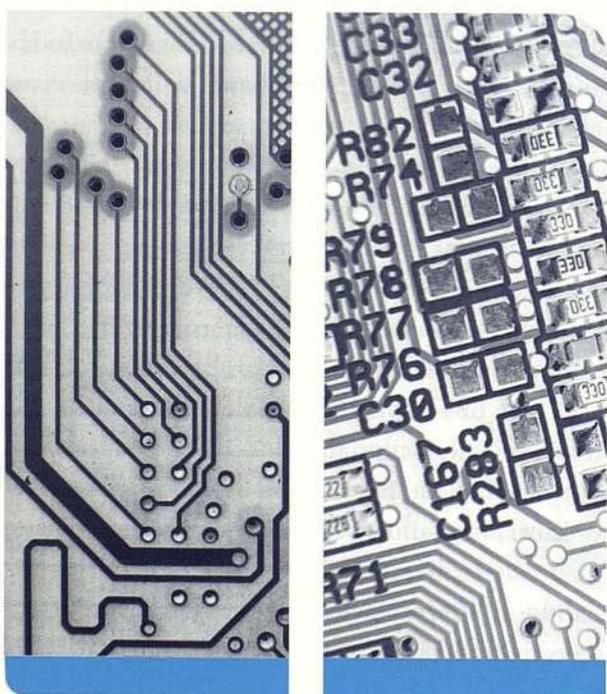
_ Nivel religioso

Diferenciamos aquí tres grandes grupos de personas dentro del colectivo de pacientes que atendemos indistintamente de Convalecencia y Enfermería.

1. Pacientes con inquietudes religiosas, o interés por la cuestión religiosa, capaces de manifestar necesidades, participar de forma activa en las diferentes actividades que se puedan llevar a término en la Institución.
 2. Pacientes sin un interés específico por la cuestión religiosa, pero que participan de forma pasiva en actos y celebraciones, viviéndolo sin especial relevancia para sí mismo.
 3. Pacientes que debido a su grado de deterioro mental (pérdida de orientación espaciotemporal, total desconocimiento de la realidad que les rodea...) no muestran ni gozan expresar necesidades relacionadas con su persona.
- Hacemos especial hincapié que entre los usuarios de la Unidad de Convalecencia y también de Enfermería podrá haber personas de diferentes confesiones religiosas que han de ser atendidas en todos sus aspectos por el personal y facilitar por parte de la Institución todos aquellos mecanismos que necesiten para practicarla.

2.5.- CRISTO REY

La **Clínica Cristo Rey** está integrada por 66 pacientes varones con edades comprendidas



entre los 65 y los 88 años (la media de edad es de 72 años). En su mayoría procedentes del Área de Media y Larga estancia psiquiátrica siendo la media de años de internamiento de 38.

Los diagnósticos psiquiátricos principales son Esquizofrenia residual crónica, Esquizofrenia paranoide crónica y trastornos delirantes.

Un pequeño porcentaje engloba diagnósticos de retraso mental leve, trastornos relacionados con el alcohol o trastornos derivados de enfermedad médica.

A nivel somático, según últimos estudios realizados, sufren las mismas enfermedades que la población general de su edad.

_ Nivel de autonomía

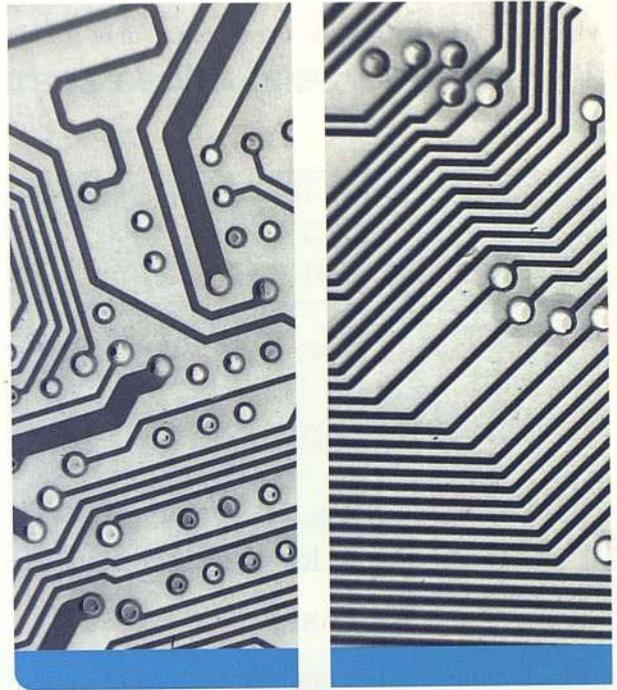
El grado de autonomía, valorado con la escala **Barthel**, es alto. El 90% de los pacientes puntúan entre 90 y 100.

_ Nivel cognitivo:

Del total de pacientes, solo hay 19 con un MMSE inferior a 23 (deterioro cognitivo) y entre estos algunos a los que no se les pudo administrar la prueba debido a graves deficiencias sensoriales o psicopatología grave.

_ Nivel psiquiátrico:

Teniendo en cuenta los diagnósticos anteriormente mencionados y según el predominio de un tipo



u otro de sintomatología podemos distinguir cuatro grupos de pacientes.

- _ pacientes muy desorganizados tanto a nivel de pensamiento/lenguaje como de comportamiento
- _ pacientes muy delirantes y que precisan contención con frecuencia
- _ pacientes en los que predomina la sintomatología negativa como la apatía, abulia, aislamiento...
- _ una pequeña minoría de pacientes que a pesar de su patología son autónomos y sin excesivos problemas conductuales.

En general existe una tendencia en nuestros pacientes al abandono de las tareas y hábitos cotidianos (higiene, alimentación, tratamiento, actividades...) que obliga a la supervisión y estimulación continua por parte de todo el personal de la Unidad.

_ Nivel social:

La principal característica de nuestro colectivo es la edad avanzada y también que una gran mayoría de pacientes llevan muchos años ingresados (media de 38 años), lo cual significa que los

vínculos afectivos los establecen más hacia dentro de la Institución.

Además, las respectivas familias ya tienen establecido su funcionamiento y sus relaciones con la Institución.

Nos encontramos los siguientes casos de relaciones familiares:

- _ El referente familiar también es de edad similar o superior. Dificulta las visitas por el tema de los desplazamientos y y/o sufren problemas de salud, por lo cual los vínculos con la Institución y con el paciente se deterioran.
- _ El referente familiar son los hijos. Tienen dificultad para realizar visitas durante la semana

ya que generalmente trabajan y tienen otras obligaciones.

- _ El referente familiar es de 2º o 3º grado. Hay menos implicación a la hora de las visitas y/o de relaciones con el centro. Hay pacientes que reciben visitas del familiar una vez al año o que no reciben.
- _ El referente familiar es una Fundación Tutelar. No hay el mismo vínculo afectivo con los familiares que con una Institución.
- _ Falta de referente familiar.

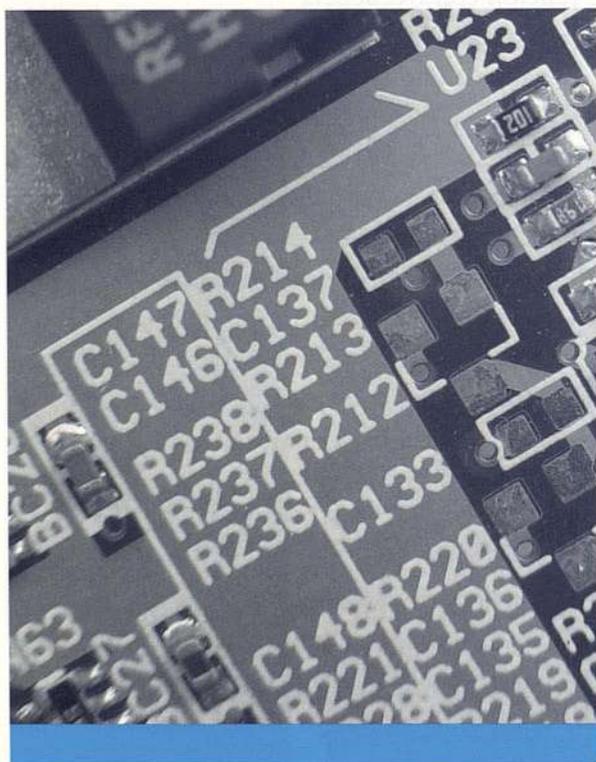
Con todo esto nos encontramos que la mayoría de pacientes reciben visitas de los familiares periódicamente, pero no muchas. También tenemos usuarios que no reciben ninguna visita y otros que sin recibirlas son los propios pacientes los que van a visitar a las familias.

El largo periodo de institucionalización de muchos pacientes afecta directamente en su interacción con el medio social, ya que su normalidad es dentro de la Institución y no en su comunidad de referencia. Así que las actividades que puedan desarrollarse se dan dentro del recinto hospitalario.

_ Nivel religioso:

Distinguimos dos grupos desiguales en intereses y número:

- _ Un pequeño grupo, los más autónomos y con mejores capacidades cognitivas, que son capaces de satisfacer sus necesidades espirituales sin pedir ayuda al personal. Son los que acuden a las Eucaristías que se realizan en el Hospital y al grupo de pastoral.
- _ Pacientes sin ningún interés específico por estas cuestiones, que son la gran mayoría, que participan de un modo pasivo en los duelos y otras celebraciones de carácter religioso que se realizan en la clínica o que ni siquiera participan.



3. Detención de necesidades y recursos espirituales

NOMBRE:.....

HISTORIA:.....

Edad:.....

Lugar de nacimiento:.....

Profesión que tenía:.....

Nivel cultural:.....

Estado civil:.....

Hijos:.....

ANOTAR UNA OPCIÓN PARA
CADA CUESTIÓN:

- SÍ
- NO
- NO SE DETECTA
- NO VALORABLE
- Señalar las preguntas hechas

VERBALIZA OBSERVACIÓN

Sentido de la vida	VERBALIZA	OBSERVACIÓN
• Vivida como un proyecto realizado		
• Vivida como algo inútil, un engaño, un fracaso		

Preguntas:

– ¿Se siente feliz?

– ¿Se siente a gusto con su vida?

Sentido de la muerte	VERBALIZA	OBSERVACIÓN
• Algo inevitable, vivido con paz		
• Algo inevitable, vivido con angustia. Se rebela		
• Una liberación		
• Un castigo		
• Ruptura con la posibilidad de continuidad		
• Fin de una etapa de la vida que continua de otra forma		
• Acepta la voluntad de Dios		
• Algo muy próximo. Es el final. Todo termina.		

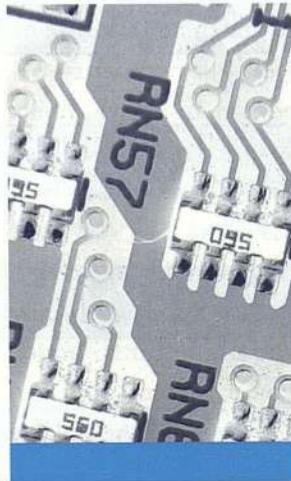
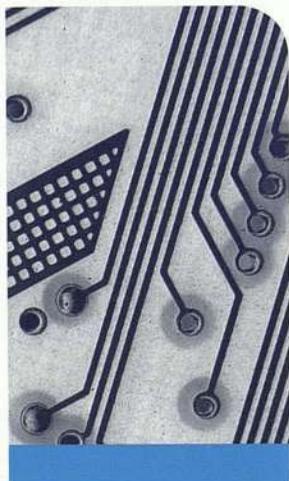
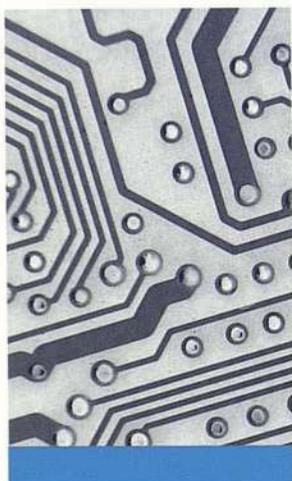
Preguntas:

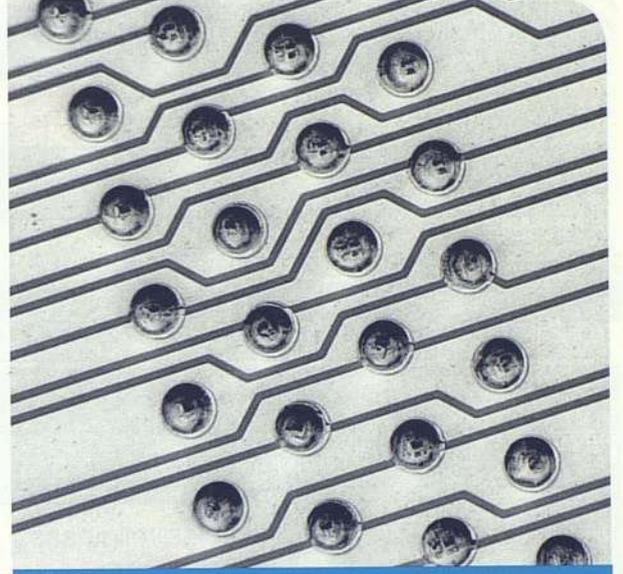
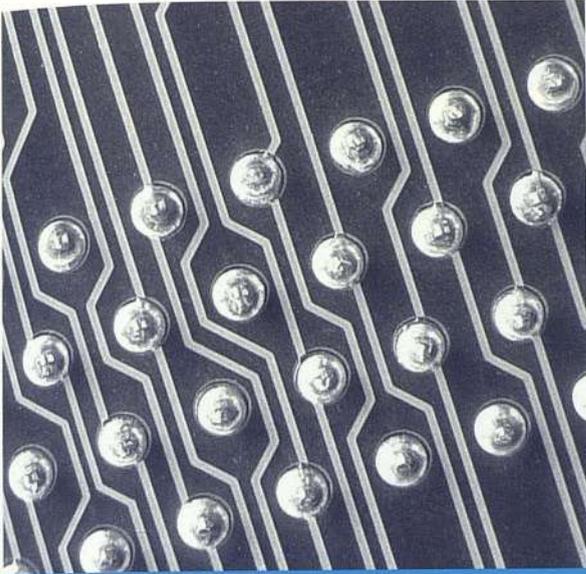
- _ ¿Piensa en la muerte?
 - _ ¿Qué cree que pasa cuando nos morimos?
 - _ ¿Por qué nos morimos?
- _ ¿Qué piensa cuando muere un compañero?
 - _ ¿Qué piensa respecto de su muerte?

Sentido de su enfermedad / ancianidad expectativas de futuro		
• Vive con sufrimiento, tristeza, soledad, desolación, desesperanza. Pesimismo.		
• Vive dando sentido al sufrimiento y a la muerte.		
• Siente vacío interior y cansancio de vivir		
• Sus valores y su fe le permiten vivir esta etapa de su vida como un camino de plenitud.		
• Vive estancado en el pasado. No quiere hablar de futuro		
• Junto a las dificultades, pérdidas y vacíos, vive la vejez como el camino de la debilidad aceptada, de forma feliz.		
• Otras:		

Preguntas:

- _ ¿Está a gusto con sus compañeros?
- _ ¿Se siente solo?
- _ ¿Está a gusto en este centro para personas ancianas?





Valores		
• Convivencia		
• Respeto		
• Tolerancia		
• Confianza		
• Generosidad		
• Compartir		
• Paciencia		
• Verdad		
• Responsabilidad personal		
• Perdón, reparación		
• Otros:		

Preguntas:

- ¿Se siente respetado y bien tratado por el personal que le cuida?
- ¿Se siente cubierto en todas sus necesidades?
- ¿Qué considera más importante para una buena relación con los compañeros?
- ¿Y con el personal?

Experiencia religiosa		
• No creyente		
• Creyente – Practicante		
• Creyente – No practicante		
• Indiferencia		
• Vivencia de Dios		
• Creencia en el más allá		
• Necesita expresar vivencias religiosas		
• Participación en ritos y ceremonias		

Preguntas:

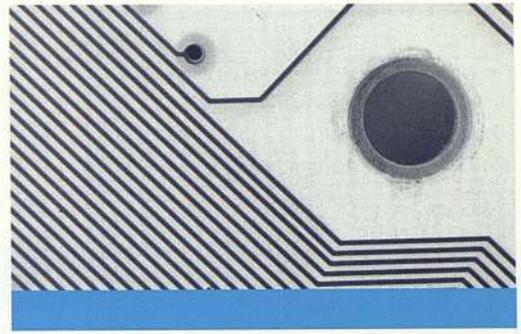
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> _ ¿Cree y/o practica alguna religión? _ ¿Cree en algo? _ ¿Reza? _ ¿Le gusta hablar en grupo de su experiencia religiosa? _ ¿Asiste a ritos y ceremonias, como la misa? _ ¿Le gusta participar en las ceremonias? | <ul style="list-style-type: none"> _ ¿Cree que en esta vida resolvió todo lo que tenía pendiente o cree que se deja algo por resolver? _ ¿Qué le gustaría resolver antes de morir? _ ¿Con quién le gustaría reconciliarse antes de morir? _ ¿Asiste a la despedida de un compañero que muere? |
|---|---|

Otras actividades del servicio de pastoral		
• Asiste a grupos		
• Participa activamente en grupos		
• Solicita atención individualizada		

Preguntas:

- _ ¿Conoce el Servicio de Pastoral?
- _ ¿Ha pedido ayuda al Servicio de Pastoral?
- _ ¿Le gusta asistir a los grupos de Pastoral?
- _ ¿Conoce los temas que se hablan en el grupo?
- _ ¿Le interesan otros temas?

VALORACIÓN GLOBAL Y ORIENTACIÓN



4. Deseos, necesidades y servicios

4.1 Area Sociosanitaria: unidades de San Juan Grande y Santo Ángel, necesidades espirituales

qué desean	qué necesitan	qué servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ser querido y respetado en su <u>identidad</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto. Escucha. Disponibilidad. Reconocimiento y atención personalizada de acuerdo a su edad, su historia (identidad biográfica) y sus necesidades actuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la valoración de la esfera espiritual/religiosa en las valoraciones iniciales del P.T.I. e I.V.I., incluyéndolas en la plantilla de los instrumentos de valoración y asignaciones de profesionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Que se respete a los que no desean comunicar ni compartir sus necesidades espirituales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto. Disponibilidad, escucha y observación de posibles manifestaciones de esta esfera. Atención personalizada de acuerdo a su nivel cognitivo, historia y sus necesidades actuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración específica espiritual/religiosa en los casos que se vea necesario, con la participación del Servicio Religioso en el PTI.
<ul style="list-style-type: none"> • Comprender y encontrar sentido a esta etapa de su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Releer su vida y su pasado, reconciliándose con él y reafirmando lo positivo que le permita afrontar con serenidad, paz y esperanza esta nueva etapa de su vida. Integrarla armónicamente. <p>Ser acompañados y atendidos en aquellos aspectos de su vida, patológicos o no, que la dificultan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información clara y adecuada a los pacientes sobre el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, revisando periódicamente el circuito existente.
<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar respuesta a los interrogantes fundamentales de su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reafirmar su identidad y el valor de su vida. Ser acompañados en la búsqueda de respuestas a las cuestiones existenciales y espirituales más importantes en torno a su vida pasada, presente y futura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención individualizada cuando lo soliciten los pacientes o sus familias, o a demanda del Equipo (de forma coordinada).

- Afrontar serenamente y en paz los últimos momentos de su vida y la muerte.

- En ocasiones compartir experiencias e ideas con los demás, sobre temas espirituales y religiosos.

- Poder expresar y practicar su confesionalidad religiosa.

- Poder expresar y celebrar el duelo y la despedida en el fallecimiento, especialmente de los compañeros de la Unidad.

- Integrar las limitaciones de la edad, la enfermedad y la proximidad de la muerte. Superar el dolor y el sufrimiento.

Ser respetados en la manera de afrontar esta situación. Apertura al misterio y a la trascendencia para dar sentido a la muerte y continuidad a la vida.

Despedirse de los seres queridos, reconciliado consigo mismo, con ellos y con Dios, habiendo resuelto todos los temas pendientes.

- Compartir, escuchar, conocer, confrontar y dialogar acerca de valores y cuestiones de cariz espiritual y religioso que les ayude a vivir con armonía.

- Afirmar, expresar y apoyarse en sus propias convicciones. Que se respete su confesionalidad religiosa y que pueda practicarla.

Celebraciones religiosas adaptadas a su realidad y necesidades, incluidas las que hacen referencia al final de la vida: reconciliación, unción de enfermos y eucaristía.

Facilitar, cuando se demanden, servicios religiosos de otras confesiones.

- Celebraciones religiosas y sesiones de elaboración del duelo, especialmente cuando fallezca algún compañero de la Unidad y se solicite.

- Atención personalizada de todo el Equipo Asistencial a las necesidades espirituales y religiosas de los pacientes: acompañamiento y reconocimiento de su identidad actual, escucha de sus preocupaciones y valoraciones de su vida pasada y la forma de afrontar el futuro

- Espacios de atención grupal para compartir y expresar valores y cuestiones espirituales y religiosas, acompañando a los pacientes que lo deseen en coordinación con el Equipo Asistencial.

- Celebraciones para compartir, expresar vivencias y celebrar el duelo.

- Espacios para la oración y celebración religiosa en la despedida de los pacientes de la Unidad, cuando fallecen y se estime oportuno.

- Celebraciones religiosas: habitualmente en la Iglesia y Capilla del Hospital y en el Oratorio.

Especialmente celebraciones del final de la vida: eucaristía, reconciliación y unción de enfermos.

- Cuando se demande facilitar personas, lugares y servicios propios de otras confesiones.

4.2 Área Sociosanitaria: unidad de Cristo Rey, necesidades espirituales

qué desean	qué necesitan	qué servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ser querido y respetado en su identidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto. Escucha. Disponibilidad. Reconocimiento y atención personalizada de acuerdo a su edad, su historia (identidad biográfica) y sus necesidades actuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la valoración de la esfera espiritual/religiosa en las valoraciones iniciales del P.T.I. e I.V.I., incluyéndolas en la plantilla de los instrumentos de valoración y asignaciones de profesionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Que se respete a los que no desean comunicar ni compartir sus necesidades espirituales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto. Disponibilidad, escucha y observación de posibles manifestaciones de esta esfera. Atención personalizada de acuerdo a su nivel cognitivo, historia y sus necesidades actuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración específica espiritual/religiosa en los casos que se vea necesario, con la participación del Servicio Religioso en el P.T.I.
<ul style="list-style-type: none"> • Que puedan comunicar y/o compartir sus vivencias y necesidades espirituales/religiosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico individualizado y escucha atenta para discernir adecuadamente lo sano y lo patológico de su vivencia espiritual y religiosa. Atención individualizada que les ayude a preservar su vivencia espiritual y a integrarla en su vida de forma sana. Información de los servicios que se ofrecen de atención espiritual, individual y de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Información clara y adecuada a los pacientes sobre el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, revisando periódicamente el circuito existente.
<ul style="list-style-type: none"> • Comprender y encontrar sentido a esta etapa de su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Releer su vida y su pasado, reconciliándose con él y reafirmando lo positivo que le permita afrontar con serenidad, paz y esperanza esta nueva etapa de su vida. Integrarla armónicamente. Ser acompañados y atendidos en aquellos aspectos de su vida, patológicos o no, que dificultan su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención individualizada cuando lo soliciten los pacientes o sus familias, o a demanda del Equipo (de forma coordinada).

- Encontrar respuesta a los interrogantes fundamentales de su vida.

- Que puedan expresar y compartir en grupo orientaciones y vivencias relacionadas con ideas, valores y creencias religiosas.

- Poder expresar y practicar su confesionalidad religiosa.

- Poder expresar y celebrar el duelo y la despedida en el fallecimiento, especialmente de los compañeros de la Unidad.

- Reafirmar su identidad y el valor de su vida. Ser acompañados en la búsqueda de respuestas a las cuestiones existenciales y espirituales más importantes en torno a su vida pasada, presente y futura, incluyendo el tema de la muerte en momentos oportunos.

- Respeto, escucha y acogida de estas necesidades.
Discernimiento sobre lo sano y patológico de sus deseos y los frutos positivos de esta demanda para cada paciente y para el grupo.

- Respeto y escucha de sus necesidades. Información de los servicios religiosos existentes.
Espacio adecuado para ello. Posibilidad de practicar su religión cualquiera que sea su confesión religiosa, si se hace de forma saludable, poniendo límites ante situaciones no adecuadas para el propio paciente o para los demás.

Facilitar, cuando se demanden, servicios religiosos de otras confesiones.

- Celebraciones religiosas y sesiones de elaboración del duelo, especialmente cuando fallezca algún compañero de la Unidad y se solicite. Atención especializada ante vivencias culposas.
Facilitar la expresión y vivencia religiosa saludable. Poner límites ante expresiones poco adecuadas para ellos o para otros pacientes.

- Atención personalizada de todo el Equipo Asistencial a las necesidades espirituales y religiosas de los pacientes: acompañamiento y reconocimiento de su identidad actual, escucha de sus preocupaciones y valoraciones de su vida pasada y la forma de afrontar el futuro.

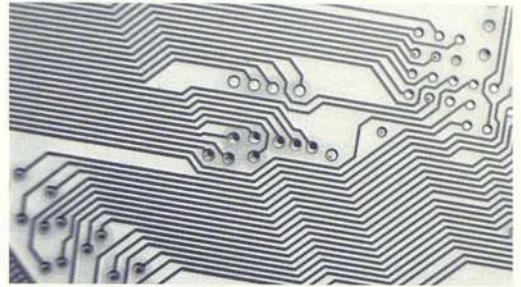
- Espacios de atención grupal para compartir y expresar valores y cuestiones espirituales y religiosas, acompañando a los pacientes que lo deseen en coordinación con el Equipo Asistencial.

- Espacios para compartir, expresar vivencias y celebrar el duelo.
- Espacios para la oración y celebración religiosa en la despedida de los pacientes de la Unidad, cuando fallecen y se estime oportuno.

- Celebraciones religiosas: habitualmente en la Iglesia y Capilla del Hospital y en el Oratorio.

- Cuando se demande, facilitar personas, lugares y servicios propios de otras confesiones.

4.3 Área Sociosanitaria: Convalecencia, necesidades espirituales



qué desean	qué necesitan	qué servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ser querido y respetado en su realidad actual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto. Escucha. Disponibilidad. Reconocimiento y atención personalizada de acuerdo a sus necesidades actuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la valoración de la esfera espiritual/religiosa en las valoraciones iniciales del P.T.I. e I.V.I., incluyéndolas en la plantilla de los instrumentos de valoración y asignaciones de profesionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Que se respete a los que no desean comunicar ni compartir sus necesidades espirituales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto. Disponibilidad, escucha y observación de posibles manifestaciones de esta esfera. Atención personalizada de acuerdo a sus necesidades actuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración específica espiritual/religiosa en los casos que se vea necesario, con la participación del Servicio Religioso.
<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar sentido y aceptar la situación actual que esta viviendo (en la que se encuentra). 	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontar con serenidad, paz y esperanza el proceso de salud en curso. • Ser acompañados y atendidos en aquellos aspectos de su vida, patológicos o no, que dificultan la aceptación de su realidad. • Poder expresar sus miedos y temores referentes al proceso de salud en curso y recibir una atención adecuada para afrontarlos y superarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Información clara y adecuada a los pacientes sobre el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, revisando periódicamente el circuito existente. • Atención individualizada cuando lo soliciten los pacientes o sus familias, o a demanda del Equipo (de forma coordinada). • Atención personalizada de todo el Equipo Asistencial a las necesidades espirituales y religiosas de los pacientes: acompañamiento y reconocimiento de su identidad actual, escucha de sus preocupaciones y valoraciones de su vida pasada y la forma de afrontar el futuro.

- En los pacientes terminales:
Ser ayudados a afrontar serenamente y en paz los últimos momentos de su vida y la muerte.

- Poder expresar y practicar su confesionalidad religiosa.

- Integrar las limitaciones de la edad, la enfermedad y la proximidad de la muerte. Superar el dolor y el sufrimiento.

Ser respetados en la manera de afrontar esta situación. Apertura al misterio y a la trascendencia para dar sentido a la muerte y continuidad a la vida.

Despedirse de los seres queridos, reconciliado consigo mismo, con ellos y con Dios, habiendo resuelto todos los temas pendientes.

- Afirmar, expresar y apoyarse en sus propias convicciones. Que se respete su confesionalidad religiosa y que pueda practicarla.

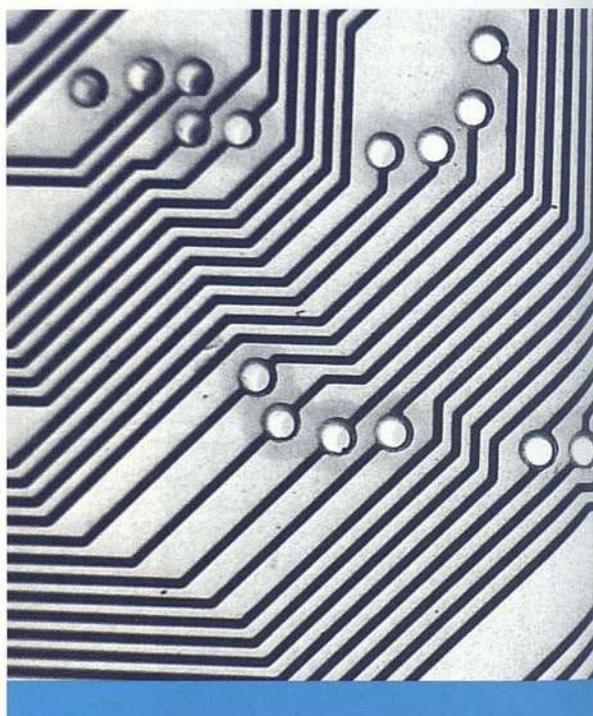
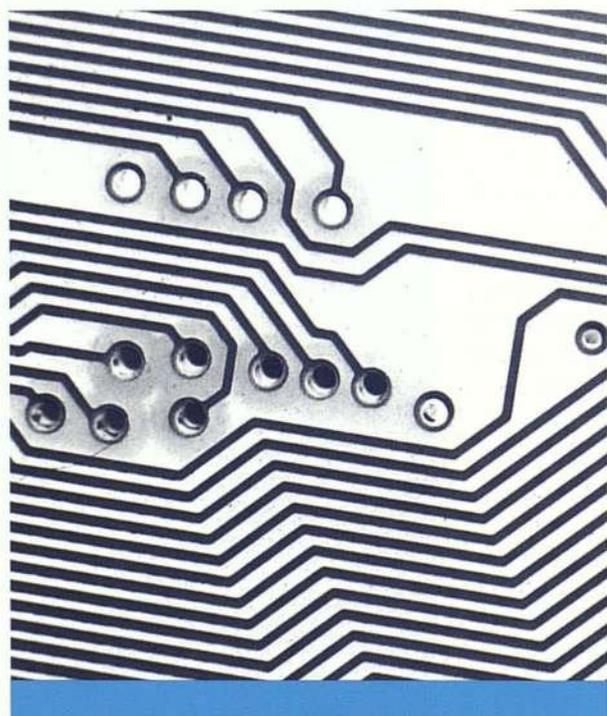
Celebraciones religiosas adaptadas a su realidad y necesidades.

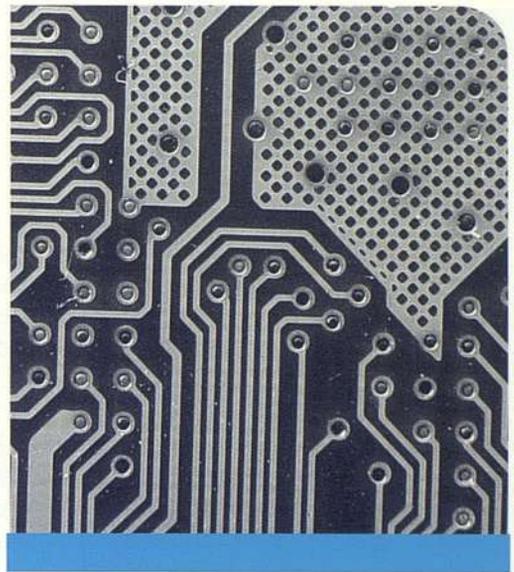
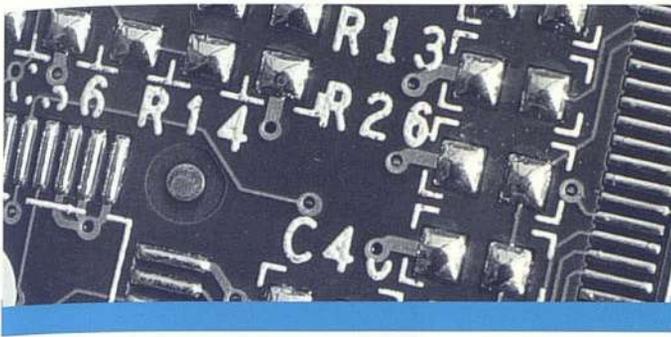
Facilitar, cuando se demanden, servicios religiosos de otras confesiones.

- Celebraciones religiosas adaptadas a sus necesidades y a su realidad.

- Cuando se demande facilitar la atención espiritual y religiosa de otras confesiones.

- Cuando se demande facilitar la atención espiritual y religiosa de otras confesiones.





4.4 Área Sociosanitaria: necesidades espirituales de las familias

qué desean	qué necesitan	qué servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Información: sobre los servicios que se ofrecen y sobre su caso individual. • Atención individualizada. • Escucha. • Acogida y acompañamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto a su intimidad y a ser sensibles a sus creencias. • Ayuda del Servicio Religioso. • Orientación respecto de su familiar (aspectos sanos y patológicos de la vivencia espiritual propia y del paciente) y como ayudarlo. • Coordinación estrecha entre el equipo asistencial y el de pastoral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Información de la existencia del Servicio Religioso, de las actividades y servicios que se realizan, especialmente orientados a las familias de los pacientes. • Atención a demandas personales y concretas de las familias, canalizadas desde el Equipo Asistencial o directamente solicitadas. Siempre es necesaria la correcta coordinación con el Equipo. • Participación en espacios grupales especialmente orientados para las familias cuando se trate algún aspecto o tema de tipo espiritual, coordinado por el Servicio Religioso. • Participación de los familiares en las celebraciones religiosas que se tienen habitualmente en el Hospital y ocasionalmente en las Unidades.

<ul style="list-style-type: none"> • Algunos, participar de las ceremonias. • Respeto a su cultura y creencias. • Que su familiar usuario sea atendido en los aspectos espirituales y religiosos. • Que sus opiniones sean tenidas en cuenta por parte del equipo asistencial y técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de participar en ceremonias, celebraciones,... • En los casos que sea oportuno, posibilidad de participar en celebraciones de elaboración de duelo. • Ser informados de las diferentes actividades que ofrece el servicio de atención espiritual para los usuarios y las familias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación e información de otros lugares de culto, parroquias, otras confesiones religiosas.
--	--	--

4.5 Área Sociosanitaria: necesidades espirituales de los profesionales

qué desean	qué necesitan	qué servicios
<p>En el aspecto profesional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser útil. • Ser reconocido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Información de los servicios que se pueden ofrecer desde los equipos asistenciales y desde el equipo específico de pastoral (actividades que realiza,...). • Formación para su labor profesional en el terreno espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Información clara y concreta del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa, así como del modelo de atención de las necesidades espirituales y los planes de acción concretos para cada Unidad. • Puesta en marcha del plan de atención espiritual y participación del Servicio de Atención Espiritual en la dinámica asistencial de la Unidad, PTI. Algunas reuniones del Equipo Asistencial.

- Que exista una atención especializada y específica en este aspecto para el paciente.

- Orientación y ayuda rápidas ante los casos complejos.

- Atención especializada en momentos de crisis o celebraciones (fallecimientos).

En el aspecto personal

- Participación en ceremonias y celebraciones generales.

- Atención en momentos de crisis personales.

- Ayuda en las celebraciones personales.

- Trato sencillo y abierto (no rigidez, imposiciones, proselitismos,...).

- Integración y coordinación.

- Posibilidad de atención urgente: defunciones.

- Respeto a su intimidad.

- Atención personal/familiar si la solicita.

- Celebraciones, optativas, en relación al fallecimiento de familiares.

- Cursos, Jornadas y sesiones de formación sobre la atención espiritual y religiosa.

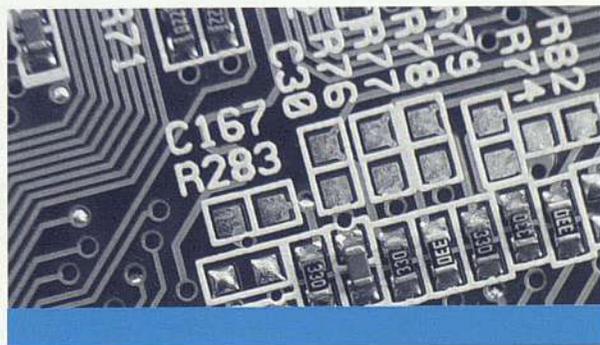
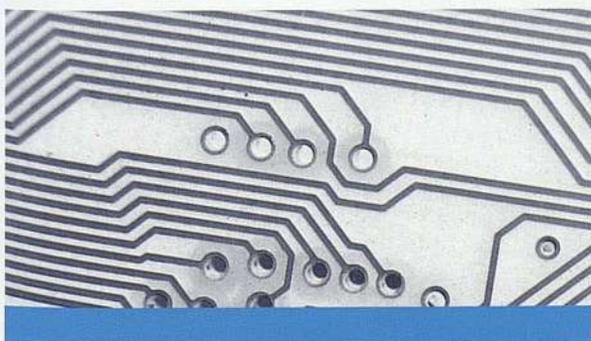
- Presencia del Servicio de A. Espiritual en momentos y celebraciones concretas y especiales de la Clínica.

- Atención a demandas específicas personales o del Equipo en referencia a situaciones concretas de los pacientes, su familia o la Unidad.

- Atención a consultas y demandas y personales de los profesionales.

- Desde el respeto a la intimidad, disponibilidad para los profesionales ante cualquier situación especialmente de dificultad.

- Celebraciones religiosas cuando fallezcan familiares y en otros momentos especiales, cuando se demanden.



Bibliografía

SANT JOAN DE DÉU, SERVEIS DE SALUT MENTAL./ *Modelo de Atención de las Necesidades Espirituales de los Usuarios afectados de Trastorno Psiquiátrico.* / Sant Boi 2.002

IDEM. *Plan de Atención Espiritual Área Disminuidos Psíquicos.* / Sant Boi 2.002

IDEM. *Protocolo de Atención a pacientes en situación terminal.* / Sant Boi 2.002

Carta Identidad Orden Hospitalaria San Juan de Dios. / Roma 2.000

FONT, JORDI. *Religión, psicopatología y salud mental.* / Barcelona 1.999

DOMÍNGUEZ, CARLOS. *Creer después de Freud.* / Madrid 1.992

DACQUINO, G. *Religiosidad y psicoanálisis.* / Madrid 1.982

LÓPEZ AZPITARTE, E. *¿La edad inútil?. Para ayudar y prepararse a la vejez.* / Madrid 1993

IZQUIERDO MORENO, C. *Acompañar al anciano.* / Madrid 1.998

GÓMEZ ORTIZ, M. *Psicología del anciano enfermo. Labor Hospitalaria 243.* / Sant Boi Llobregat 1997,3339

AAVV. *El anciano enfermo en la sociedad y en la Iglesia. Labor Hospitalaria 243.* / Sant Boi Llobregat 1.997

Pequeñas reflexiones sobre los chicos y chicas adolescentes y sus conductas de riesgo*

> Jaime Funes

*Psicólogo, docente consultor y supervisor en temas
de adolescencia y dificultad social.*

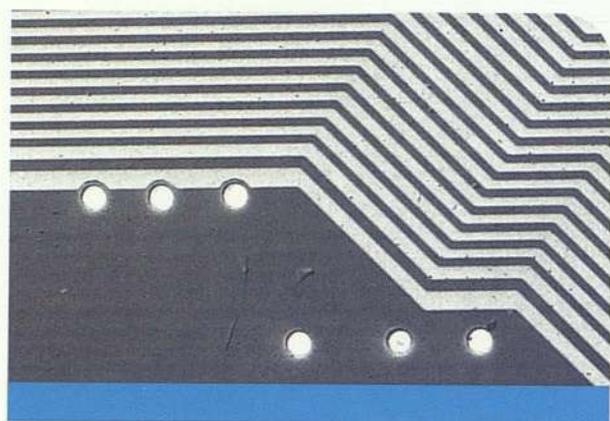
En estas breves páginas -estrictas para compartir reflexiones- en las que materialmente no es posible discutir todos y cada uno de los elementos implicados en relación adultos, adolescentes y conductas de riesgos, el autor se centra en tres aspectos: hacer una propuesta para comprender de manera global la adolescencia; plantear un listado de los componentes de las conductas de riesgo y sus análisis; aportar una reflexión sobre el riesgo y las propuestas de vida que les hacemos. En algunos de los textos que se citan pueden encontrarse parte de estas reflexiones más ampliadas. ▶

* Gran parte de las ideas aquí resumidas pueden encontrarse en:

J. FUNES: Drogas y adolescentes. Aguilar. 1996. / Los adolescentes y las drogas. Revista "Proyecto". Marzo 1994.

Atender a los que tienen problemas con las drogas cuando son adolescentes. Revista "Proyecto". Marzo 1996.

Nosotros, los adolescentes y las drogas. Ministerio de Sanidad. 1990.



Especialmente desde que en nuestro país se ha generalizado la puesta en marcha de la **Educación Secundaria Obligatoria (ESO)**, desde que algunos fenómenos de disociabilidad parecen afectar a todos los grupos sociales y desde que algunas de sus conductas generan angustia y desasosiego a determinados profesionales de la salud, parece haber aparecido entre nosotros un especie de “patología” general de la adolescencia. A partir de su lectura como problema, se tiende a considerar sus dificultades como entidades nosológicas y a aplicarles criterios de prevención. Se habla de factores y de causas y se pretende influir ahora en su futuro adulto olvidándose de la provisionalidad de su condición adolescente.

Uno de los campos en los que pueden cometerse enormes errores es en el de las llamadas “**conductas de riesgo**” y en la búsqueda de “**factores**” causales que las expliquen. Error que se repite de una manera especial en algunas áreas de la salud, aplicando al análisis de sus conductas patrones adultos de diversas enfermedades o accidentes. Bien sea con las conductas sexuales, con los usos de drogas o con las actividades deportivas, se suelen olvidar parámetros básicos para su análisis. No se tiene en cuenta aspectos claves como, por ejemplo, que el “**problema**” y su percepción normalmente lo tenemos los adultos, pocas veces los y las adolescentes; que la argu-

mentación para descubrir los riesgos de una conducta es una argumentación de futuro, derivada de la experiencia (dos condiciones que solo los adultos, con los años, podemos adquirir); que nosotros solemos ver detrás de cada riesgo un peligro, mientras ellos y ellas es muy probable que vean un atractivo; o que sus conductas, también las de riesgo, tienen una explicación en su condición social y evolutiva, etc, etc.

1. De qué hablamos cuando hablamos de adolescentes

Puede ser viernes y cae la tarde en un barrio cualquiera de la periferia de cualquier gran ciudad. En el rincón de una plaza un grupo de adolescentes habla, grita, ríe desproporcionadamente; algunos metros más allá tres o cuatro hacen algo parecido pero con una litrona entre las manos. No necesitaríamos ir muy lejos para encontrar a los “**bollicaos**” que comienzan su aprendizaje discotequero en una sesión de tarde, mientras hacen valer sus 16 años, reales o ficticios para poder darle a la cerveza (a la birra dirían ellos). Muchos otros pasean sus incipientes amores con el entusiasmo de quien descubre la vida cada día. Entre chupas de cuero, pantalones de pitillo, minifaldas y rímel de reclamo, todavía hay quien arrastra la carpeta. Hace pocas horas que estaban en un aula y casi todos volverán el lunes a ella.

1.1 Entre lo social y lo psicológico

¿Cómo son los chicos y chicas adolescentes?
¿Qué les pasa por fuera y por dentro? A veces, las televisiones, los periódicos o las revistas difunden algún reportaje, resumen un estudio y nos dan un conjunto de datos. Pero, junto a las

imágenes, los atuendos o las opiniones que dicen compartir, nosotros recordamos cosas de algo que solía llamarse **pubertad** o no dejamos de decir que hacen lo que hacen porque están en la **edad del pavo**. ¿Cómo hacer un resumen integrador y que este nos sirva para hablar de sus usos de drogas?

Los chicos y chicas adolescentes son personajes que se construyen y se definen a partir de dos grandes tipos de factores. Por un lado son lo que podríamos considerar una realidad del aquí y el ahora, un producto social e histórico concreto. Por otro, son sujetos que viven una etapa diferente y diferenciable de su vida. Diríamos que no los podemos entender sin entender qué pasa a su alrededor, que no podemos comprenderlos sin tener en cuenta su mundo interior, todo aquello que pasa dentro de su piel.

En un afán sintético que no descuide ni lo social ni lo personal, que tenga en cuenta las cuestiones objetivas y la música de fondo, que no olvide la sociedad en la que estamos y que, a la vez, tenga en cuenta cómo lo social, lo que nos rodea y les rodea, se convierte en conducta y en comportamiento, pretendo resumir en algunos rasgos lo más fundamental del fenómeno adolescente.

1.2 Recorrido de transición entre dos etapas

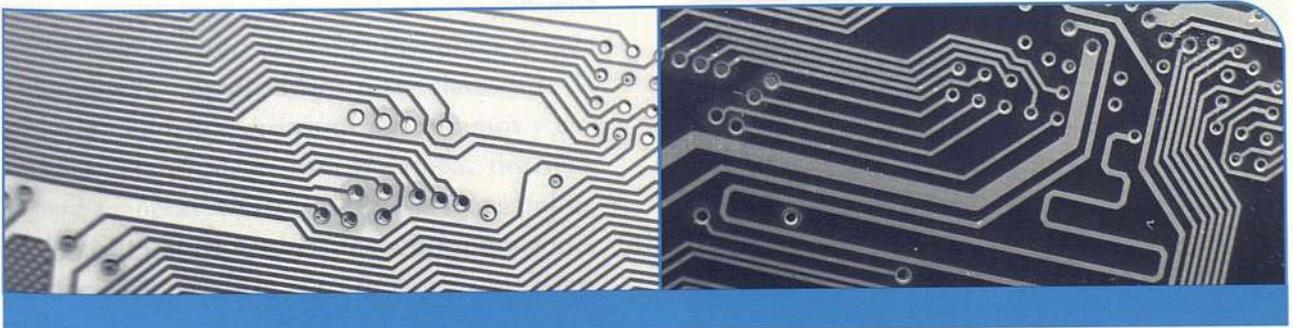
Al definirla como recorrido de transición hemos de señalar que en cada medio y en cada momento

histórico su duración es profundamente variable. No se trata, de ninguna manera, de una etapa de maduración fisiológica acotada y delimitada. Se trata de un conjunto de años vitales sin límite preciso y con el encargo social oculto de dedicarse a ser adolescente.

Adolescencia no es equivalente a pubertad, cuyos efectos y duración son acotables, derivados de una serie de transformaciones fisiológicas. Hablamos de un conjunto de años desde una etapa previa de madurez infantil hasta un futuro no limitado en el tiempo (no está determinado de manera uniforme cuando acaba) que llamamos juventud. Hablamos de ese período de su vida en el que se están haciendo jóvenes. (No les suele gustar demasiado que nosotros les llamemos adolescentes, por eso es preferible que al hablar de la etapa por la que pasan les digamos: *“ahora que te estás haciendo joven”*)

Todo aquello que los adultos esperamos de ellos y ellas, sus experiencias, las presiones sociales, la riqueza o la pobreza social y cultural que les envuelve, etc., condicionan la duración y el ritmo de este largo período de cambios y transformaciones. Madurar puede ser una palabra que no tenga otro sentido que el de avanzar, siempre y cuando vivan en entorno estimulador y tengan a su alcance una serie palpable de propuestas de futuro.

Tan importante como la maduración emocional o la evolución intelectual será la inserción social,



la posibilidad de ir accediendo poco a poco a una sociedad, a una comunidad adulta. Será clave que poco a poco establezca su vida afectiva, o consiga razonar abstractamente (dos elementos de su transformación interna), pero igual lo será que tenga determinadas experiencias, que asuma compromisos sociales o se sienta útil en las diferentes actividades provisionales que irá realizando.

1.3 Algo que se da en barrios, en medios sociales concretos

Son de aquí y ahora. Se explican por el barrio en el que están, por los rincones o los bares donde se sienten acogidos. Siempre hay una película, una canción, un lenguaje o un atuendo nuevo. Para comprenderlos hay que tener presentes las culturas que crean y ponen de moda, sus estilos de vida, las maneras externas de construir su

identidad, las "tribus" a las que se incorporan, o de las que aspiran a formar parte, las reacciones que provocan en sus vecinos adultos.

No se puede abordar la adolescencia, sino que se ha de abordar la adolescencia de determinado barrio, de determinada realidad urbanística, de determinada comunidad, de determinado grupo social. Lo agrícola, lo rural, lo urbano, la periferia o el centro, los barrios con historia o los nacidos del simple aluvión y hacinamiento migratorios, etc., conforman realidades adolescentes diferentes.

No hay dificultad o conflicto social -los usos de drogas pueden ser uno de ellos- sin territorio. Sin concreción y distribución urbana de los problemas no es posible pensar qué hacer. La pobreza, el paro, la inestabilidad económica, la degradación, los fracasos de la escuela... pueden



agelectric
CORPORACIO AGE

Instal.lacions específiques de establiments sanitaris
Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)
Instal.lacions de seguretat
Instal.lacions contra incendis
Instal.lacions de comunicacions
Instal.lacions de control

c/Bonsoms, 15-17
08028 BARCELONA

Telf.: 93.448.75.00

Fax: 93.448.75.02

e.mail: agelectric@agelectric.com

pintarse con colores diversos en el mapa de cualquier ciudad.

Los itinerarios vitales del adolescente, sobre todo los del que poco a poco se marginan, transcurren por calles, por rincones, por locales y lugares concretos. La incorporación social no se produce en una comunidad universal, sino en una ciudad dormitorio, un barrio acogedor o un conjunto degradado de viviendas. La ciudad, los pueblos, sus territorios, nacen, envejecen, se asientan, se degradan, se problematizan y las dificultades sociales, las marginaciones de sus niños y jóvenes van cambiando, van manifestándose con rostros y problemas nuevos.

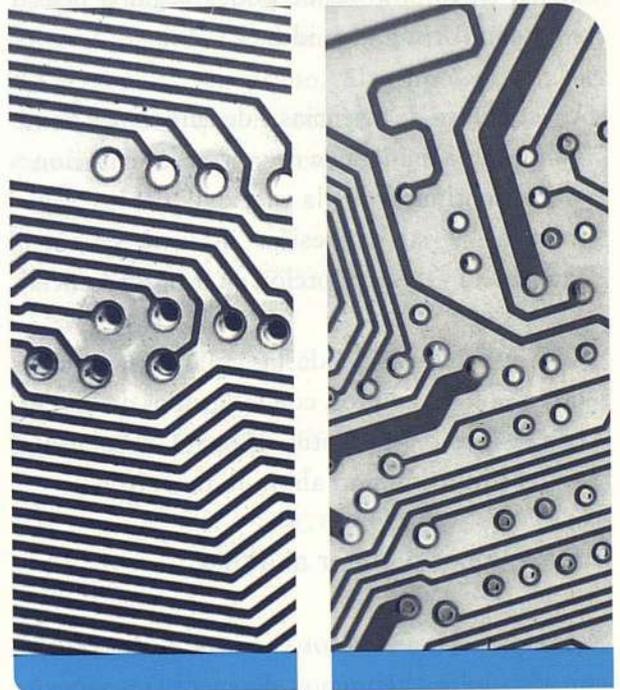
A veces, muchas de las maneras adolescentes de ser y de estar no son otra cosa que mecanismos defensivos ante la incoherencia y la falta de entramado social de la propia parcela de ciudad en la que han de vivir. Los barrios y sus adolescentes no son los mismos con heroína que sin ella, con empleo estable que con paro, jubilaciones anticipadas y pluriformidad de maneras de buscarse la vida en la economía sumergida. Lo mismo pasa con las variaciones en la pirámide de edad (en España, la última década, los adolescentes eran muy numerosos, ahora han dejado ya de serlo) y el envejecimiento de la población, o con el deterioro del medio vital cotidiano.

1.4 Vivir en puro cambio

Aunque éste no es el lugar para resumir la psicología evolutiva de la adolescencia, sí que conviene retomar el concepto de etapa. En contra de una visión lineal, simplemente acumulativa de la evolución humana (crecemos, maduramos y nos hacemos mayores), la idea de etapa, de ciclo, sugiere maneras diversas de ser persona (niño, adolescente, joven, adulto...), estructuraciones y organizaciones de la manera de ser y de construirse.

La transición adolescente no es un simple proceso acumulativo, de aumento, previo a la vida adulta. En ese ir dejando de ser niños se producen transformaciones y, por lo tanto, organizaciones y desorganizaciones. Se deja de ser y se intenta ser; se avanza y se retrocede; se busca la seguridad para paliar la más perenne de las inseguridades; se tiene la sensación de que algo de uno mismo se va con cada una de las crisis cotidianas.

La idea de etapa aplicada a la adolescencia conduce a su consideración de período transitorio a la vez que de tiempo inevitable e imprescindible para su futuro como ciudadano adulto. Todo -problemas y situaciones positivas- tendrá la etiqueta de lo condicional. De aquello que “puede condicionar” el futuro, el resultado posterior; pero, a la vez, de aquello que “está condicionado” por la realidad en la que está inmerso. El uso de drogas y la intervención provocada por ellas deben considerarse en esa doble óptica: algo que deberá evaluarse en lo que tienen de distorsionadores del futuro, de la construcción personal, de la misma manera que son situaciones condi-



cionadas por la etapa en la que viven y que con ella pueden desaparecer si otras intervenciones o reacciones no lo fijan en ellas.

Cuando estamos analizando la adolescencia, su relación con determinados problemas y la posibilidad de prestarle atención, hay que considerarla como un período vital determinado -como todo ciclo evolutivo- por:

_ Un tipo de organización intelectual, es decir, una manera específica de abordar, comprender, elaborar, entender la realidad que le envuelve (el niño de las primeras etapas necesita tocar, comprobar la realidad para pensar; el adoles-

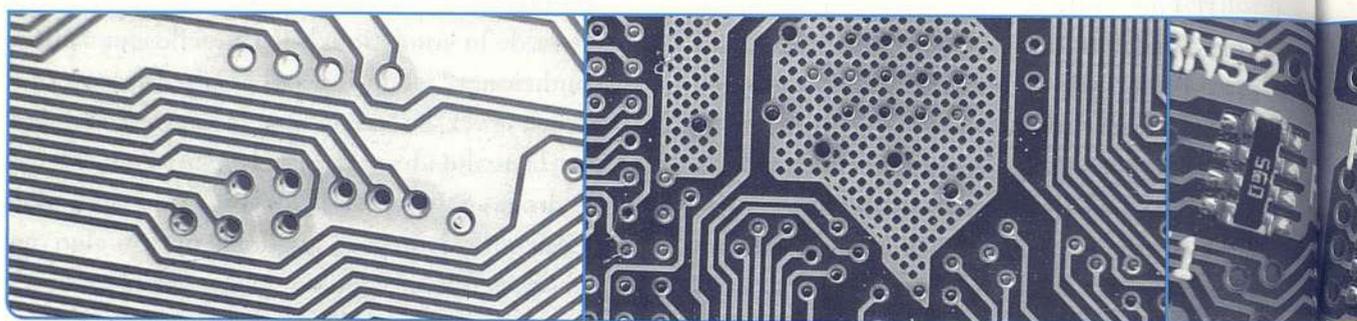
cente, en cambio ha de poder llegar a pensar solo con conceptos o ideas).

_ Un conjunto de vivencias y de emociones dominantes, una manera de organizar las emociones y los sentimientos (la claridad de los sentimientos y su expresión infantil se torna tempestad y desproporción en la adolescencia).

_ Una estructuración de las relaciones con los otros, con los adultos, con los grupos de iguales, con las personas de otro sexo, etc. (ni el grupo ni los adultos pintan ahora lo mismo).

de cada dos relaciones entre él y un adolescente se basa en el conflicto. Necesitan negarnos para afirmarse, atacarnos para sentirse seguros, oponerse para ser. Somos esa especie de frontón en el que chocan sus impulsos y, al volverles rebotados, se sienten vivos. Se oponen, nos niegan en la necesidad de afirmarse. Se oponen a lo que decimos y a lo que somos para afirmar que son diferentes. Las normas y los límites, justamente porque vienen del mundo adulto, están destinadas a ser transgredidas.

Los usos de drogas, por ejemplo, y las posibilidades de intervención no escapan a esa lógica. Con frecuencia corremos el riesgo de que lo que



tiene que ver con las drogas caiga de lleno en el frente de nuestros conflictos con los adolescentes. No solemos darnos cuenta que beber en la acera, andar con litronas o ponerse ciego -como pintarse la cresta o ponerse una cazadora llena de chapas- forman parte del ejercicio de la provocación, forman parte de su afirmación de la diferencia. Tanto como sea posible debemos ingeniárnoslas para que los usos de drogas no entren en esa relación o, si ellos lo pretenden, no implicarnos en ella. En esta misma línea hay que relativizar el efecto real de las normas legales y de las prohibiciones y no confiar excesivamente en sus efectos.

Son personajes con una gran capacidad para descubrir el doble lenguaje, la doble moral, la hipocresía, la incoherencia (de eso hay mucho hoy en el mundo de las drogas ...). Va a produ-

1.5 Provocar e imitar al adulto

Si tenemos en cuenta los cambios en la relación con el adulto, habremos de recordar que una

irse más de una pregunta “impertinente”, más de una crítica a nuestro comportamiento, más de un poner el dedo en la llaga, sin que podamos echar mano del argumento de autoridad ni invocar -como a veces hacemos provocando su enfado- nuestra experiencia. Más que encastillarnos en una especie de dogma inamovible conviene que nos vayamos preparando para responder a preguntas sin fácil respuesta, para estimular su independencia de criterio más que para construirles un sistema de verdades a ciegas.

Pero no es únicamente la función de frontón la que nos corresponde ejercer. Se construyen igualmente en un proceso de imitación, de relación

que, por la vía de la imposición, provocan oposición haciendo mucho más difícil fijarlos.

1.6 Casi todo tiene que ver con conductas de grupo

Aunque sea un tópico, no por eso debo dejar de referirme a la importancia del grupo en la vida adolescente. Como persona en parte a la deriva, en medio de los cambios subjetivos y las demandas sociales contradictorias a las que se ve sometido, necesita encontrarse entre iguales que pasan por la misma situación, que le sirven de referencia sobre su normalidad y de mecanismo de defensa ante los que no son como él. En el



positiva con los adultos que les rodean. Necesitan adultos cercanos y positivos que les den idea y apoyo de cómo demonios pueden encontrar una manera de ser, una manera de avanzar.

La ausencia de adultos positivos a su alrededor les deja en una soledad llena de dificultades y sin ningún proyecto de persona en el que mirarse. Si, durante muchos años, van a estar en itinerario, en camino, en transición, no necesitan tutelados ni guías. Les resultan imprescindibles tutores, mentores, adultos cercanos y disponibles que caminen a su lado, observadores atentos a sus demandas, a sus dudas, a sus tropiezos.

Esa disponibilidad y esa cercanía nos dará autoridad para indicar los límites. Esos límites

grupo comparte problemas, vivencias, papeles, ensaya identidades, busca afinidades. No hay adolescencia sin grupo. El grupo viene a ser como la piel que lo contiene, que le sirve de “envase” y de tapia defensiva.

Habrá momentos en los que la única manera de ser él mismo será ser como los otros.

Esta condición evolutiva nos hace tener presente el principio educativo según el cual no debemos

proponer al adolescente algo que le oponga frontalmente al grupo. Esta condición “inevitable” conduce, como es sabido, a estrategias educativas diversas: inducirle a ser él mismo sin dejar de ser miembro de su grupo de iguales (“pasar” de beber siempre cerveza aunque el grupo lo tenga casi como norma); o evitar que las señas básicas de identidad del grupo sean conductas problemáticas o conflictivas (evitar que se constituyan en grupo, por ejemplo, en torno a conflictos comunes con la escuela, o alrededor de una prohibición) dinamizando el grupo en torno a elementos positivos de cohesión; o, finalmente, potenciando su pertenencia a otros grupos como sustitución del que es generador de sus dificultades, para no dejarlo sin identidad grupal.

Casi todos los fenómenos adolescentes se producen en relación con los grupos de la misma edad, o con los que viven una situación similar.

A la vez, esos grupos se conforman también en relación con los adolescentes de más edad y con los adultos cercanos. Entre unos y otros se producen presiones de conformidad, necesidades de estilos de vida diferenciados, modas, imitaciones, identificaciones, difusión de vivencias y de climas emocionales, antagonismos, etc.

Habría que añadir, sin embargo, que la grupalidad no es única ni uniforme y que, para abordar este aspecto de la adolescencia actual conviene introducir algunas diferencias. Por un

lado está todo lo que tiene que ver con las conductas masivas (grandes grupos de adolescentes y jóvenes que participan en actos como un concierto). Por otro el grupo de colegas para la diversión (con ellos se sale, con ellos se pasa el rato...). Finalmente, están todas las agrupaciones de amistad, de personas con las que se comparten momentos vitales, experiencias, dudas y agobios. Cada situación requiere planteamientos diversos.

1.7 Hay momentos para todos los gustos

No todos los momentos de la transición adolescente son iguales, debe señalarse que hay momentos o etapas (subetapas si se quiere ser más preciso) que presentan una mayor complejidad, una mayor dificultad. En casa, o en la escuela son perfectamente diferenciables los periodos iniciales de algunos intermedios, algunas etapas de mayor bonanza con periodos de agudización de las crisis. No es lo mismo hablar de un chico o chica de trece años que de uno o una de quince.

Aún estando en estrecha relación con el medio social concreto en el que se produce la evolución, los adolescentes pasan, de una manera relativamente generalizada, por pequeñas etapas críticas. Los sucesivos cambios llevan casi a tener que inventar un nombre para cada período de avance adolescente. Es como si se fuera adolescente por períodos cortos y sucesivos, de año en año, de mes en mes.

La necesidad de poner énfasis en esta diversidad de momentos no nace de un afán de purismo descriptivo, sino de la preocupación por precisar maneras de intervención más adecuadas. Así, en la preadolescencia (en torno a los trece-catorce años), el inicio de las transformaciones, la primera transición hacia la adolescencia, suponen conflictos y dificultades específicos: mayor conflictividad en la relación con los adultos, inseguridad al

“sentirse funcionando por dentro”, vivencia primigenia de las primeras experiencias adolescentes, etc. De hecho, tanto educativa como socialmente, ese período suele requerir preocupaciones y maneras diferentes de prestarles atención.

Pero también se suceden otros momentos, por ejemplo, en torno a los quince-dieciséis años, asociados a la dificultad de ubicación en el sistema escolar o en el sistema familiar, o con mayor o menor carga de los enamoramientos y de las primeras experiencias sexuales.

**Con uno u otro ejemplo
tan sólo quiero señalar que
la transición adolescente,
aún interpretándola
como una etapa global,
no es uniforme.**

Hay momentos en los que se presentan conflictos específicos, en los que se da una especial

sensibilidad hacia determinadas influencias.

1.8 Son especialmente mediáticos

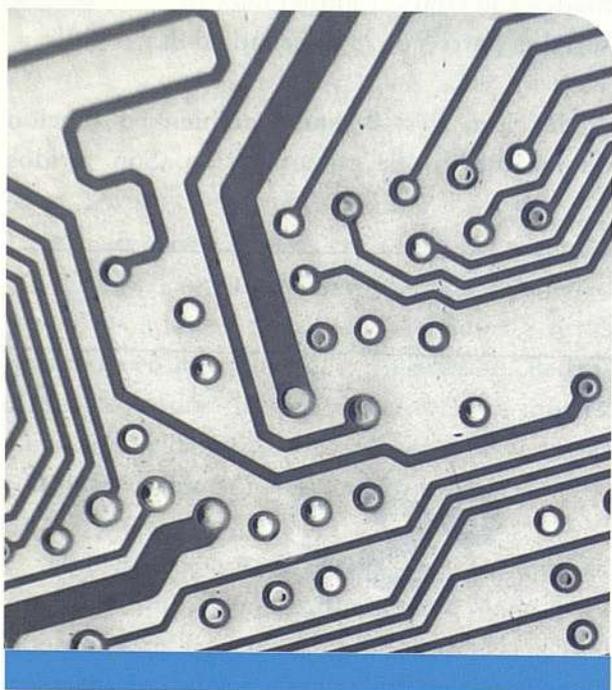
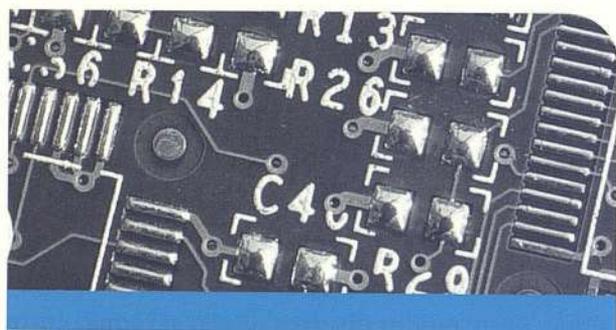
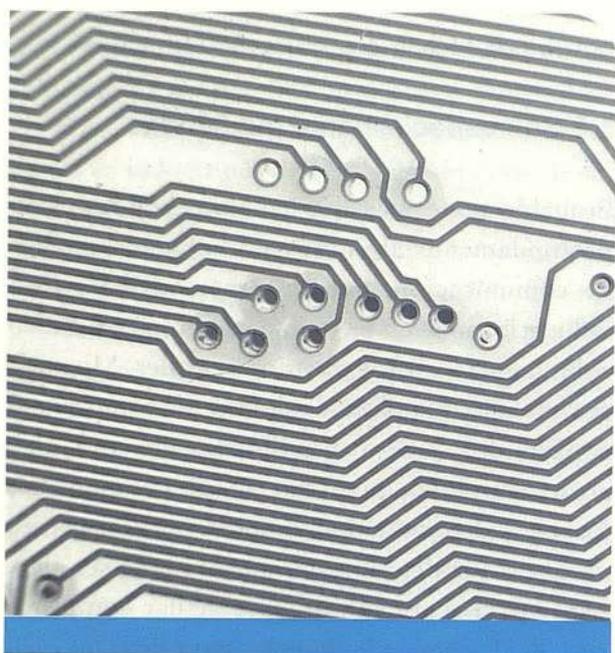
Probablemente más que en otras edades están profundamente afectados por algunos medios de comunicación, por los “mass-media”. Esta influencia, no es un mero impacto propagandístico sobre modas, gustos o estilos juveniles. Mientras por un lado estabiliza al adolescente como sujeto consumidor (sujeto que difícilmente será algo si no consume), por otro añade componentes básicos a determinados comportamientos, ya sea vestir de una determinada manera para ser algo, beber para sentir la música o actuar con cierto rito, de determinada manera, para ligar.

Se trata de una influencia que uniformiza estilos y comportamientos, pero que también agudiza las diferencias, genera más contradicciones y conflictos entre los grupos. Contribuye a difundir de la misma manera los modos “pijos” de ser adolescente que las imágenes estereotipadas de delinquentes y marginales, produciendo tensiones entre modos diversos de ser, así como entre modos tolerables o intolerables de comportarse según el patrón de la sociedad adulta.

Se viven a sí mismos también en función de los medios de comunicación. Son vividos

BancSabadell





por los adultos más por como son presentados en sociedad, por como son representados, reflejados en los media, que por lo que realmente son y hacen.

1.9 En su vida pasa de todo

El proceso de transición adolescente no es lineal, está determinado, alterado por un conjunto de “sucesos”. El recorrido adolescente hacia la vida adulta, está condicionado por “sucesos”, por acontecimientos, por aquello que va sucediendo, pasando, en su vida. La transición no es una especie de evolución ontogénica, derivada del ser, algo que se producirá pase lo que pase. Por el contrario, actos, circunstancias, experiencias, sucesos en un sentido genérico, determinan recorridos distintos, adolescencias y vidas adultas diferentes.

El adolescente será distinto en la medida que esté o no esté en una escuela, tenga o no independencia familiar, su familia se vea sometida a migraciones o esté arraigada en un determinado medio, la unidad familiar se vea sometida al desempleo, él mismo consiga tener pronto alguna experiencia laboral o se ancle en la exclusión del sistema educativo y del productivo, etc. El recorrido de transición estará condicionado por estos y otros muchos sucesos.

De manera sintética podría decirse que el proceso de integración social queda condicionado por aquello que va sucediendo en el ámbito escolar y por las primeras experiencias en el mundo laboral; se produce como resultado de los logros educativos y de las oportunidades ocupacionales.

Igualmente la adolescencia puede estar condicionada, alterada por una serie de sucesos “negativos”. Especialmente “negativos” en relación con el tema que nos ocupa, pueden ser de dos tipos:

2. Esquema para analizar las conductas de riesgo entre los chicos y chicas adolescentes

Si pudiéramos dedicarnos a fondo a abordar los diferentes aspectos implicados en las conductas de riesgo y el enfoque de las repuestas posibles, habría que tener presente, como mínimo, todas las cuestiones que resumo en el cuadro siguiente y forman la pauta de discusión que suelo utilizar en los seminarios de trabajo sobre el tema:

_ Aquellos que sean la respuesta de la sociedad a sus conflictos (desde la pura reacción de la comunidad contra su aspecto, hasta la persecución penal de sus conductas);

_ Los sucesos que afectan a la alteración de su estado de conciencia, a la búsqueda de estados de conciencia anómalos, vivencias artificiales, (con el evidente riesgo de que, por repetición, se conviertan en estados de conciencia “normales” cuando todavía por razones de edad otras muchas vivencias y estados no se han asentado).

En síntesis, podemos hablar de la adolescencia como un proceso -en el que, por lo tanto, hay una dinámica evolutiva, de cambio- que se da en un marco social e histórico concreto; en el que se suceden etapas y acontecimientos, hechos y circunstancias, algunos de los cuales serán estabilizadores y otros problematizadores, pero con capacidad de generar recorridos diferentes, adolescencias diferentes. No siempre este avanzar, este evolucionar, este transitar es hacia delante, hacia el futuro, sino que a menudo se producen desviaciones, salidas o entradas en una situación social menos aceptada, con más conflictos dentro de la sociedad.

1. Preguntas previas:

- _ Distingamos: ¿situaciones, conductas o factores?
- _ Donde nace la percepción del riesgo y quien lo siente

2. Las lecturas que los adolescentes y jóvenes hacen de la idea de riesgo:

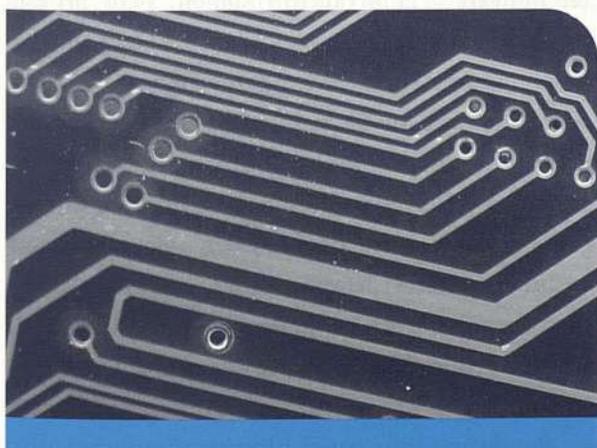
- _ el riesgo como probabilidad
- _ el riesgo como ruptura
- _ el riesgo como peligro
- _ el riesgo como diseño vital

3. Elementos que definen una situación de riesgo: aspectos positivos, problemáticos y contradictorios

4. Sentido del concepto de prevención y diseño de objetivos posibles y positivos

5. Los “estilos de vida”, una forma de comprender los comportamientos juveniles:

- _ Componentes básicos de un estilo de vida



_ Algunos añadidos como las tribus y las culturas

_ Cómo observar estilos, cómo estudiarlos

6. ¿ Educación para la salud o entrenamiento para la gestión de los riesgos?

_ Del riesgo a la tranquilidad, pasando por la reducción de daños

_ También pueden amar la tranquilidad

_ Qué refuerza y qué sustenta algunas conductas arriesgadas

_ La percepción del daño y el descubrimiento de los límites

_ La difícil argumentación en términos de futuro

_ De la experimentación a la toma de conciencia

_ La acumulación de experiencias positivas

7. Educación de invernadero: sólo

3. Conformismo inconformismo y riesgos

Desde mi punto de vista, los diversos grupos adolescentes tienen hoy una vida bastante empapada de conductas de riesgo, de conductas que les proporcionan experiencias y vivencias de una cierta intensidad y que a su vez comportan peligros añadidos para su salud, su maduración o su integración social. Sin embargo, sus vidas -como globalidad, como proyecto humano- parecen tener muy poco de arriesgadas; parecen moverse, también en cuanto a los riesgos, en el inmediatez de la experiencia puntual, limitada, asociada al presente, con escasa proyección hacia el futuro. Sólo en contados casos la ruptura

cotidiana que sus actividades de riesgo suponen se engloba en un cierto proyecto vital inconformista.

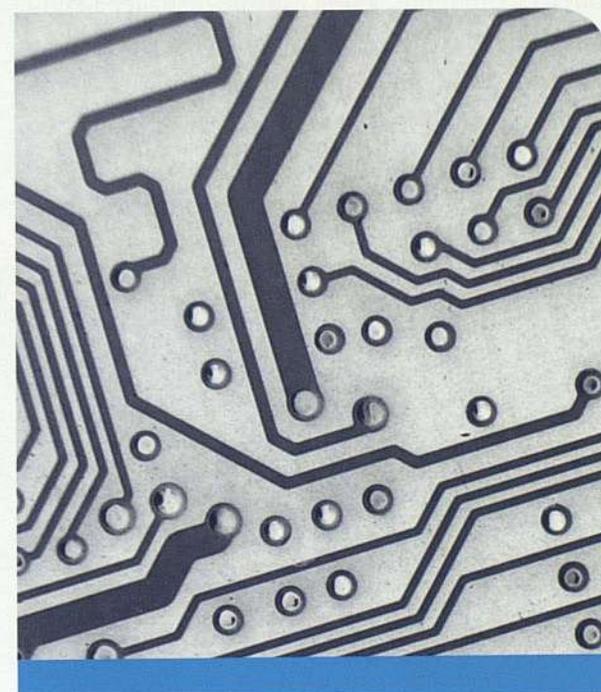
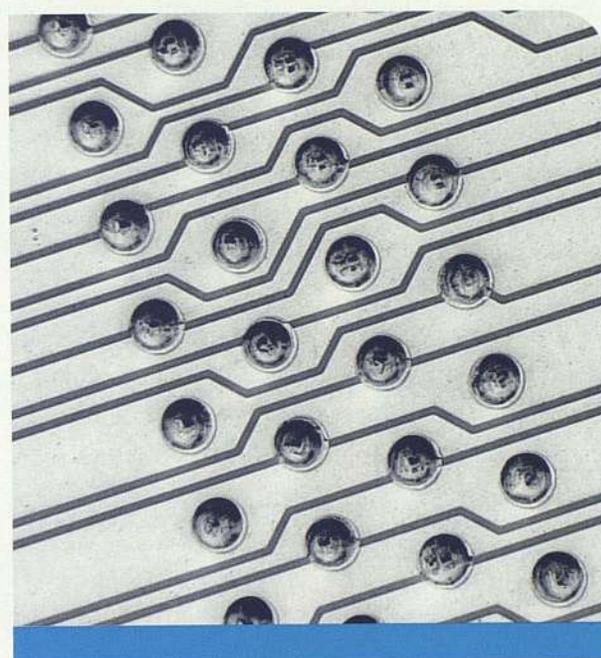
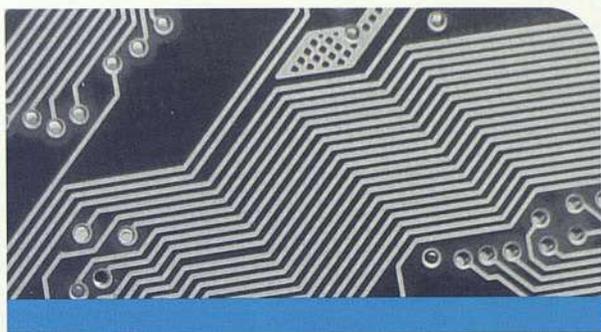
¿Por qué esta diferenciación? La gravedad que suponen algunas conductas entre los adolescentes está determinada por la conciencia de riesgo que logren tener. Pero esa conciencia, en cuya creación los adultos mediante la educación hemos de colaborar, no puede ser una simple red de timbres de alarma, de luces rojas que advierten del peligro. Probablemente sólo con la creación del atractivo por una vida globalmente más llena de generosidad, de arriesgarse por proyectos más amplios, sean manipulables los riesgos cotidianos. Quizás sólo el riesgo como diseño vital, como elemento que le ayuda a estructurar su futuro, modifique las conductas del riesgo como atractivo de lo cotidiano.

Buscando un ejemplo, con todas sus limitaciones, podría recurrirse a un símil de la construcción. En un determinado barrio, varios edificios están en obras; son visibles las estructuras tambaleantes, los materiales con peligro de precipitarse. Las personas que se introduzcan en la zona "corren el riesgo" de resultar heridas. Los adolescentes se sienten atraídos por la aventura de investigar los espacios, desafiar el vacío, circular por zonas desconocidas. La reducción de los riesgos puede diseñarse, al menos, de cuatro maneras. La primera, prohibiendo el acceso (el peligro y la atracción siguen, pero no está permitido entrar). La segunda consisten en permitir circular por la zona, pero usando casco (el peligro continúa, pero pedimos a las personas que adopten comportamientos que reduzcan los efectos de los riesgos). En tercer lugar, se pueden reforzar las protecciones, poner redes que eviten la precipitación de materiales, fijar recorridos más seguros, etc. (el peligro sigue, pero se ha reducido su probabilidad).

Puede ocurrir que algunas personas (los

adolescentes en nuestro caso) vean profundos inconvenientes en las limitaciones y cambios de conducta que se establecen para que puedan gestionar de una manera más adecuada los peligros a los que se someten deambulando por la zona. Es entonces cuando aparece la necesidad de plantear, además, la cuarta manera de abordarlos: es bueno arriesgarse, con límites, en la medida que se hace por un proyecto que tiene sentido. En nuestro barrio en obras se tratará de que aceptasen el casco o la acotación de los espacios porque aquellas obras forman parte del diseño de un barrio diferente, o son la posibilidad de que ciudadanos que habitan en precarias condiciones tengan una vivienda digna. Se pone al alcance del adolescente el proyecto global, se trabaja para que lo viva como una ilusión que le afecta, como algo más amplio que su vida cotidiana, en lo que puede participar, un proyecto en el que puede comportarse con mayor riesgo y dedicación que los adultos, evitando en lo posible los accidentes. Riesgos y limitaciones se recolocan en función de proyectos vitales, personales y sociales de mayor envergadura.

Al margen de estas consideraciones, es posible añadir algunos elementos más al análisis de la problematicidad de las conductas en términos de riesgo como atractivo, como estímulo. Por un lado, determinados consumos, rodeados del halo del riesgo, se les aparecen a algunos adolescentes como lo único que puede alterar, hacer diferente, una vida en la que ya no parece quedar territorio virgen para explorar y experimentar, una vida saturada de estímulos, de experiencias. La gravedad de un consumo de drogas, por ejemplo, se asienta en la "fama" de la que va precedido, en las expectativas de efecto que se le han atribuido. En esa perspectiva, queda claro que la mejor acción educativa no es magnificar el peligro, sino desactivar las imágenes y los simbolismos que lo rodean (¿por qué no trabajamos educativamente los dolores de cabeza

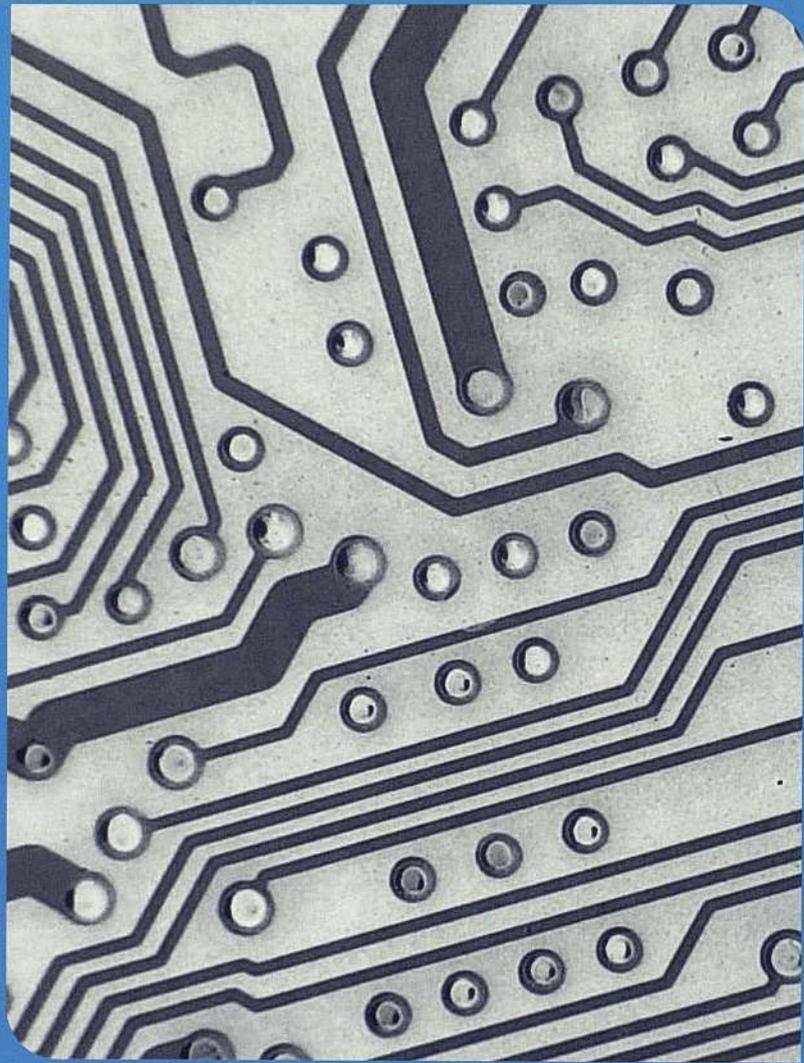


de aquel adolescente que probó una droga esperando el éxtasis y sólo obtuvo una modorra?).

Con frecuencia, sin embargo, el panorama es el inverso. La vida del grupo adolescente transcurre en la ausencia total de estímulos, de propuestas, de experiencias estimuladoras. El riesgo de los consumos presentes en su medio aparece como lo único estimulante que puede obtener. No hay nada en sus vidas con lo que poder "alucinar". El tiempo vacío y anímico de sus días a la espera de ser algo en la sociedad ha de llenarse con algo, con alguna mínima experiencia vivida como satisfactoria o, al menos, como modificadora de la rutina cotidiana.

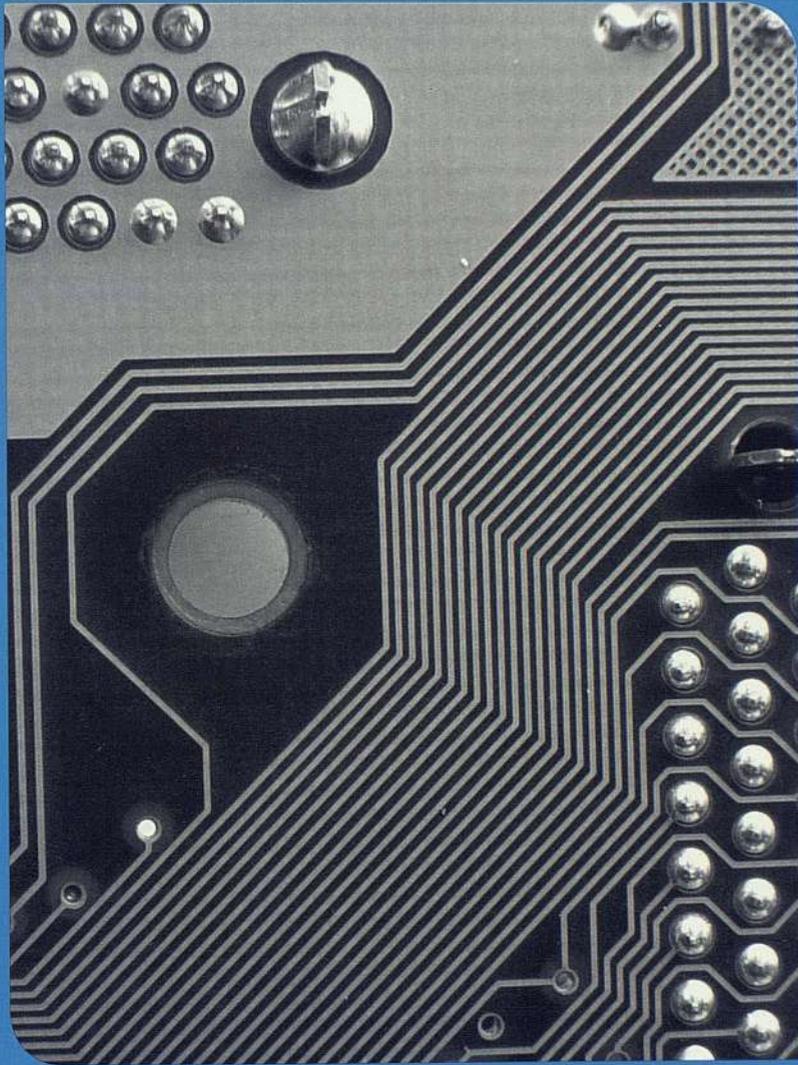
En uno y otro caso la problematicidad de las conductas no está centrada en ellos y ellas. Depende en su parte más sustancial de los estímulos y las experiencias ausentes o saturadoras de sus vidas.

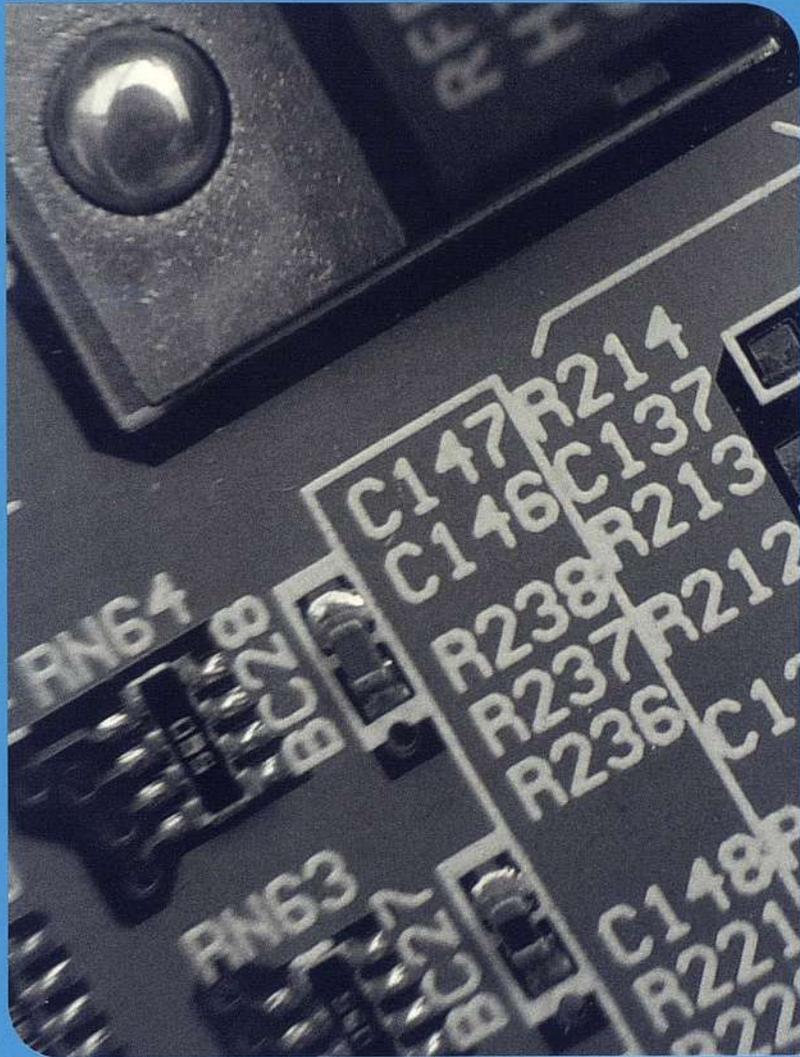
Finalmente, los riesgos en la adolescencia también se han analizado en términos de la necesidad de someter a ese cuerpo, que se siente nuevo y diferente, a una especie de prueba suplementaria. Igualmente, debemos considerar que el riesgo también tiene que ver con la necesidad adolescente de forzar al máximo los límites que la sociedad le impone con sus prohibiciones. Es el atractivo por transgredir aquello que la sociedad adulta prohíbe.



ros
pa-
do
l...
cial
na
ad

ra-
te.
tro
él
ra
os
na
llo
ad,





www.ohsjd.es

