

MARÇ 2021

# PSIARA

LA REVISTA DIGITAL DEL COPC



**“ELS PROFESSIONALS  
DE LA SALUT ESTAN  
MOLT FORMATS PER  
CUIDAR PERÒ MOLT  
POC PER CUIDAR-SE”**

Entrevista a  
**Toni Calvo**

**1** **EDITORIAL:**  
HA DE TENIR EL COPC  
UNA POSICIÓ OFICIAL?

Per **Guillermo Mattioli**

**19** **MUSICOTERÀPIA:**  
PSEUDOTERÀPIA O TERÀPIA  
AMB BENEFICIS PROVATS?

GT Musicoteràpia del COPC



# Segon número de la nova revista digital del COPC

L'edició de març de 2021 és el segon número de la nova revista digital del COPC. Una edició amb continguts inevitablement marcats per la pandèmia però, sobretot i com sempre, amb reflexió al voltant del món de la psicologia.

Des de les seves pàgines, volem donar les gràcies a totes les persones col·legiades, no col·legiades, membres de la Junta de Govern i de l'equip humà del COPC que han col·laborat en l'elaboració, edició i treball de propostes sense les quals no hagués estat possible oferir aquest nou número.

A continuació, us convidem a descobrir l'edició primavera i gaudir de les experiències i el saber de les veus que el conformen.



# CONTINGUTS

## **Ha de tenir el COPC una posició oficial?**

*Editorial, Guillermo Mattioli*

1

## **“El professionals de la salut estan molt formats per cuidar però molt poc per cuidar-se”**

*Entrevista a Toni Calvo, director de la Fundació Galatea*

3

## **Miedo a las vacunas. Aportaciones desde la psicología**

*Reflexió i pràctica, Pablo Palmero*

7

## **‘Primum non nocere’, primero no hacer daño**

*Reflexió i pràctica, GT Psicoanàlisi i societat del COPC*

13

## **La nueva normalidad. La nueva vida: ¿vida nueva?**

*Reflexió i pràctica, Laura Molet*

17

## **“Als Estats Units, Alemanya i Anglaterra la musicoteràpia gaudeix de tot el reconeixement que aquí encara no té”**

*Entrevista a Emma Plana, Aina Valls i Núria Escudé, membres del GT de Musicoteràpia del COPC*

19

## **La prevenció en salut mental. Una realitat dels serveis socials**

*Reflexió i pràctica, Victoria Rodríguez*

23

## **La violencia laboral en las residencias de mayores. ¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria?**

*Ressenya, Nathalie P. Lizeretti*

25

## **Directrices de buenas prácticas para el ejercicio de la coordinación de parentalidad: actualización 2020**

*Treball guanyador del Premi COPC al foment dels grups de treball 2020*

27

---

# HA DE TENIR EL COPC UNA POSICIÓ OFICIAL?

PER GUILLERMO MATTIOLI, DEGÀ DEL COPC

En diverses ocasions, alguns grups de persones col·legiades s'han dirigit a la Junta de Govern inquirint quina era la posició oficial del Col·legi sobre algun debat present en la societat que ens interpel·lava com a professionals de la psicologia. I en alguna ocasió, aquestes preguntes deixaven entreveure la convicció que el Col·legi tenia l'obligació de manifestar una posició clara sobre el debat en qüestió.

El cas més recent ha estat generat pel projecte conegut com a Llei Trans (Llei per a la Igualtat Real i Efectiva de les Persones Trans). L'anterior va girar al voltant de la Coordinació de Parentalitat, atès que algunes persones col·legiades i associacions feministes hi veien una reaparició dissimulada de la Síndrome d'Alienació Parental (SAP). I bastant més lluny en el temps, recordem el moviment en contra del DSM.

Sens dubte, es tracta de temes importants, debats que repliquen una part de la realitat social i sobre els quals la nostra professió té molt a dir. Perquè com a professionals de la cura i l'ajuda, totes i tots tenim bastant o molta experiència, reflexió i valoracions a aportar, però també, just per això, hi alberguem una varietat de posicions, una diversitat que es tradueix en posicions diferents que de

vegades s'adrecen a la Junta de Govern demanant la posició oficial del COPC.

Com a òrgan de representació professional, el COPC ha d'escoltar les veus de tots els col·legiats i col·legiades. Entre totes i tots enriqueixim un coneixement científic i tècnic imprescindible per al millor saber fer professional. Estimular el diàleg, apel·lar a la seva virtut heurística i sanadora, aquesta és la manera que tenim com a Junta de Govern per ajudar a resoldre aquestes diferències.

Ara bé, els debats entre posicions fermes i convençudes corren el risc de la polarització. L'acceleració que produeixen els fòrums i les xarxes fa més difícil que les banderes que volen enfrontar-se trobin la millor i més calmada proporció entre les seves tesis. Ans al contrari, solem veure com els pols s'enroquen, els relats se simplifiquen i la reflexió professional de la psicologia, com a ciència aplicada que necessita el matís i el detall subtil, corre el risc de perdre's en la confrontació.

Davant situacions com aquesta, la Junta de Govern ha apel·lat a diverses maneres de resoldre-les, com ara traslladar les demandes de posicionament a les Seccions més pròximes al tema, convidar els grups a

entaular un diàleg entre representants qualificats i qualificades de cada opció, en forma de taula rodona, o també convidar al debat en un clima de privacitat, sense la pressió de tenir una audiència present.

Els resultats obtinguts han il·lustrat diverses dificultats: les taules rodones corren el risc de reduir-se a relats d'autoconfirmació, les Seccions s'arrisquen a reproduir en les seves juntes el debat que va donar origen al tema, i els grups convidats a conversar en privat necessiten un temps de preparació que, inevitablement, posterga la solució que es reclamava tan peremptòriament.

Tot això demostra que la qüestió és molt més complexa del que pensen els qui es dirigeixen al Col·legi demanant una posició oficial. Per això abunden les posicions, però cap pot ser oficial.

Com vaig comentar en l'editorial del número 1 d'aquesta publicació, des de la Junta de Govern "Volem que el nou Psiara sigui una eina de participació i intel·ligència col·lectiva entre col·legues, que reflecteixi la vitalitat de la nostra vida professional". Ara, reitero la nostra confiança que aquesta revista es converteixi en un vehicle per a l'expressió que tradueixi en paraules els diferents enunciats científics, professionals i axiològics dels nostres col·legiats i col·legiades.

És a dir, un punt d'exposició, debat i trobada al que totes i tots estem més que convidats.

Tanmateix, tot l'anterior no exclou que en algunes circumstàncies la Junta de Govern consideri que, en l'exercici de les seves funcions, sigui necessari emetre algun missatge sobre algun tema inherent a la professió.

Si aquest arribés a ser el cas, sempre el farà en el seu propi nom i no en el de totes les persones col·legiades, escoltant totes les veus i assumint que cap junta pot representar la totalitat dels seus representats.

Els i les professionals de la psicologia sabem molt bé que, encara que els debats tendeixen a configurar-se en dos pols, les parts són sempre almenys tres.

I que el tot no existeix.



**Guillermo Mattioli i Jacobs**  
**Degà del COPC**

# TONI CALVO: "ELS PROFESSIONALS DE LA SALUT ESTAN MOLT FORMATS PER CUIDAR PERÒ MOLT POC PER CUIDAR-SE"

TONI CALVO, DIRECTOR DE LA FUNDACIÓ GALATEA, DIRECTOR DEL PROGRAMA DE PROTECCIÓ SOCIAL DEL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA I PSICÒLEG

En temps de pandèmia, els i les professionals de la salut han patit no només les mateixes preocupacions que la resta de la població, sinó també una sobrecàrrega afegida de feina i estrès. I ningú millor que Toni Calvo, director de la [Fundació Galatea](#), director del programa de protecció social del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i psicòleg, per conèixer com ens ha afectat i ens continua afectant aquesta situació, quina és la importància de cuidar-nos, i quins són els serveis que tenim a la nostra disposició per restablir el nostre equilibri emocional i poder donar el millor de nosaltres com a professionals de la salut mental.

**A la Fundació Galatea ateneu metges, infermeres, farmacèutics, psicòlogues, treballadors socials... Quins són els factors de risc que tenim en comú les professions de l'àmbit de la salut?**

Estar formats i programats per enfocar-se en l'ajuda de l'altre però, per inèrcia, descuidar l'autocura. I en el cas dels professionals de la salut, cuidar-se no és una opció, és un imperatiu ètic i deontològic. Cuidar-se per poder cuidar, que vol dir autoconeixement, coneixement dels nostres límits, disposar de recursos i d'estratègies d'afrontament, saber descansar....

En la majoria de professionals de la salut hi ha dèficits en aquest sentit. I en el cas particular dels psicòlegs i psicòlogues, m'atreveixo a dir que coneixement de com cuidar-nos en tenim, però fer-ho és una altra cosa.



**Quin percentatge aproximat dels vostres usuaris són psicòlegs i psicòlogues? I quins són els nostres problemes específics?**

Jo diria que el 12% de professionals que estem atenent, tant abans de la pandèmia com ara, són de la psicologia. Des que es va crear el programa [PSYQUE](#) el 2015 amb la col·laboració del COPC, s'han atès 69 professionals de la psicologia, 64 dels quals s'han continuat atenent: 47 dones i 17 homes, més de la meitat entre els 31 i els 50 anys. Els principals motius de la demanda són: trastorn mental (43 casos), i alcohol i altres drogues (12). Els diagnòstics són trastorns depressius i adaptatius.

**Estem millor o pitjor que altres professionals de la salut?**

En general tenim millor salut mental que altres professionals que presenten trastorns més severs, però pitjor que la de la resta de població general, com passa amb totes les professions de l'àmbit de la salut.

Per altra banda, no presentem l'addicció a psicofàrmacs que sí veiem en anestesistes, psiquiatres i odontòlegs/òlogues, però tenim un problema amb el tabac: presentem una addicció a la nicotina per sobre de les altres professions.

### **Diria que els problemes del nostre col·lectiu han canviat des de l'inici de la pandèmia?**

S'ha accelerat la demanda. Els companys i companyes tenen molta més feina i, per tant, estan molt més exposats a rebre i acollir tot el patiment emocional dels seus pacients, amb el desgast que pot suposar. Durant la primera onada, sentien por a no poder fer bé la feina, a contagiar-se i contagiar la família i la resta de l'equip.

Durant la segona, l'emoció dominant va ser la ràbia, la frustració de no veure la llum al final del túnel, el cansament acumulat, les friccions dintre dels propis equips d'intervenció. I a la tercera, l'emoció dominant ha estat la depressió, la desesperança i la tristesa, que és el que a mi més em preocupa, perquè la por o la ràbia tard o d'hora acaben activant passar a l'acció, mentre que la depressió és més bloquejant i immobilitzant.

Per això, el nostre objectiu quan ens arriben aquests pacients és activar-los, que afrontin, que no es quedin immòbils i bloquejats.

### **Com ens ha afectat la irrupció del teletreball?**

És veritat que ha tingut efectes negatius que ens han anat sobrecarregant: al principi treballant confinats en espais reduïts molt sovint compartits, amb cadires i pantalles que no eren les més adients, amb la pressió assistencial afegida, etc.

Però també tenim la sort de comptar amb una tecnologia que ens ha permès seguir treballant. Conec molts col·legues que mai s'haguessin imaginat fer intervencions per videoconferència però ho han hagut de fer, malgrat el significat i valor que l'atenció presencial té per nosaltres. Però ens hem adaptat ràpidament, fins i tot els i les que tenim una certa edat.

### **I quan un psicòleg o psicòloga s'adreça a la Fundació Galatea, com l'ajudeu? Com comença tot?**

Tenim dos telèfons de contacte. El de la fundació Galatea, 93 567 88 56, i en paral·lel el 900 670 777 de telesuport psicològic. Un cop truques, connectes amb la unitat d'acollida que, a partir de la informació que té, fa un triatge i una aproximació diagnòstica que porta a orientar el o la professional que ha trucat cap a un recurs de la nostra cartera de serveis. Si, per exemple, estem parlant d'un patiment emocional, es dona resposta des del telesuport psicològic.

### **Fins que els doneu d'alta?**

Sí. De 1.400 professionals de l'àmbit de la salut i dels serveis socials de tot Espanya que hem atès durant la pandèmia, hem donat d'alta al 68%, després de fer una mitjana de quatre intervencions per cada professional. Això en cas de patiment emocional.

Quan el patiment és més complex, hi ha patologia mental més severa o de tipus addictiu o amb antecedents psiquiàtrics, o bé tenen una evolució molt tòrpida o complexa, es deriva a psiquiatres a través del programa PSYQUE i es pot arribar fins i tot a l'hospitalització dintre de la clínica Galatea.

Perquè un dels nostres objectius és la continuïtat assistencial, que vol dir garantir l'assistència en la mesura que continuï fent falta.

### **Tot això és gratuït?**

Sí. La fundació Galatea es nodreix de recursos a través de les aportacions que es fan de cada col·legi professional, com ara el COPC, que està al patronat. Ara bé, si després de l'assistència en el telesuport psicològic i aquestes quatre sessions es necessita una continuïtat assistencial, oferim cinc sessions d'atenció psicològica pels mateixos professionals subvencionades al 50% per la pròpia fundació Galatea.

## **També ofereix formació, publicacions, investigació... i l'àgora. Què és l'àgora?**

Són espais no terapèutics d'intercanvi i trobada, on el o la professional pot entrar i intervenir o simplement escoltar. Aquests espais organitzats setmanalment estan conduïts per professionals (la majoria de la psicologia) experts en conducció de grups, i que permeten que es pugui entrar i d'una manera natural, tranquil·la, i es pugui intercanviar experiències i veure què els està passant a altres col·legues de professió.

## **Un altre punt molt interessant és que feu intervenció en grups, equips i organitzacions. Quin paper juguen aquests en la salut dels professionals?**

En un estudi que vam fer l'estiu passat, en plena pandèmia, una de les conclusions per mi més rellevants és que quan un o una professional treballa de manera interdisciplinària amb un equip cohesionat, que respecta funcions i persones, això protegeix el propi equip i protegeix la salut mental individual. Ara bé, quan l'equip no està cohesionat, això afecta directament a la salut mental de cada un dels seus membres. Per tant té molt sentit fer intervencions col·lectives.

De fet, cada cop rebem més demandes d'institucions i organitzacions sanitàries i de serveis socials que necessiten que atenguem els equips interdisciplinaris que han patit, s'han desgastat o fracturat a causa de tot l'impacte rebut, la tensió assistencial i els canvis que han viscut d'un dia per l'altre en la seva feina, que podien significar canviar de lloc de treball, de funció, d'equip...

## **Diria que hi ha més problemes d'equip que individuals?**

Des del març de 2020 hem atès més de 1.500 professionals de l'àmbit de la salut a través d'aquestes intervencions col·lectives, a banda de les 1.400 atencions individuals que comentava abans. Però per nosaltres són molt poques.

## **Poques?!**

Els estudis apunten que més del 58% dels professionals de l'àmbit de la salut estan patint ja senyals d'estrès posttraumàtic, i les xifres que estem atenent estan molt per sota d'aquest 58%, la qual cosa ens fa pensar que la demanda d'atenció individual anirà creixent. De fet, estem preparant els dispositius pensant que anirà creixent amb més velocitat en la mesura que la pandèmia es vagi reconduint. Creiem que, quan pari la intensitat de la feina, molts i moltes professionals seran més conscients del seu esgotament, del seu patiment i estaran més propers a demanar ajuda.

**UN DELS NOSTRES OBJECTIUS ÉS LA CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL, QUE VOL DIR GARANTIR L'ASSISTÈNCIA EN LA MESURA QUE CONTINUÏ FENT FALTA.**

## **Per què no ho fan ara?**

Maneguem diferents hipòtesis. Una, els professionals de la salut estan molt educats per cuidar però molt poc per cuidar-se. Dos, algunes professions com medicina, odontologia o farmàcia són molt resistents a demanar ajuda. Tres, tenen por a perdre el seu prestigi si la gent sap que tenen algun trastorn mental o patiment emocional. A treball social o infermeria aquesta por a l'estigma és molt menor. Els professionals de la psicologia estariem al mig.

## **Què pot trobar a Galatea una persona col·legiada al COPC?**

Davant de qualsevol patiment o sensació d'esgotament, pot trobar un professional expert que el podrà escoltar, orientar i aconsellar. Si té dubtes de si el que li passa és greu o no, tindrà la possibilitat de consultar-ho. Si realment hi ha un trastorn mental que fins i tot porta temps diagnosticat, pot resoldre dubtes sobre si està sent ben tractat o si necessita un nou diagnòstic. Si està treballant amb un equip que està patint, pot rebre una intervenció grupal. Si vol compartir amb altres col·legues les sensacions o sentiments que està tenint, pot participar en l'àgora.



I si entra [en el web](#), podrà trobar tots els estudis que hem fet en els nostres 20 anys de funcionament, una caixa de recursos que li poden ser útils per gestionar el seu propi malestar i propostes de formació des d'una plataforma telemàtica pròpia.

### **Davant l'aparició de la COVID-19, el COPC i Galatea vam col·laborar en el telèfon d'atenció als professionals que patien. Quin balanç pots fer d'aquesta col·laboració?**

Un balanç molt positiu, tot i que pensàvem que tindríem més demanda de la que hem tingut. Per mi ha estat molt important tot el treball de suport de moltes institucions per engegar el telesuport psicològic i desenvolupar-lo: Fundació "la Caixa", el treball excepcional que hem fet amb el COPC, amb el Guillermo Mattioli al capdavant, amb el que hem estat permanentment en contacte, amb el COP, amb el Consejo General de Colegios de Médicos, amb el Consejo General de Enfermería, amb el propi Ministeri de Sanitat, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, l'Ajuntament de Barcelona i altres institucions privades. Jo, modestament, em sento molt satisfet d'aquest treball col·laboratiu que encara continua i que és com una flama que cal mantenir oberta.

### **Vostè és psicòleg. Què creu que ha pogut aportar a una fundació com Galatea pel fet de ser-ho?**

Tot el que he aportat ha estat en treball d'equip, un equip de 52 psicòlegs i psicòlogues psicoterapeutes del qual em sento molt i molt orgullós. Però una aposta que he fet personalment, tot i que m'ha pogut portar alguns problemes, és que aquests 52 professionals siguin persones amb formacions de marcs teòrics diferents, amb un objectiu comú: la salut dels professionals de la salut. De vegades m'han dit: "Escolta, com és que teniu gent amb formació cognitiu-conductual, dinàmica, psicoanalítica...? Per què no són tots de la mateixa línia?" I jo he respost: "perquè la diversitat no és una amenaça, sinó una oportunitat".

### **Què ha après ajudant altres psicòlegs?**

He après la necessitat de treballar en equip, el que significa ser respectuós amb la formació i manera de ser de cadascú, i tenir la capacitat de cuidar les relacions amb el teu equip. Perquè per molt que estem molt preparats i en sapiguem molt, si no tenim la intenció i la consciència de voler-nos cuidar també en el treball, el risc de fractura personal i de l'equip és molt alt en una situació com l'actual. He après que hem de fer com els mestres orientals, que practiquen el que prediquen, i no com els occidentals, que diuen una cosa i en fan una altra. Quan portàvem tres setmanes amb el telesuport psicològic, una persona de la unitat d'acollida de les més expertes que tenim, em truca un matí i em diu: "Toni, estic patint més que mai. El que estic escoltant a la unitat d'acollida no ho havia escoltat mai, a part que jo també tinc por amb això de la pandèmia". Automàticament, al vespre vam muntar una línia de suport psicològic pels que estàvem donant suport psicològic. Havíem de ser coherents. Ara, moltes de les reunions que fem cada setmana comencen dedicant uns minuts a dir com estem.

I he après que la psicologia s'enfronta amb un dels seus més importants reptes de la història: tenir la capacitat d'organitzar-se per donar resposta al que necessita la població a nivell emocional, és a dir, com es posiciona la psicologia en aquests moments en la situació que la gent està patint.

**DES DEL MARÇ DE 2020 HEM ATÈS MÉS DE 1.500 PROFESSIONALS DE L'ÀMBIT DE LA SALUT A TRAVÉS D'INTERVENCIONS COL·LECTIVES, I 1.400 ATENCIONS INDIVIDUALS.**

### **Què és el millor de la seva feina?**

Ara mateix em sento molt content del treball d'equip. Em crec la meva feina, sento la meva professió. Gaudeixo aplicant els meus coneixements cada dia. I sobretot, gaudeixo de fer un treball que té a veure, amb modèstia, amb millorar la qualitat de vida de les persones.

# MIEDO A LAS VACUNAS. APORTACIONES DESDE LA PSICOLOGÍA

POR PABLO PALMERO, PSICÓLOGO GENERAL SANITARIO

Estamos entrando en una nueva fase de la pandemia, quizás, con suerte, la última. Con la llegada de las vacunas, un nuevo horizonte está cada vez más cerca pero, paradójicamente, algunos de los obstáculos de esta fase no vienen de fuera. Según el barómetro del CIS de enero de 2021, cerca de un 20% de la población aún se niega o se muestra reticente a vacunarse.

Nos conviene invertir tiempo y los recursos necesarios para afrontar este reto. El personal médico, científico y político debe informar de forma clara y entendible sobre las vacunas, pero no podemos perder de vista que parte de este rechazo tiene un componente más reactivo y emocional que racional y, en este sentido, los y las profesionales de la psicología podemos aportar mucha ayuda.

Veremos, a continuación, diversos factores psicológicos con influencia directa sobre las reticencias a las vacunas. Unos atienden a patologías concretas tipificadas, otros, a factores psicosociológicos compartidos.

## TRIPANOFOBIA, HIPOCONDRIA Y PARANOIA: TRES PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL MIEDO A LA VACUNACIÓN

**Tripanofobia: miedo a los objetos punzantes.** Hay un 10% de la población que sufre un miedo intenso frente a la idea de la inyección, presentando síntomas como agitación mental y corporal, ansiedad anticipatoria, tensión muscular, mareos, ataques de pánico y desmayos. Este tipo de fobia suele tener unas bases psicológicas y emocionales arraigadas en la infancia, en ocasiones implantadas a través del llamado condicionamiento vicario, según describió el

psicólogo Albert Bandura en su *Teoría del Aprendizaje Social*.

Así, si un niño percibe que sus padres tienen un comportamiento alterado frente a la vacunación, puede asumir que es peligrosa, y acabar actuando y angustiándose de manera similar. Por otra parte, la punción corporal puede despertar reacciones asociadas a agresiones o forzamientos previos y actuar como disparador de daños y emociones largamente reprimidas. Pero independientemente del origen del pánico, tras estas reacciones siempre subyacen sentimientos de soledad y desesperación que necesitan ser acompañados con empatía y respeto. Estas son algunas pautas básicas de acompañamiento:

- Dar ejemplo. Si existe la posibilidad, permitir que vean antes cómo se la ponen a una persona de su confianza, para que comprueben que no hay nada que temer.
- Ser claros. No menospreciar su capacidad para sostener la experiencia, en especial en el caso de los niños y niñas. Informarles de su visita al médico cuando se acerque el momento para evitarles una ansiedad innecesaria. Explicar de forma sencilla para qué se ponen las vacunas, y facilitar el resto de información solo a medida que la pidan. Si lo preguntan, no decirles que el pinchazo no duele, sino que molesta por un muy breve momento y después se pasa. Ser veraces hará que puedan confiar y sentir seguridad.
- Acompañar empáticamente. Ayudarles a entender que el miedo y el dolor son una parte más de la vida. No censurar sus expresiones de malestar.

**Hipocondría: constante preocupación por la propia salud.** Según datos recogidos de consultas de médicos y médicas de familia españoles, la padece entre el 15 y el 20% de la población. En estos momentos, a las personas hipocondríacas les pesa tanto el miedo a infectarse de coronavirus como el temor a que la vacuna pueda tener efectos adversos irreversibles.

Intentar convencerles de que lo que piensan es falso, aportándoles solo información, puede hacernos perder de vista su incuestionable realidad emocional. Quien está en una fase hipocondríaca vive emociones de inseguridad, soledad y desconfianza, propias de una vida personal y relacional afectada que encuentran una justificación en las fatalistas interpretaciones sobre su salud. No se trata de luchar contra sus creencias atiborrándolos con datos e informaciones, sino de escucharlos y ayudarlos a conocer y atender sus males reales. En la actual campaña de vacunación debería existir un servicio de atención psicológico específico y bien formado para acompañar estos casos.



**Paranoia: inventando la realidad.** Durante la pandemia hemos podido comprobar que no son pocas las personas con esta propensión, muchas de ellas organizadas como colectivos sociales activos y reaccionarios, lo que nos da medida de la importancia de entender y atender esta cuestión.

Algunos ejemplos de sus ideas: el coronavirus es un organismo creado en el laboratorio por ciertas élites para dominarnos, los políticos y poderosos están diseñando vacunas con nanotecnología para tenernos más controlados, el gobierno chino lo ha creado para desestabilizarnos, Bill Gates tiene un proyecto eugenésico y ha financiado su creación, todo es fruto de la tecnología 5G...

Las ideaciones paranoicas conspirativas suelen ir acompañadas por la **pronoia** (término acuñado por el psicólogo [Fred H. Goldner](#)), la creencia de que uno/a está dotado/a de una protección especial debido a determinadas fuerzas naturales o sobrenaturales, y las fantasías de salvación o grandes cambios transformadores. Su benevolente y deseable narrativa, y determinadas creencias socioculturales y religiosas, la hacen pasar más desapercibida, pero conduce igualmente a comportamientos de desprotección y descuido de las medidas de prevención básicas: "yo no enfermaré porque me protege mi ángel de la guarda", "se están gestando cambios; dentro de poco la luz vencerá sobre la oscuridad y todo cambiará"...

La gestión de la campaña de vacunación con las personas que sufren esta tendencia reviste muchas complicaciones dentro y fuera del entorno sanitario. Su comportamiento acostumbra a ser aguerrido, con una dialéctica agresiva, autoafirmativa y proselitista. Las personas paranoicas se sitúan en una oposición frontal y defensiva, por lo que difícilmente asumen su problemática. Es importante tener claro que la patología paranoide, también llamada trastorno delirante, atiende a una necesidad de mantener un equilibrio interno psíquico y emocional, y que si no es debidamente acompañado puede conducir a brotes psicóticos o comportamientos violentos. Tratarles de manera despectiva o menospreciando su forma de pensar es lo peor que podemos hacer. Si realmente queremos ayudar a esas personas, no basta con proporcionarles información, sino que hemos de escucharlas con perspectiva humana y comprensiva, sabiendo que su paranoia es una ventana que nos deja entrever sus miedos y heridas. Volver a menospreciarlos es remachar una vez más su idea que la vida es un lugar hostil y que no pueden fiarse de nadie.

Tanto en los casos de tripanofobia como de hipocondría y paranoia, muchas personas pueden acabar optando por evitar la vacunación y los controles médicos, poniendo en riesgo su salud y la del resto.

Dada la enorme relevancia de estas tendencias y patologías, valdrá la pena, y mucho, tener en cuenta la comprensión y recursos que podemos aportar desde la psicología, en el diseño y la gestión de la presente campaña de vacunación mundial. Si las autoridades empiezan desde ya a prever e invertir en estas cuestiones, podremos tratar con más humanidad a los afectados y minimizar la influencia de todos estos factores para el conjunto de la población.

## FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL MIEDO A LAS VACUNAS

Existen otros factores socialmente compartidos y muy extendidos, que permiten entender también el porqué de las actuales reticencias a la vacunación.

### Incertidumbre y necesidad de control

El recelo ante las vacunas tiene sus razones. Solo llevamos un año estudiando y conociendo el COVID-19, el desarrollo de la vacuna se ha realizado con una inusitada celeridad, aún no disponemos de datos masivos para dimensionar sus efectos primarios y secundarios, y a eso hay que sumarle el baile de informaciones y directrices recibidas, la vergonzosa politización de ciertas cuestiones, la falta de imparcialidad de algunos medios y el hecho palmario de que, gracias a esta coyuntura, determinadas empresas y grandes farmacéuticas saldrán muy beneficiadas.

¿Quién puede considerarse totalmente confiado en las autoridades ante tal panorama? ¿Quién puede asegurar con total certeza que las vacunas serán cien por cien eficaces e inocuas?



**PERO EL PROBLEMA REAL CON EL QUE NOS ENCONTRAMOS NO TIENE QUE VER CON ESTAS DUDAS, SINO CON LA RADICALIZACIÓN EN LOS POSICIONAMIENTOS, Y CON LA BÚSQUEDA DE LA SEGURIDAD Y EL CONTROL DE LA SITUACIÓN A TRAVÉS DE LA AFIRMACIÓN DE CONJETURAS DE DIFÍCIL DEMOSTRACIÓN.**

El historiador Yubal Noah Harari expone, en un reciente [artículo del The New York Times](#), que estas teorías "son capaces de atraer a grandes grupos de seguidores en parte porque ofrecen una sola explicación sin rodeos para una infinidad de procesos complicados. Las guerras, las revoluciones, las crisis y las pandemias todo el tiempo sacuden nuestras vidas. No obstante, si creo en algún tipo de teoría de la Camarilla Mundial, disfruto la tranquilidad de sentir que entiendo todo. (...) La llave maestra de la teoría de la Camarilla Mundial abre todos los misterios del mundo y me ofrece una entrada a un círculo exclusivo: el grupo de personas que entienden. Nos hace más inteligentes y sabios que la persona promedio e incluso nos eleva por encima de la élite intelectual y la clase gobernante: los profesores, los periodistas, los políticos. Veo lo que ellos omiten... o lo que intentan ocultar."



El pensamiento dicotómico y reduccionista del tipo blanco o negro, buenos o malos, nos aliena de la complejidad del mundo.

Cuando nos instalamos en ideologías que no pueden ser contrastadas, perdemos la posibilidad de dialogar, de aprender y evolucionar.

Abonamos la pérdida del principio de realidad, malogrando nuestra capacidad de adaptación y comunicación, poniendo en peligro la convivencia y en último término, nuestra vida y las de los demás.

Las autoridades harán bien de tener en cuenta, por tanto, que estos simplismos atienden a una extendida sensación de inseguridad y necesidad de control, sin obviar que en el caso de las vacunas, como en tantos otros, la seguridad absoluta no existe y no se pueden transmitir certezas al respecto. Lo que apremia es fomentar un ambiente colectivo de honestidad que acoja y absorba nuestra inseguridad y actual ignorancia sobre el tema, apelando a nuestra fuerza y cobijo de grupo.

### **Falta de información y necesidad de saber**

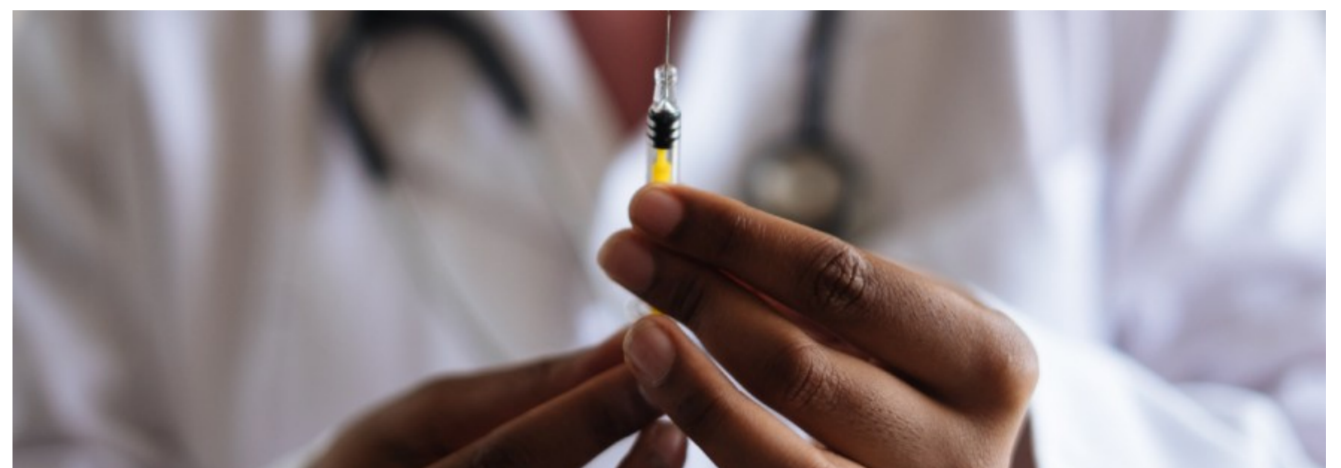
En el año 2010, a raíz de las dificultades encontradas en la erradicación de ciertas enfermedades graves como la de la poliomielitis en Nigeria, se fundó el [Vaccine Confidence Project](#). Este Proyecto de Confianza en las Vacunas, que lleva una década estudiando el porqué de las oposiciones populares a las mismas, ha comprobado un alto grado de escepticismo en la franja de los 18 a los 35 años y, en especial, en las personas con mayor nivel de confianza en sus conocimientos. Es decir, se tiende a dudar más cuanto mayores son las ganas de saber. Una actitud así es deseable, puesto que cimienta una ciudadanía con espíritu crítico y criterio propio; el problema vuelve a ser la búsqueda de certezas mediante la radicalización ideológica y el fomento guerras de poder, oponiendo unas ideas a otras.

Ante estos hechos, vemos la necesidad de realizar encuestas dirigidas a conocer la dudas y de la gente sobre las vacunas, y disponer después de un "bufé informativo" fácilmente accesible, con diferentes niveles de profundidad, para todas las personas que quieran ahondar en el tema.

### **Enemigo común y necesidad de un sentimiento de grupo**

Desde el *Vaccine Confidence Project*, vieron también que los antivacunas tenían un 500% más de éxito en reclutar a los indecisos que los provacunas, lo que constata que los antivacunas atienden de manera más rápida los miedos e inseguridades de las personas.

Desde mi punto de vista, su propia necesidad de autoconvencimiento les lleva a ser más proselitistas, activos y vehementes. Sus argumentarios alimentan la desconfianza y el miedo latente en las personas indecisas, recogiendo quejas e injusticias sociales reales, y mezclándolos de manera indivisa en el mismo cóctel con datos de dudosa o nula legitimidad.



Todo ello abreva la idea del adversario a combatir, y unirse frente a enemigo común ofrece, como es sabido, un cierto sentimiento de complicidad grupal. Estos datos evidencian que no basta con aportar información, sino que resulta imprescindible atender también lo que sienten las personas, sus dudas, sus quejas, sus miedos... Los retos son muchos. ¿Cómo ofrecer una escucha y una empatía reales a personas sin un verdadero interés por los demás? ¿Cómo atender sus preocupaciones? ¿Cómo informar sin manipular? ¿Cómo favorecer un sentimiento de grupo realmente sólido?

### **Pérdida de confianza en el sistema y necesidad de reivindicar oposición**

Para la directora del proyecto *Vaccine Confidence Project*, la antropóloga Heidi Larson, el principal motivo del escepticismo hacia las vacunas es la desconexión respecto a los gobiernos y las autoridades, la pérdida de confianza en el sistema. En [datos recientes](#) vemos como, en los países donde la ciudadanía muestra un mayor grado de confianza en sus líderes, el seguimiento de las directrices también ha sido mayor. Donde se ha gobernado de forma más errática y la población está políticamente muy polarizada, el cumplimiento de las recomendaciones ha sido peor o incluso nefasto, como en el caso de Estados Unidos bajo el mandato de Donald Trump.

Si no se confía en las autoridades tampoco se confía en sus medidas. Una sensación expresada por muchos es la de sentir que no les importamos, y que somos como conejitos de indias a merced de sus propios intereses políticos o económicos. Negarse a recibir "sus" vacunas es vivido, en muchos casos, como un acto de dignidad y reivindicación desde el que expresar el descrédito y la indignación hacia ellas. Las autoridades harán bien de tenerlo en cuenta y proponer interlocutores y representantes cualificados técnica y éticamente, que transmitan franqueza, credibilidad y humanidad. Una falta de transparencia y una politización de esta nueva fase de vacunación dejaría el campo abonado una vez más a falsedades, populismos, conspiranoias y confrontaciones sociales.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las personas no colaborarán activa y voluntariamente si no se sienten legitimadas y tenidas en cuenta. Es por eso que los obstáculos de la presente campaña de vacunación piden, por parte de sus responsables, atención a otros muchos factores más allá de la publicación de información:

**Servicio de atención psicológica y capacitación para profesionales.** En relación a las psicopatologías asociadas al rechazo a las vacunas, se requiere un acompañamiento psicológico apropiado para quienes lo deseen. Convendría también una formación de emergencia especializada para los y las profesionales de la salud que van a encarar estas situaciones, así como asesoramiento para los/las que estén en posiciones de responsabilidad y toma de decisiones relevantes al respecto.

**Acoger la inseguridad y la incertidumbre.** Las autoridades políticas y sanitarias harán bien en reconocer honesta y abiertamente que en este momento no disponen de certezas con respecto a los efectos de las vacunas, que existe un margen para la equivocación, y que la incertidumbre e inseguridad que sienten muchas personas es comprensible.

**Interesarse por las dudas e inquietudes.** No se trata solo de informar sobre lo que las autoridades consideran importante, sino de responder a las dudas concretas que la gente se hace. Convendría destinar una partida presupuestaria a indagarlas mediante encuestas, y crear una plataforma de difusión interactiva con información rigurosa y contrastada, donde encontrar diferentes niveles de profundidad explicativa que atiendan las diversas necesidades de conocimiento sobre el tema.

**Favorecer el sentimiento de grupo.** Los movimientos antivacunas son muy efectivos creando complicidades y confrontación social contra "el enemigo". Para evitarlo y fomentar un clima de alianza social, hay que decidir qué queremos que nos una como sociedad, si la coincidencia o el respeto mutuo. Favorecer espacios para un diálogo desde el respeto y el interés por los demás se hace imprescindible. Podemos opinar muy distinto, pero no por ello dejamos de ser una comunidad.

**Asumir el descontento de la población.** Existe una gran desconfianza y cabreo hacia el sistema. Si la Administración no lo asume, corre el riesgo de que la gente se oponga a las normas como acto de reivindicación. Conviene evitar por todos los medios la politización de la gestión de la pandemia, la precipitación en la toma de decisiones, y se debe fomentar la transparencia y la información sencilla y clara, eligiendo a personas no solo técnicamente competentes, sino también honestas y cercanas que puedan transmitir mensajes como "Sabemos que estáis cabreados y defraudados con nosotros, y a pesar de ello, os pedimos colaboración. No por nosotros, sino por el conjunto de la sociedad".



Como sociedad cada vez valoramos más la libertad que la obediencia, pero hay que tener en cuenta que la actual situación no puede entenderse si solo se hace desde la libertad individual y no desde el bien común. Nos vacunamos también por el bien de los eslabones más débiles de la población, y no solo para ahora, sino también para mantener un estado de salud y seguridad a lo largo de los años.

El sentimiento de libertad no es profundo si no va de la mano de la responsabilidad, y en eso hay que incidir. Quien finalmente no quiera vacunarse estará en su derecho, pero también debe asumir la responsabilidad de no poder hacer ciertas cosas que puedan poner en riesgo al resto. Y eso debería ser así hasta que todas las personas que quieran protegerse mediante vacunas lo hayan hecho o hasta que los y las especialistas determinen que ha sido lograda la inmunidad de grupo.



**A PESAR DE LA DIFICULTAD DEL RETO, ESTA CRISIS SANITARIA ES UNA OPORTUNIDAD PARA AUMENTAR NUESTRO NIVEL DE TOLERANCIA, RESPONSABILIDAD Y RESPETO HACIA LA DIFERENCIA.**

En juego está nuestra salud y economía y, también, nuestro proceso evolutivo de humanización.

# ‘PRIMUM NON NOCERE’, PRIMERO NO HACER DAÑO

GRUPO DE TRABAJO PSICOANÁLISIS Y SOCIEDAD DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE LA SALUD Y PSICOTERAPIA DEL COPC

El 12 de diciembre de 2020 en la revista *The Economist* se publicó un artículo que despertó nuestro interés con el título [“First, do not harm”](#) (Primero, no hacer daño), un primer subtítulo, “Otros países deberían aprender de un veredicto transgénero emitido en Inglaterra”, y un segundo subtítulo, “El Tribunal Supremo dictaminó que los niños no pueden dar su consentimiento informado a un tratamiento que pueda volverlos estériles”.

El texto se iniciaba con una pregunta: “¿Qué hay que hacer si una niña de 12 años dice: «Soy un niño»? Si la respuesta fuera simple u obvia, la pregunta no sería tan explosivamente controvertida. Una buena manera de empezar, si es usted el padre o la madre, sería decirle que le quiere. Es evidente también que ningún niño o niña debe estar sujeto/a a estereotipos de género. Los niños pueden usar vestidos; las niñas pueden jugar con coches o trabajar de lampistas. Sin embargo, la cuestión se vuelve mucho más difícil cuando los niños dicen que odian su cuerpo y que quieren uno diferente.

🗨️ **LA DISFORIA DE GÉNERO (UN SENTIMIENTO DE ALIENACIÓN RESPECTO DEL PROPIO SEXO BIOLÓGICO) ES REAL, Y LA PROPORCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON ESE DIAGNÓSTICO EN LOS PAÍSES RICOS ESTÁ AUMENTANDO POR RAZONES QUE NO CONOCEMOS BIEN** 🗨️

Una corriente de pensamiento que se ha extendido rápidamente sostiene que se debe aceptar que los jóvenes se identifiquen como transgénero y ofrecerles intervenciones médicas, si las piden, para ayudar a que sus cuerpos vayan de acuerdo con lo que consideran su verdadero yo”.

Leímos este artículo mientras aquí, en España, la presentación del borrador del Proyecto de Ley para la Igualdad Plena y Efectiva de las personas Trans, elaborado por el Ministerio de Igualdad, ponía sobre la mesa un tema muy polémico, el del derecho a la autodeterminación de la identidad de género, que provoca enfrentamientos entre posiciones muy polarizadas que se difunden por los medios de comunicación y las redes sociales, generando inquietudes y búsqueda de criterio entre las personas no encuadradas en ningún tipo de activismo, solo preocupadas por comprender algo más las implicaciones de un fenómeno que va mucho más allá del debate jurídico-político actual.



Y mientras, en Cataluña, desde 2017 contamos con un *Model d'atenció a la salut de les persones trans\** en el que se nos aclara que el asterisco pretende expresar la diversidad que engloba el término *trans*, a saber, “todas aquellas personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresen su identidad de género de manera no normativa, como las personas transexuales, transgénero, *crossdressers*, travestis, *genderqueers*, tercer género, agénero, etc.”.





Valgan estas tres referencias a fenómenos de gran complejidad para ver que no es sorprendente que surja la preocupación entre padres, madres y educadores/as, especialmente en lo que afecta a los y las menores. Están desconcertados, no saben a qué atenerse, y nos consultan a los psicólogos y psicólogas.

En el Grupo de Trabajo Psicoanálisis y sociedad, constituido hace unos años con el objetivo principal de profundizar en la comprensión de la subjetividad de los individuos y los grupos en la sociedad contemporánea y sus manifestaciones en el campo de la salud, nos hemos propuesto estudiar el tema con actitud de respeto a la complejidad del mismo.

En nuestra presentación inicial como grupo, exponíamos que el psicoanálisis es una disciplina teórico-técnica que abarca diferentes vertientes de actividad. Por una parte, tiene una aplicación clínica que se ocupa de la investigación de los procesos inconscientes tanto a nivel individual como grupal, y es también un método terapéutico de atención a pacientes (niños, niñas y adolescentes, personas adultas, parejas, familias, etc.).

Habría que tener en cuenta las aportaciones de la psicología evolutiva y del psicoanálisis para entender mejor la construcción de la identidad y la formación de la personalidad en los seres humanos.

La importancia de la historia vital, los vínculos con las figuras parentales, así como la influencia del entorno configuran un conjunto de variables que aportan luz a la hora de realizar diagnósticos y líneas de tratamiento cuando aparecen síntomas o señales de malestar emocional. La psicología, fundamentada en la observación y en una ética que busca deslindarse de influencias ideológicas de diversa índole, ha de ser incorporada especialmente en las decisiones sociales y legales referidas a la etapa que va desde la primera infancia hasta la pubertad.

La sentencia a la que se refiere el artículo de *The Economist* nos ha impactado especialmente porque se ha dictado atendiendo a la demanda de una joven, Keira Bell, que cuestionaba el tratamiento recibido en la clínica Tavistock, la institución encargada de atender a los "menores trans" por el NHS (National Health Service), el sistema de salud pública británico.

Alegaba que, cuando acudió a la clínica a los 15 años diciendo que se sentía chico, tras una exploración muy superficial se le aconsejó recibir un tratamiento médico con bloqueadores de la pubertad, administración de testosterona para desarrollar características sexuales masculinas y, al cabo de un tiempo, la cirugía (mastectomía bilateral). Ahora, a sus 24 años, siente que no le ofrecieron un tiempo de ayuda psicológica y reflexión, y demanda a la clínica.



El tribunal ha declarado que es muy poco probable que una adolescente de 15 años pueda entender bien las consecuencias irreversibles de tomar bloqueadores de la pubertad como para dar un consentimiento informado, y ha dictaminado que, antes de indicar lo que ha calificado de "tratamiento experimental a menores de 16 años", los médicos deberían solicitar permiso a un tribunal.

Nos sorprendió mucho esta sentencia, que cuestionaba el proceder de la clínica Tavistock, una institución muy reconocida precisamente entre los psicoanalistas británicos, y entre la profesión médica en general. La máxima hipocrática *Primum non nocere* era el sexto de los llamados "principios de Tavistock" de la *British Medical Association* (BMA), preceptos éticos básicos, aplicables al sistema sanitario y a todos los y las profesionales de la salud. ¿Cómo se explica que en una clínica tan acreditada se actuara con tanta ligereza?

La sorpresa nos llevó a investigar y a averiguar que ya hacía tiempo que psicoanalistas como Marcus Evans, David Bell y otros, que habían trabajado en la clínica Tavistock, y Susan Evans que trabajaba en el GIDS (*Gender Identity Development Service*) ubicado en la misma clínica, habían mostrado su disconformidad con el modelo de atención que se estaba siguiendo.

Marcus y Susan Evans han publicado el 4 de febrero de 2021 un artículo, preámbulo de un libro de próxima publicación que estudiaremos con calma, en el que proponen un nuevo modelo para el tratamiento de niños que se identifican como trans (*First, Do No Harm: A New Model for Treating Trans-Identified Children*), donde reflejan su preocupación por la transición del menor o la menor antes de llegar a la madurez, dejando claro que no están posicionándose sobre el derecho de una persona adulta a la transición.

Comprenden que para algunas personas adultas la transición puede ser la manera óptima de llevar su vida y de presentarse ante el mundo. Pero, en cualquier caso, son partidarios de un modelo que ofrezca un proceso de exploración psicológica en el que se tengan en cuenta la estructura de personalidad del individuo, sus creencias, mecanismos de defensa y motivaciones, en un encuadre donde se sienta cómodo. Creen que todos estos elementos pueden ser útiles para cualquiera que planee una decisión que va a suponer un cambio sustancial de su vida.

**“ ES IMPORTANTE QUE LOS PADRES, MADRES Y PROFESIONALES LE AYUDEN A EVALUAR EL NIVEL DE MALESTAR O INCOMODIDAD QUE EXPERIMENTA. ”**

En este mismo artículo, observan que las personas que sienten un deseo de transición frecuentemente lo experimentan como la creencia de que "han nacido en un cuerpo equivocado", y aspiran a una relación ideal con su cuerpo. El ideal que todos y todas tenemos, en algún nivel, es un self que sea amado y aceptado por otros, y por nosotros/as mismos/as.

En este estado ideal, la persona espera librarse de las formas habituales de malestar mental, conflictos y humillaciones. Es comprensible que los padres, madres y profesionales quieran proteger a los niños, niñas y adolescentes de un malestar innecesario y darles algo que el o la menor crea que le hará sentirse mejor. Sin embargo, es importante que los padres, madres y profesionales le ayuden a evaluar el nivel de malestar o incomodidad que experimenta. El o la menor ha de desarrollar la capacidad de reconocer el malestar, porque puede representar una indicación útil de algo que requiere atención. Pero también necesita ayuda para diferenciar el tipo, el grado y la causa del malestar.

Hay que resistir el deseo de reducir el malestar y la ansiedad concentrados en el cuerpo, precipitándose a una transición social o médica, buscando una solución mágica a costa de unas consecuencias a largo plazo que un niño o niña con una idea fija no es capaz de imaginar o comprender.

👏 **CREEMOS QUE, PARA COMPRENDER LO QUE ESTÁ PASANDO EN UN TERRENO TAN COMPLEJO, ES ESENCIAL QUE ESTUDIEMOS EL TEMA DESDE MUY DIFERENTES PERSPECTIVAS, Y ESTO VA A REQUERIR UN ABORDAJE INTERDISCIPLINAR.** 🙌

Nos proponemos estudiar qué nos aportan sobre el tema de los niños, niñas y adolescentes que se identifican como trans diferentes disciplinas, dentro de un modelo bio-psico-social-cultural en el que nos sentimos incluidas como psicoanalistas.

- **En el eje de lo biológico**, nos interesa saber qué nos dice la genética y la epigenética, la neurología y la endocrinología.

- **En el eje de lo psicológico**, recordar las aportaciones de la psicología evolutiva sobre las etapas del desarrollo; las del psicoanálisis sobre determinaciones inconscientes, construcción de la identidad, vínculos con las figuras parentales, transmisiones transgeneracionales, discordancia entre el sexo biológico y el sentimiento subjetivo de género.

Y desde la clínica: diversas maneras de abordarla en casos de discordancia: ¿cómo responder a demandas de padres de niños y adolescentes? Situación de los profesionales. Transiciones y detransiciones. Informarnos de cómo se plantean los dispositivos asistenciales en los diferentes países.

- **En el eje de lo social y cultural**, perspectivas filosóficas y sociológicas sobre la emergencia creciente del fenómeno trans. El estallido del binarismo, sobre todo entre los jóvenes. Los porqués del crecimiento exponencial, sobre todo entre mujeres. El papel de las TIC en la difusión del fenómeno entre los adolescentes. Diversas perspectivas desde el feminismo. Intereses económicos y corporativos implicados, grupos de presión. Perspectiva desde el Derecho: derechos de la infancia. Perspectiva desde la bioética y la deontología profesional: *Primum non nocere*.



Como puede apreciarse, se trata de un campo muy amplio de estudio e investigación. En los próximos meses, desde el grupo iremos programando actividades sobre estos temas que esperamos despierten vuestro interés.

# LA NUEVA NORMALIDAD. LA NUEVA VIDA: ¿VIDA NUEVA?

POR LAURA MOLET, PSICÓLOGA ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Laura Molet es psicóloga especialista en psicología clínica, miembro y vocal de IARPP España y miembro fundadora del Grupo de Trabajo de Psicoterapia relacional del COPC.

Molet es también autora del libro "El dolor es sordo".

[Extracto] Una de las motivaciones de este extenso trabajo es la de tener una mirada ampliada de la realidad que estamos viviendo y sintiendo debido a la pandemia de COVID-19, ya que ha tenido un impacto sin precedentes.

Otra de las motivaciones surge de la necesidad de analizar esta "nueva normalidad", de acogerla y comprenderla emocionalmente para poder validar, contener e integrar todas las emociones abrumadoras y todos los estados y experiencias traumáticas que hemos tenido que vivir.



Crear un entorno de comprensión humana nos facilita transitar hacia formas más auténticas de existencia en las que nuestras vulnerabilidades sean contenidas en lugar de rechazadas, es decir, aceptadas e integradas en nuestra identidad, tanto la identidad individual como la colectiva o la grupal.

🗨️ **HEMOS COMPARTIDO CON NUESTROS Y NUESTRAS PACIENTES UN MIEDO GLOBALIZADO, INCERTIDUMBRE, DUDAS, PREOCUPACIONES, DOLOR, ETC.**

**PERO LA DIFERENCIA RADICA EN LOS MECANISMOS INTERNOS, EN LA CAPACIDAD DE RESILIENCIA, EN LA POSIBILIDAD DE AFRONTAR LO ADVERSO COMO UN DESAFÍO, EN PODER VIVIRLO CON SEGURIDAD, DIGNIDAD Y CORAJE.**

**CUANDO EL DOLOR DEJA DE SER SORDO, INVISIBLE Y MUDO, SE LE PUEDE DAR UN RECONOCIMIENTO SOCIAL; ESTE RECONOCIMIENTO ES NECESARIO PARA QUE LAS PERSONAS QUE SUFREN SE SIENTAN DIGNAS DANDO SONORIDAD AL DOLOR.** 🗨️🗨️

"EL DOLOR ES SORDO", LAURA MOLET

Sin un marco contenedor e integrador las personas pueden, y también podemos, sucumbir a estados no integrados y acercarse, o acercarnos, a mecanismos defensivos disociativos.

Nunca antes la barrera entre "ellos" (los pacientes), y "nosotras/os" (las y los terapeutas) había sido tan delgada.

Vivimos una época calificada como la “era del trauma” ya que es un período de traumatización colectiva debido al terrorismo internacional, el calentamiento global y sus consecuencias. Así como la pandemia, los abusos sexuales eclesiásticos y muchos otros acontecimientos escandalosos, abrumadores y traumáticos.

La experiencia emocional es inseparable del contexto, ya sea micro social o macro social. Es en estos contextos donde interactúan las personas y ejercen una influencia mutua y recíproca. Necesitamos digerir y transformar el dolor, el sufrimiento y la incertidumbre; de este modo aprenderemos a sobrevivir al sufrimiento y a tolerar nuestra perfecta imperfección con humildad. Los seres humanos somos hermanos en nuestra vulnerabilidad. El sufrimiento nos une a toda la comunidad.

Podéis consultar el artículo completo en [este enlace](#).



# EMMA PLANA: “ALS ESTATS UNITS, ALEMANYA I ANGLATERRA LA MUSICOTERÀPIA GAUDEIX DE TOT EL RECONeixEMENT QUE AQUÍ ENCARA NO TÉ”

ENTREVISTA A EMMA PLANA, AINA VALLS I NÚRIA ESCUDÉ, MEMBRES DEL GRUP DE TREBALL DE MUSICOTERÀPIA DEL COPC

Entrevistem Emma Plana, psicòloga coach, orientadora, psicoterapeuta, autora del llibre *Blocs*, i coordinadora del Grup de Treball de Musicoteràpia del COPC, perquè ens expliqui l'estat actual de la musicoteràpia (MT), les recents polèmiques que l'envolten, i la seva importància com a teràpia en àmbits com el social, l'educatiu, el clínic i l'organitzacional.

L'acompanyen Aina Valls i Núria Escudé, també membres del grup de treball.

**Quina és al teu parer l'actual situació de la MT? Està de moda? Més aviat oblidada...?**

**Emma Plana:** La situació no és igual en tot l'estat. A poc a poc es va generant interès sobretot en comunitats com Catalunya, País Basc, Comunitat Valenciana, Madrid o les Illes Canàries. D'una banda, cada vegada veiem més gent que es vol formar en MT. I de l'altra, es fa més divulgació, la qual cosa repercuteix en una major demanda.

**Núria Escudé:** En l'àmbit institucional, la musicoteràpia s'està aplicant a l'Hospital del Mar, a l'Hospital de Sant Pau, a la Mútua de Terrassa, a l'Hospital Sant Joan de Déu, a l'Hospital de Barcelona, a la Clínica Corachan, a l'Associació Catalana per al Parkinson... Es fan investigacions des de la UB i la UPF i es publiquen articles a publicacions de prestigi com *Frontiers in Psychology*.

**Emma Plana:** Ara bé, també hi ha un gran desconeixement de la població sobre aquest tipus de teràpia.

**Desconeixement com ara?**

**Emma Plana:** No saber què fem en realitat. Molta gent pensa que ha de saber música per venir, quan en realitat no és cap requisit perquè, per exemple, hi ha sessions que consisteixen a escoltar i deixar que la música et generi emocions per treballar a partir d'aquí. Tampoc saben que la MT es pot fer en grup o de forma individual. I sobretot, es desconeixen les seves àrees d'actuació: social, educativa, clínica, organitzacional... Es coneix més en l'àmbit clínic.

Un dia, li vaig haver de dir a una tècnica d'un ajuntament que ens volia contractar que no ho podia presentar com un taller de música perquè la gent gran hi anés a divertir-se i passar l'estona: "Perdona, que no fem solfeig! Que això és teràpia: musico-TERÀPIA!".



La musicoteràpia és molt beneficiosa en l'etapa de la vellesa activa. Afavoreix l'optimització de les capacitats i el benestar de la persona.

## **I com a teràpia que és, quins són els seus beneficis provats?**

**Emma Plana:** La MT produeix un canvi en l'estat de les persones. I com deia, els aporta benestar. Els i les pacients s'obren, són capaços d'expressar-se amb tranquil·litat, expressar el desig d'estar millor i de comunicar-se amb els altres.

**Aina Valls:** Hi ha molta bibliografia relacionant la musicoteràpia i la recuperació de la parla després d'un ictus o per una afàsia. També n'hi ha que mostra els efectes de manteniment (i de vegades recuperació) de l'àmbit cognitiu amb pacients amb demència, esquizofrènia, etc., o d'altres que apunten al fet que ajuda a recuperar el ritme intern que la malaltia de Parkinson elimina.

Sense deixar de banda els efectes contrastats a les UCI, tant d'adults com també de neonatologia, on ajuda a mantenir els ritmes fisiològics estables i pot ajudar a disminuir nivells d'ansietat, por i dolor en processos mèdics invasius.

Actualment hi ha moltes línies d'investigació obertes i s'estan publicant molts articles i revisions al respecte. Recordem que som una disciplina encara molt jove.

## **Quins casos destacables heu pogut presenciar en aquests anys com a professionals?**

**Emma Plana:** Una vegada, una nena autista de quatre anys va ser capaç de mantenir-me la mirada durant una sessió de 40 minuts mentre jo li cantava, cosa que feia per primera vegada a la vida. Una altra persona, aquest cop ja gran, a través de la seva veu i la ressonància a través de la caixa d'un piano, va començar a sentir sensacions mai abans sentides, que li van canviar la cara radicalment perquè se sentia com si hagués descobert el món.

Es va "despertar". I fins i tot he treballat amb algun músic que, a través de la improvisació amb un piano, portant-lo de mica en mica del caos i l'atonalitat a la tonalitat, la melodia i el ritme, vam aconseguir aportar-li harmonia i estabilitat.

**Aina Valls:** Vaig veure un pacient amb Parkinson que sense música feia passos molt curts, molt seguits, necessitava bastó i no podia girar sobre si mateix que, en posar-li la música adequada passava a caminar amb passes llargues, segures, sense pràcticament fer ús del bastó, i quan acabava girava i tornava a començar.

Pacients amb afàsia que a poc a poc recuperaven la capacitat de comunicar-se a través del cant. Un nen amb TEL que encara no era capaç de llegir perquè es perdia, però va poder seguir una pseudopartitura sense perdre la concentració en cap moment...



## **Però quin és el reconeixement actual? Quin és ara l'estatus de la MT a Espanya?**

**Emma Plana:** Com que últimament han sortit moltes tècniques i enfocaments nous, el govern espanyol de cop s'ha "posat les piles" per determinar què és teràpia i què no ho és. I fa poc ha publicat un [article provisional](#) del Ministeri de Sanitat, obert al debat públic, on es diu que els estudis que demostren l'eficàcia de la MT no són prou científics.

A altres països com els Estats Units, Alemanya o Anglaterra, ja no es discuteix el reconeixement de la MT, perquè ja van veure que funcionava amb soldats de la I i la II Guerra Mundial (aquest va ser el seu origen), i als anys 80 ja estava totalment assentada. Però aquí encara estem batallant per donar-li el seu lloc i aconseguir que s'estableixi i estigui ben considerada.

**Aina Valls:** En aquests altres països la MT és considerada carrera o doctorat.

**Núria Escudé:** No entenem la discussió. Aquí l'estem aplicant amb molt rigor, involucrant tant la investigació qualitativa com la quantitativa.

**Emma Plana:** Des del COPC s'ha escrit una carta on diem, textualment, que considerem que la musicoteràpia "es una disciplina exercida por un profesional cualificado que favorece la calidad de vida de las personas y aporta cuidados adicionales a los equipos en un contexto multidisciplinar" i, entre altres moltes explicacions, referim a l'APA, que [reitera la fiabilitat d'aquests estudis](#).

Ens regim molt per l'APA i els seus codis.

**Hi ha alguna limitació en la seva aplicació? Per edat, alguna discapacitat o malaltia...**

**Aina Valls:** Només hi ha limitacions en casos que la música pugui ser el desencadenant d'altres problemes, com brots psicòtics. En la resta de casos es pot recomanar. L'abordatge inicial serà diferent en funció del pacient (edat, necessitats...), però la MT pot ser efectiva en qualsevol franja d'edat i amb qualsevol patologia.



**I amb les malalties mentals greus?**

**Emma Plana:** Bé, és que no tot és curable. De vegades el treball terapèutic consisteix a fer que aquell estat sigui menys greu o millorar la comunicació, l'estat emocional i el benestar de la persona. De vegades cal un abordatge multidisciplinari.

**Com "treballa" la música en nosaltres?**

**Emma Plana:** Incideix a tres nivells: fisiològic, afectiu i mental. El ritme afecta més a la part fisiològica, la melodia a l'afectiva i l'harmonia a la mental. Es pot incidir més en una o altre, però com a musicoterapeuta les has de tenir totes presents, perquè totes conformen la música.

**I al vostre entendre, quines qualitats ha de tenir un bon o una bona musicoterapeuta?**

**Emma Plana:** Ha de conèixer l'amplitud que té la música en la persona i saber dirigir adequadament els elements musicals d'una obra o la improvisació de l'activitat, fins i tot l'escolta, per enfocar-los en la demanda i el procés terapèutic. I ha d'haver fet un treball personal propi per poder escoltar, acompanyar, tenir paciència, saber treballar en equip i saber aportar aquesta estabilitat emocional que el o la pacient necessita.

**Si hi ha alguna persona que s'estigui plantejant la MT com a opció, com pot trobar bons o bones professionals?**

**Emma Plana:** Que busqui algú que estigui format, que tingui una titulació. Poden anar al [directori del COPC](#) i a la pestanya "Tipus d'intervenció" triar "Musicoteràpia".

**Núria Escudé:** I preferentment que domini els instruments musicals, tingui algun màster i experiència en clínica i en supervisió.

**En què us ha ajudat a tu personalment la MT?**

**Emma Plana:** He conegut la música des d'una altra perspectiva: la terapèutica. Ara sé com fer-la servir com a eina o mitjà terapèutic.

**Núria Escudé:** M'ha ajudat a sentir més, a conèixer més les altres persones, a gaudir cada instant de la vida, a connectar-me amb la tristesa, a estimar la meva professió quan, per exemple, puc ajudar una persona (treballo a pal·liatius de l'Hospital del Mar) a comunicar-se des d'un altre llenguatge. És molt enriquidor.



**Quines coses us han sorprès de la MT a mesura que l'has anat coneixent?**

**Emma Plana:** La similitud amb la psicologia. Comparteixen un grau molt alt dels seus fonaments científics.

**Núria Escudé:** El gran poder de la música com a teràpia, sobretot quan es fusiona amb la teràpia sistèmica. És molt potent; arriba allà on no arriben les paraules.

**Per acabar, com a grup de treball consolidat, quins són ara els vostres reptes?**

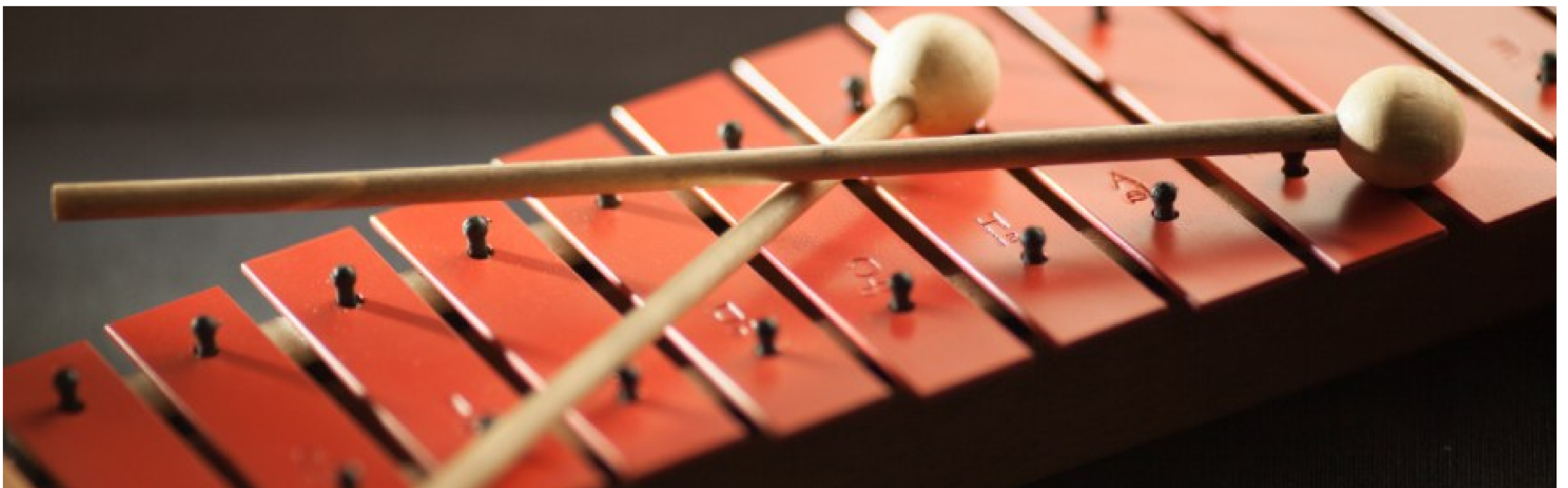
**Emma Plana:** És important donar a conèixer la transversalitat de la MT en totes les àrees (educativa, clínica, social, organitzacional...). Ara per ara, es desconeixen les seves aplicacions i estan molt descompensades les unes amb les altres. També volem que la resta de psicòlegs i psicòlogues coneguin la MT, perquè pot ser un fantàstic complement a altres tractaments i teràpies. Igualment, volem donar a conèixer la MT a altres professionals com treballadors i treballadores socials, personal d'infermeria, professorat, equip humà de les empreses...

De moment, ja hem començat a interactuar amb altres grups de treball del COPC com el d'Altes capacitats i el de Psiconeurologia, per veure quins punts tenim en comú, i com ens podem ajudar per anar més lluny. A més a més, estem en contacte amb l'Associació Catalana de Musicoteràpia per començar a col·laborar aviat.

**Aina Valls:** De fet, amb l'Associació Catalana de Musicoteràpia i el meu company Kilian Yarey, hem preparat el projecte pilot Esqueixos sonors adreçat a professionals sociosanitaris en contacte amb els efectes de la COVID-19. Proposem una intervenció musicoterapèutica grupal de cura i autocura per tal de reduir els nivells d'estrès, ansietat i depressió i potenciar el benestar personal dins l'àmbit laboral i l'equip de treball. Aquest projecte està basat en intervencions presencials, una eina telemàtica diària de recursos musicals personals i la creació d'un fil musical per a l'entorn laboral.

**Emma Plana:** I per últim, un altre tema a abordar idealment és la formació. Actualment n'hi ha molt poques que siguin oficials, i aquí a Catalunya no hi ha màsters oficials.

**Aina Valls:** Esperem que el cos teòric i les aportacions d'entitats, organitzacions i centres ajudin a fer que la MT aconseguixi estar al lloc que li pertoca.



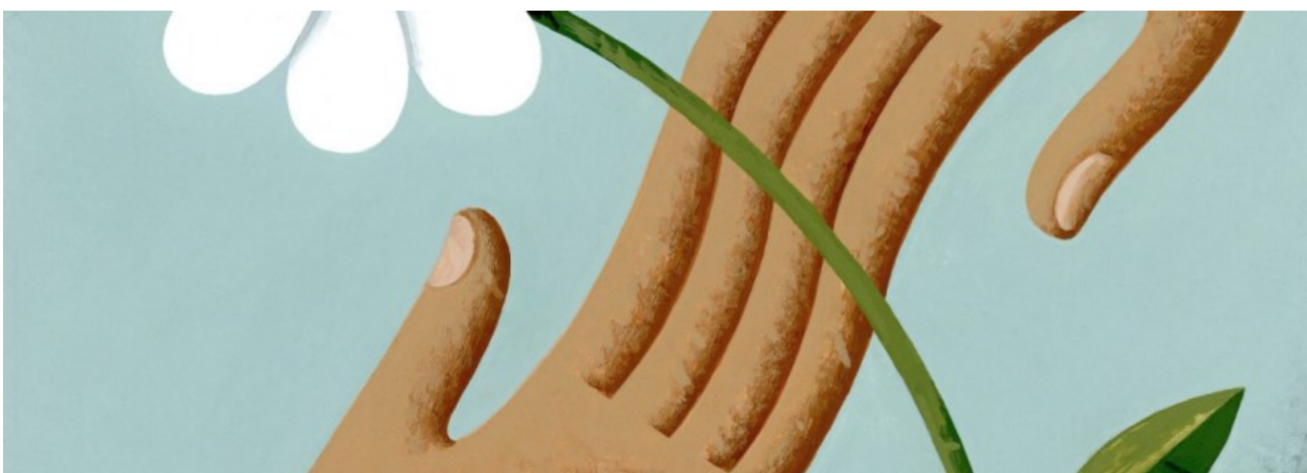
# LA PREVENCIÓ EN SALUT MENTAL. UNA REALITAT DELS SERVEIS SOCIALS

PER VICTORIA RODRÍGUEZ, PSICÒLOGA COL·LEGIADA

[Extracte]

👏👏 **LA SALUT NO ÉS L'ABSÈNCIA DE MALALTIA; SEMPRE PODREM VIURE SALUDABLEMENT ELS SOTRACS DE LA VIDA. EL PATIMENT MENTAL ES POT DISMINUIR I FER SUPORTABLE SI HI HA ALGÚ QUE ESCOLTA 🙎🙎**

La tasca dels psicòlegs i psicòlogues de serveis socials és molt propera a la realitat social que viu la gent. Els entrebancs de la vida, de vegades, porta que algunes persones es trobin en carrerons sense sortida. Des de la prevenció, per tal que no es cronifiquin les situacions de vulnerabilitat psicosocials, ajudem que les persones optimitzin les seves potencialitats, a no caure en la malaltia i a trobar nous propòsits de vida. És un treball ardu, no disposem de gaire temps i no ens en podem anar per les branques. Hi ha urgència per afrontar les situacions en què es troben les persones demandants d'ajuda: violència de gènere, manca d'habitatge, pèrdua de feina, d'éssers estimats...



El nostre rol ens permet acostar-nos des de l'empatia, la proximitat i la professionalitat. És un lloc privilegiat, el de la comprensió psicològica de les emocions, dels sentiments que viuen els humans al llarg del procés vital per on ens porta la vida. L'ajuda psicològica és real i vital, possible gràcies a la tasca conjunta de l'equip de serveis socials.

– Bon dia, sóc la psicòloga de l'equip, em dic Melanie. Vostè és Marila?

– *Sí, sí... (espantada, neguitosa, plorosa...).*

He arribat a les 9 h. Com cada matí, entro ràpida i veloç al despatx que em toca aquell matí al centre de serveis socials on treballo. Obro l'ordinador i surto a buscar a la sala d'espera la primera visita.

Li explico a la Marila que la seva treballadora social ha pensat que podríem treballar plegades per tal d'ajudar-la a encarar la situació en la qual es troba ella i la seva filla, ja que recentment han estat vivint un temps en una casa d'acollida en haver denunciat el seu marit per maltractament – violència de gènere–.

– Vam sortir la setmana passada i estem vivint en una habitació, aquí al barri. La treballadora social m'ha dit que m'ajudarà a buscar una feina. Tinc aquestes citacions del jutjat (treu de la bossa un munt de papers).

– *Només de pensar que el veuré... i portar la nena...*

Fa una cara d'espant i d'angoixa fregant-se les mans. Hem treballat durant uns mesos com comportar-se en el jutjat sense esfondrar-se, controlant la seva ràbia i angoixa.

Les dues sabem que si ella es presenta dubtosa, confosa, amb un relat dels fets amb poca coherència, el seu testimoni perdria força. A poc a poc, la Marila m'explica com era la relació amb el pare de la seva filla.

*- Jo era molt innocent, el coneixia del poble del costat (situat en un país centreamericà). Els meus pares m'havien educat per treballar i estalviar. Jo vaig voler immigrar i venir aquí i, llavors, ens vam retrobar. De seguida ens vam casar i va néixer la Montserrat. No sabia que ell bevia i sortia amb altres dones, tornava a casa borratxo, ens cridava i em pegava...*

Aquesta és una història més de les tantes de dones innocents que, al poc temps de trobar-se amb una criatura, ell es torna molt gelós i comença a sortir més de festa i a descarregar amb cops i insults tota la seva ràbia.

La Marila no ho entén.

**-Què he fet jo?**

Està perplexa per tot allò viscut.

El treball terapèutic li ha suposat a la Marila un gran esforç de comprensió de les seves creences limitants, emocions i sentiments que en el seu imaginari tenia envers la relació amb la parella. A mesura que ella es protegia i es defensava en els judicis (cada cop que el pare recollia la nena per passar el cap de setmana, el seu comportament era d'insultar-la i pegar-la, la qual cosa derivava en més denúncies); la Marila s'ha anat "empoderant" i se sent cada cop més forta.

Ha après a fer servir l'ordinador, a fer recerca de feina, a comunicar-se amb el seu advocat per correu electrònic i, el més important, ha après a protegir la seva filla dels abusos del pare i a lluitar per les dues. En definitiva, ha après a defensar-se i a fer valer els seus drets.

Té feina i segueix perseverant per poder obtenir la custòdia de la seva filla. Ara sap que ella és una dona resilient i valenta, amb una veu pròpia que mereix ser escoltada i, sobretot, respectada.

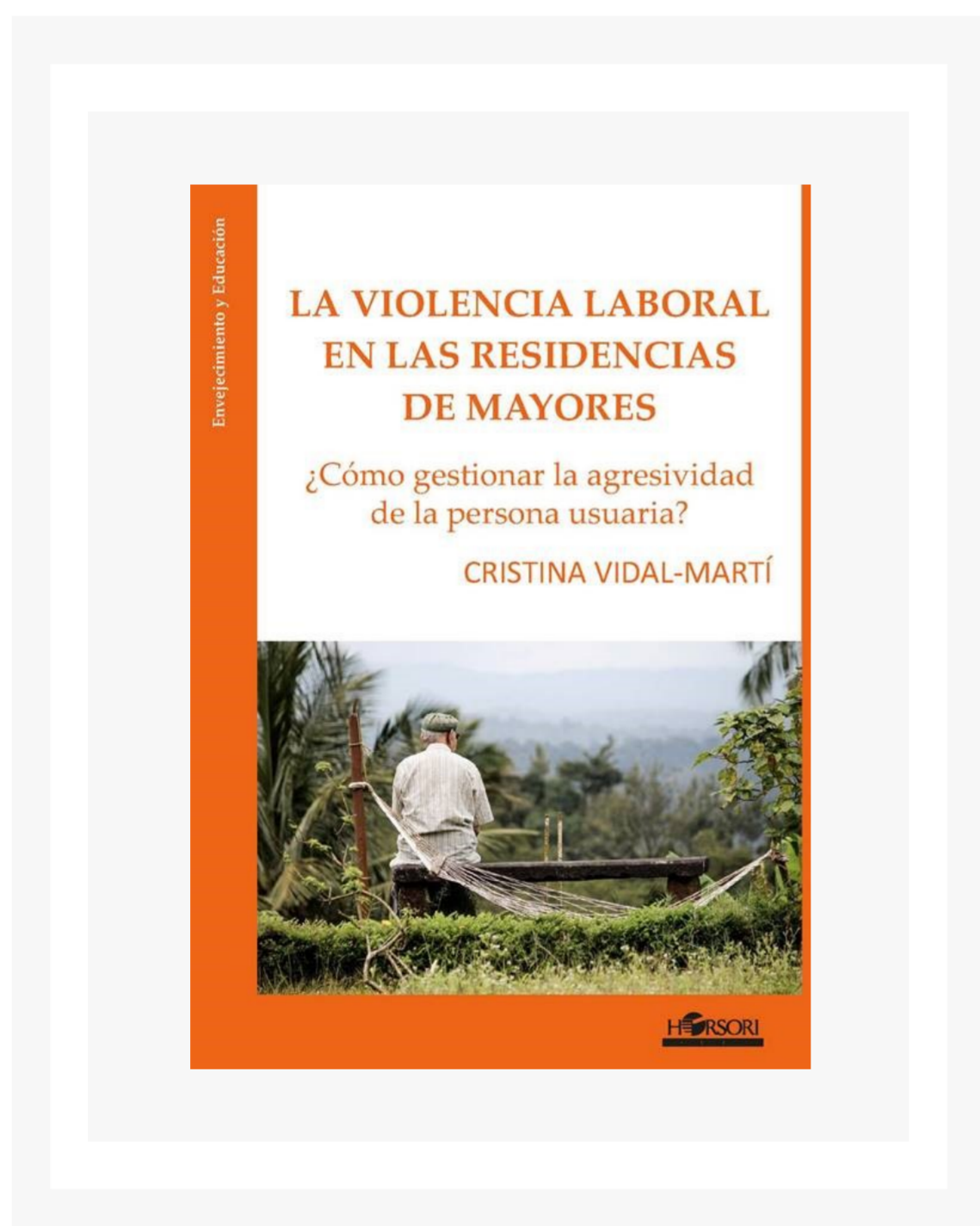
Podeu consultar el document complet de relats treballat per la psicòloga col·legiada Victoria Rodríguez en [aquest enllaç](#).

# LA VIOLENCIA LABORAL EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES. ¿CÓMO GESTIONAR LA AGRESIVIDAD DE LA PERSONA USUARIA?

POR NATHALIE P. LIZERETTI, DOCTORA EN PSICOLOGÍA Y COORDINADORA DEL GT EN INTELIGENCIA EMOCIONAL DEL COPC

**Título:** *La violencia laboral en las residencias de mayores. ¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria?*

- *Autoría:* Dra. Cristina Vidal-Martí
- *Editorial:* Colección "Envejecimiento y Educación" de Horsori Editorial, S.L.
- *Año:* 2020
- *ISBN:* 978-84-17994-52-5
- *D.L.:* B 16114-2020



En los últimos años, la violencia ha sido objeto de estudio de la ciencia psicológica. **Las manifestaciones violentas se producen en los distintos contextos donde se desarrolla la persona e incide en sus esferas personales como sociales.**

El libro que presento se centra en la violencia en el entorno laboral. Los datos de violencia laboral en los distintos sectores profesionales, donde las personas nos desarrollamos son alarmantes. Organismos internacionales como la OMS (2002) y la OIT (2019) alertan de dicha situación y definen la violencia laboral como un problema emergente en nuestra sociedad, que precisa de medidas urgentes de carácter preventivo y de gestión.

**Uno de los sectores con mayor índice de violencia laboral son los servicios de la salud y de atención a la población con alta vulnerabilidad.** La característica principal de dichos servicios es que el acto violento es ejercido por el propio paciente, usuario o familia. Cal/OSHA (1993) denominó a este fenómeno como violencia laboral de tipo II.

En esta sección se presenta un libro que aborda la violencia ejercida por parte de la persona mayor institucionalizada hacia los profesionales de las residencias y servicios asistenciales. La finalidad de la autora, tal como se expresa en el prólogo, es hacer público un fenómeno que se produce en la relación entre el profesional y el usuario, conllevando graves consecuencias en la salud del profesional.

Las personas mayores, independientemente de su estado de salud, pueden ser agentes de acciones violentas y es el segundo objetivo que la autora remarca. Los prejuicios hacia la población mayor conllevan a que este grupo de edad se identifique como vulnerable, negando su capacidad como agente de la acción violenta.

Es por ese motivo que el libro desde una vertiente psicoeducativa y pedagógica establece la necesidad de revisar la concepción social de las persona mayores y las creencias erróneas y generalizadas hacia este grupo de edad.

La voluntad de la autora no es la criminalización sino todo lo contrario: aportar conocimientos desde la psicología evolutiva, la psicopatología y la psicología organizacional para prevenir o gestionar la situación, cuando la acción violenta hacia el profesional por parte de la persona mayor institucionalizada se ha producido.

Este libro se estructura en 4 capítulos.

- **En el primero**, hay una aproximación de la conceptualización de la violencia laboral: su conceptualización, frecuencia, teorías explicativas, consecuencias y medidas y programas para su prevención.
- **En el segundo capítulo**, se centra en las peculiaridades de la violencia laboral en situaciones y/o colectivos de especial vulnerabilidad.
- **El tercer capítulo** se aborda la violencia laboral de tipo II en las residencias de mayores; es decir, cuando es la persona mayor residente quien ejerce la acción violenta hacia el profesional; y se define sus características, factores de riesgo e incidencia.
- **En el último capítulo**, se aportan medidas de actuación de carácter individual y organizacional para minimizar el riesgo de la violencia laboral de tipo II.

En definitiva, el libro "La violencia laboral en las residencias de mayores" publicado por Horsori Editorial es un documento con voluntad de visibilizar un fenómeno que se produce en las residencias de mayores con el fin mejorar las condiciones de salud de los profesionales, establecer medidas de prevención y promoción de la salud.

### **Autora de la reseña: Nathalie P. Lizeretti**

- Doctora en psicología. Directora de CIDIE-Fundación Privada Ramón Rosal.
- Coordinadora del GT en Intel·ligència Emocional del COPC

### **Referencias**

- California Occupational Safety and Health Administration (Cal/OSHA). (1993). [Guidelines for security and safety of health care and community service workers](#). Sacramento: California Department of Industrial Relations, Medical Unit, 1993.
- Organización Internacional de Trabajo (OIT) (2019). [Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019](#).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). La violencia, un problema mundial de salud pública. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: OMS.

# DIRECTRICES DE BUENAS PRÁCTICAS PARA EL EJERCICIO DE LA COORDINACIÓN DE PARENTALIDAD: ACTUALIZACIÓN 2020

## GRUPO DE TRABAJO DE COORDINACIÓN DE PARENTALIDAD DEL COPC

Las "Directrices para el ejercicio de la coordinación de parentalidad del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña" («COPC») pretenden proporcionar un marco y unas bases de buenas prácticas para los psicólogos y psicólogas que quieran ejercer la coordinación de parentalidad de forma ética y competente.

El rol del coordinador o coordinadora de parentalidad (a partir de aquí «el CP») está muy especializado en asistir a progenitores en situación de alta conflictividad posruptura y difiere de forma significativa de los roles clínico, forense y mediador. El ejercicio de la coordinación de parentalidad requiere una formación en salud mental, dinámicas de conflictividad familiar, violencia familiar, desarrollo infanto-juvenil, mediación familiar y arbitraje y conocimientos en el ámbito del derecho de familia, además de la práctica específica de la coordinación de parentalidad (*Association of Families and Conciliation Courts, «AFCC», Task Force on Parenting Coordination, 2005; Coates et al., 2004; Kelly, 2008; Capdevila et al., 2015*).

Los profesionales de la psicología que ofrecen servicios de coordinación de parentalidad deben ejercer sus tareas de acuerdo con los estándares éticos y el Código Deontológico del COPC (COPC, 2015). La Sección de Alternativas para la Resolución y Gestión de Conflictos («ARC») del COPC apostó por implementar la figura del CP en Cataluña. A comienzos de 2013, realizó una formación de coordinación de parentalidad para profesionales de la psicología.

Del grupo que recibió la formación se creó un Grupo de trabajo de coordinación de parentalidad («GT del COPC») que tenía entre sus objetivos iniciales:

- Introducir la figura del CP y la formación en coordinación de parentalidad para los psicólogos y psicólogas especializados en gestión de conflictos/mediación en Cataluña.
- Elaborar las directrices de buenas prácticas para el funcionamiento ético y competente del profesional de la psicología en el ejercicio de la coordinación de parentalidad.



En una primera fase, el GT del COPC y la AFCC colaboraron en la traducción al castellano de las directrices de la AFCC (AFCC, 2005) que habían sido las de referencia para la implementación de la coordinación de parentalidad en los Estados Unidos y Canadá, donde se originó esta práctica (AFCC y COPC, 2013).

Para ello contaron con la participación de Espacio Sistémico de Buenos Aires.

En 2013, el GT DEL COPC designó una comisión para elaborar las "Directrices del COPC 2015" a partir de la revisión de literatura y las directrices ya existentes de la AFCC (2005) y de la *American Psychological Association* (APA, 2012), adaptándolas a nuestro entorno social y legal.

Esta actualización "Directrices del COPC 2020" responde a la necesidad de revisión de las anteriores para incluir aspectos relacionados con el uso de las TIC y aspectos revisados en la actualización de las directrices de la AFCC del 2019, también traducidas por el grupo de trabajo del COPC (COPC, 2019).

La revista Psiara publica el documento completo de la actualización 2020 de las Directrices de buenas prácticas para el ejercicio de la coordinación de parentalidad, cuyas autoras son:

**Connie Capdevila Brophy** (coordinadora), doctora en psicología, especialista en psicología clínica, experta en gestión de conflictos y mediación (acreditada por el COPC), terapeuta familiar, mediadora familiar, coordinadora de parentalidad.

**Núria Calderer Pérez**, especialista en psicología clínica, experta en gestión de conflictos y mediación (acreditada por el COPC), mediadora familiar, coordinadora de parentalidad.

**Maika López Cotcho**, especialista en psicología clínica, experta en psicología forense (acreditada por el COPC), formación en mediación y resolución de conflictos, coordinadora de parentalidad.

**Núria Mestres Giménez**, especialista en psicología clínica, experta en gestión de conflictos y mediación (acreditada por el COPC), mediadora familiar, coordinadora de parentalidad.

**Asunción Molina Bartumeus**, doctora en psicología, experta en psicología forense (acreditada por el COPC), coordinadora de parentalidad.

**Graciela Susanne Morganti**, doctora en psicología clínica y de la salud, Experta en psicología forense, experta en gestión de conflictos y mediación (acreditada por el COPC), mediadora familiar, formación especializada en coordinación de parentalidad.

Puedes descargar el documento aquí. 

---

El Psiara és el suport en què el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya comparteix reflexió, anàlisi i opinió amb totes les persones col·legiades i no col·legiades que tenen interès en el món de la psicologia.

La revista permet la participació de psicòlegs i psicòlogues i reflecteix al màxim la realitat de la professió. S'hi publiquen els següents tipus de textos: articles sobre qüestions professionals, articles d'opinió, entrevistes i resums d'activitats.

Si fruit de la teva praxi professional o acadèmica vols compartir un article amb els teus companys i companyes psicòlegs, si us plau, envia'ns-el a [comunicacio@copc.cat](mailto:comunicacio@copc.cat). Esperem la teva aportació!





---

## Visita la web del Psiara, la revista digital del COPC

[www.psiaracopc.cat](http://www.psiaracopc.cat)

Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya  
c/ Rocafort, 129 - 08015 Barcelona  
Tel: 932 478 650  
copc@copc.cat



MARÇ 2021



Col·legi Oficial de  
Psicologia de Catalunya