

# Fronteras entre psicoterapia y *coaching*

Psicoterapia y *coaching* son dos disciplinas con mucho en común; pero con diferencias relevantes, sobre todo ante el imperativo deontológico de no hacer daño en una intervención de ayuda. Los casos de depresión y vulnerabilidad emocional ilustran la necesidad de demarcar las fronteras entre ambas disciplinas.

Carlos Pittaluga Zerpa

En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos... Sobre todo, no causaré daño... Guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos.

Del juramento hipocrático actualizado por la Segunda Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Ginebra, septiembre de 1948.

LA RELACIÓN DE AYUDA PROFESIONAL no es una simple conversación para conocer a otra persona, una discusión sobre el desempeño de esta persona en su trabajo ni una entrevista para explorar los problemas que enfrenta. Tampoco es una entrevista para evaluar el rendimiento o el alcance de metas, no obstante el hecho de que estos encuentros puedan derivar en beneficios ostensibles. La relación de ayuda es una intervención sistemática, de tipo profesional, que requiere preparación formal y tiene como propósito crear las condiciones necesarias para que la persona objeto de la ayuda pueda, por sí misma, encontrar las mejores soluciones disponibles para superar la situación por la que atraviesa o sea capaz de sacar lo mejor de sí misma y cultivar sus talentos.

La relación de ayuda implica una forma muy especial de relación y comunicación que debe ser previamente acordada. No es una relación de poder, de influencia unidireccional. Idealmente, debe derivar en beneficio recíproco. La relación de ayuda ha de responder a las prioridades de la persona que la recibe y no a las de quien la ofrece. Es imperativo valorar los objetivos y las preferencias de la persona objeto de la ayuda. Es más, la relación de ayuda solo será efectiva si los dos actores del proceso asumen cabalmente los objetivos por los que se trabaja. La intervención debe encaminarse a crear autonomía de acción, haciendo que la persona progresivamente sustituya la ayuda externa por autoayuda.

Carlos Pittaluga Zerpa, profesor del IESA.

La relación de ayuda es un proceso de interacción e influencia social recíproca: «influyo y soy influido». Tal influencia se ejerce tanto haciendo como no haciendo. El objetivo de la relación de ayuda es el cambio, el aprendizaje, la facilitación del desarrollo de las propias potencialidades. La relación de ayuda discurre en el continuo prescribir (cuidar de)-facilitar, dependiendo de la situación de la persona ayudada en otro continuo: dependencia-independencia-interdependencia.

Entre los profesionales de ayuda se incluyen todos los diferentes especialistas de las ciencias de la salud (médicos, enfermeras, bioanalistas, farmacéutas, odontólogos, terapeutas, rehabilitadores), los cuidadores de personas con necesidades especiales, los psicólogos, psicoterapeutas, psicopedagogos, terapeutas del lenguaje y profesiones equivalentes, los que han recibido capacitación técnica especializada en *coaching*, en cualquiera de sus diferentes enfoques, e, idealmente, los docentes de cualquier nivel educativo y cualquier especialidad. Todas estas profesiones de ayuda deben ejercerse solamente cuando se cuenta con una certificación expedida por un centro de enseñanza superior, debidamente acreditado por los organismos competentes en cada caso.

Hay relación de ayuda en la sanación o curación; también en los procesos formativos de acompañamiento, orientación, guía y capacitación, necesarios para el desarrollo personal y profesional. Pero son dos mundos distintos, ejercidos por profesionales de diferentes competencias, que ejecutan modelos de intervención bien demarcados, aunque en ocasiones los límites o fronteras se desvanezcan.

En la sanación o curación el profesional de ayuda puede inclinar la balanza hacia el extremo prescriptivo del continuo: establecer qué debe hacerse, cuándo, cómo, con qué. Emite in-

dicaciones a las que debe someterse la persona ayudada. Entonces, la relación de ayuda es, además, una relación de poder. El proceso se inscribe en el llamado modelo médico; por ejemplo, las relaciones médico-paciente, enfermera-paciente u odontólogo-paciente. El término paciente de esa relación implica la espera pasiva por las acciones expertas de un operador, en cuyas manos ha decidido confiar. El éxito de la intervención depende de la competencia del experto y pueden lograrse resultados aun cuando la cooperación del paciente sea poca, nula o ineficaz.

En otros contextos —educativo u organizacional, por ejemplo— la relación de ayuda requiere caminar juntos para encontrar el camino, lo que implica un cierto riesgo: la responsabilidad compartida por los resultados. Quien acompaña pone al servicio de la persona ayudada sus recursos, su experiencia y sus límites. Todo esto debe sumarse a las motivaciones, los recursos, la disposición y el compromiso de la persona ayudada. De la suma surgen los resultados. En el desarrollo personal y profesional que tiene lugar en contextos educativos y organizacionales, el modelo de intervención de quien ayuda procura dinamizar los recursos que posee la persona objeto del proceso y moviliza sus capacidades a fin de ayudarlo a encontrar un nuevo equilibrio y restablecer el control sobre la situación por la que atraviesa.

#### Modelos de intervención

En el caso de las personas, el crecimiento individual consiste en desarrollar potencialidades y alcanzar los objetivos que se hayan trazado, en el camino sin fin de la autorrealización. A este contexto pertenece todo propósito de perfeccionar, mejorar o potenciar el desempeño, lo cual no necesariamente supone una falencia o debilidad personal.

## Entre miles de marcas, tu trabajo va a destacar

Porque con la Maestría en Mercadeo del IESA, vas a empezar a hacer las cosas como nunca antes.

Recibe las herramientas que necesitas para destacarte y llegar a nuevos niveles en tu carrera.

Descubre más de la Maestría en Mercadeo en [www.iesa.edu.ve/postgrados](http://www.iesa.edu.ve/postgrados) o consúltanos a través de [tufuturo@iesa.edu.ve](mailto:tufuturo@iesa.edu.ve)

Tlf: 555.4371 / 555.4354

Twitter: @maestriasiesa



GERENCIA Y LIDERAZGO RESPONSABLE



Única escuela de negocios en Venezuela acreditada internacionalmente

### Comparación entre psicoterapia y *coaching* según los problemas y objetivos que hacen necesaria la intervención

Psicoterapia	<i>Coaching</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concierna a trastornos, desajustes, disfuncionalidades</li> <li>• Implica sanación, curación o cambios profundos</li> <li>• Los motivos de la intervención pueden complicarse y agravarse de no ser atendidos</li> <li>• La condición implica riesgos para la integridad de la persona si no es atendida correctamente</li> <li>• La persona tiene pocas posibilidades de cambio por sí sola: ayuda necesaria</li> <li>• Las causas del problema pueden ser multifactoriales (neurológicos, endocrinos, psicológicos) y requieren equipos clínicos interdisciplinarios</li> <li>• Es un campo profesional propio de psiquiatras y psicólogos clínicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concierna a oportunidades de crecimiento personal y profesional</li> <li>• Implica superación, mejoramiento</li> <li>• Los motivos de la intervención no suponen complicaciones mayores de no ser atendidos</li> <li>• La condición no implica riesgos para la integridad de la persona si no es atendida correctamente</li> <li>• La persona tiene muchas posibilidades de cambio por sí sola: ayuda opcional conveniente</li> <li>• Las causas del problema se circunscriben a patrones de pensamiento y conducta fácilmente reeducables</li> <li>• Es un campo especializado propio de profesionales, de diversas disciplinas, certificados</li> </ul>

El proceso de ayuda se puede sintetizar de un modo muy sencillo, tal como propone el método GROW de Graham Alexander ([www.thealexanderpartnership.com/meet-the-team/graham-alexander](http://www.thealexanderpartnership.com/meet-the-team/graham-alexander)). En una conversación franca y abierta, signada por la confianza y el respeto mutuo, el *coach* crea las condiciones necesarias para que...

- La persona declare los objetivos que desea o necesita alcanzar con el proceso de ayuda (*goal*).
- La persona realice un análisis de la brecha entre los objetivos declarados y su situación actual, en un contraste entre el yo-ideal y el yo-actual (*reality*).
- La persona identifique todo aquello con lo que cuenta para alcanzar los objetivos declarados: recursos y capacidades, ayuda externa, relaciones interpersonales, entre otras muchas posibilidades (*options*).
- La persona se comprometa consigo misma a establecer y ejecutar los próximos pasos: todo lo que debe hacer para comenzar a lograr lo que se propone (*will*).

Un modelo de intervención más elaborado fue propuesto por Prochaska y DiClemente (1982). Las personas cambian mediante un proceso que va desde «no lo necesito» a «debo insistir en ello», pasando por «debo hacerlo ya». Este proceso tiene seis fases: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación.

- Precontemplación: no se advierte la necesidad de cambio.
- Contemplación: la gente percibe que en el futuro debe ser diferente.
- Preparación: se intenta hacer algo, en el futuro inmediato, para cambiar.
- Acción: la gente hace algo para cambiar su conducta.
- Mantenimiento: la gente hace algo para prevenir una recaída.
- Terminación: la gente siente autoeficacia y no percibe necesidad de cambiar.

Este modelo fue ampliado por Prochaska y Velicer (1997), y se formula de la manera siguiente:

- Concienciación: ¿cuáles son las causas y consecuencias de mi conducta? ¿Cómo me afecta? ¿Qué pasará si no cambio?
- Alivio: la toma de conciencia deriva en un sentido de urgencia.

- Autoevaluación: revisión de sí mismo para encontrar pistas y explicaciones.
- Evaluación de entorno: influencia de factores externos sobre la conducta.
- Autoliberación: formulación de opciones personales de cambio o solución, y de las formas de lograrlas.
- Liberación social: formulación de opciones de cambio o solución ofrecidas por el entorno social, y de las formas de lograrlas.
- Recondicionamiento: desaprender y reaprender los patrones de conducta.
- Control ambiental: remover y evitar los estímulos externos que puedan determinar una recaída.
- Manejo de contingencias: garantizar la presencia de estímulos que hagan del cambio un logro permanente.
- Relaciones de ayuda: garantizar el apoyo de personas que hagan perdurables los logros obtenidos.

Ambos modelos pueden ser empleados en psicoterapia y en *coaching*. De modo que las fronteras entre ambas prácticas no están demarcadas por el método de intervención, sino por la naturaleza de los problemas o de las dificultades que enfrenta la persona y, sobre todo, por las implicaciones de estos problemas o sus posibles consecuencias para la persona y para terceros.

#### Curación y crecimiento personal

El término «curación» (del latín *curāre*, cuidar) alude a la sanación de una condición de enfermedad, a la remediación de un mal, al restablecimiento de la salud física o mental que se ha perdido, a la solución de un padecimiento, según las acepciones del *Diccionario de la lengua española* (DRAE). En la curación, a menudo hay un solo actor activo (de allí la denominación «paciente» para el otro actor).

La expresión crecimiento personal o profesional, en cambio, concierne a objetivos de mejoramiento, perfeccionamiento o desarrollo, que obran sobre una potencialidad. Si están implicados dos actores, como en la relación de ayuda, ambos son activos y son, además, corresponsables. En la psicoterapia pueden concurrir la sanación y el crecimiento personal como factores de una misma condición. La depresión es un buen ejemplo.

La depresión es un padecimiento, a veces una reacción, otras una condición y en ocasiones una enfermedad o el síntoma más prominente de una enfermedad. Como padecimiento,

# Diplomado en Mercadeo Digital



GERENCIA Y LIDERAZGO  
RESPONSABLE



## Sube ya al siguiente nivel

Dispara tu visión de negocios  
y desarrolla tu proposición de valor online  
con el Diplomado en mercadeo digital del IESA



[www.iesa.edu.ve/cursos-y-programas](http://www.iesa.edu.ve/cursos-y-programas)  
[avanza@iesa.edu.ve](mailto:avanza@iesa.edu.ve) • (0212) 555-IESA  
[facebook.com/iesa.gerencia](https://facebook.com/iesa.gerencia)  
[@cursosiesa](https://twitter.com/cursosiesa)



implica un trastorno afectivo o perturbación más o menos grave del estado de ánimo. Como reacción, puede ser la consecuencia directa de un evento traumático (depresión postraumática), una pérdida significativa (duelo complicado) o una conmoción orgánica importante, sobre todo hormonal (como en la depresión posparto), o por la ingesta de sustancias. Como condición, se hace presente de una forma más insidiosa o difusa en lo tocante a su evolución, hasta el punto de ser difícil separar el padecimiento de la persona. Como enfermedad, es la consecuencia directa o indirecta de alguna anomalía en el organismo. En Estados Unidos, afecta al veinte por ciento de las mujeres y al doce por ciento de los hombres, en algún momento de sus vidas, y es más prevalente que la artritis, las cardiopatías o la diabetes.

El trastorno depresivo se caracteriza por los siguientes síntomas: ánimo marcadamente triste; dificultad marcada para el disfrute de relaciones interpersonales, eventos o actividades que en el pasado eran muy gratas; evitación de actividades sociales; aumento de los conflictos interpersonales; sensibilidad al rechazo; disminución marcada del vigor físico; molestias físicas (cefaleas, alteraciones digestivas); insomnio o exceso de sueño; alteraciones de la conducta alimentaria; perturbaciones emocionales (como ansiedad, ira, irritabilidad) y cognoscitivas (como dificultades para la concentración y pérdida de la memoria).

Los síntomas deben ser suficientemente intensos para interferir con el trabajo, los estudios o la vida social y familiar. La

intensidad de los síntomas y sus consecuencias permite, además, clasificar el padecimiento en mayor o menor (determinación que concierne al especialista). Si estos síntomas no pueden atribuirse a un trauma, un duelo o a la ingesta de alguna sustancia, es necesario descartar la presencia de enfermedad.

Diversas enfermedades médicas pueden causar el padecimiento depresivo. Puede ser consecuencia de una enfermedad neurológica (como en la enfermedad de Parkinson), una enfermedad metabólica (como en el déficit crónico de vitamina B12), una enfermedad endocrina (como hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoparatiroidismo, hiperadrenocorticismo o hipoadrenocorticismo), enfermedades inmunes (como el lupus eritematoso sistémico), infecciones virales graves (mononucleosis, VIH) y determinadas formas de cáncer (carcinoma de páncreas). Desde un punto de vista biológico, la depresión resulta de una desregulación o desequilibrio bioquímico, en el que se encuentran alterados los niveles de determinadas sustancias que actúan de modo relevante en las diferentes funciones del organismo. Las sustancias en cuestión pueden dividirse en dos grandes grupos: neurotransmisores y neuroreguladores. Los neurotransmisores intervienen en el funcionamiento de las células nerviosas y los péptidos, cadenas de aminoácidos con múltiples funciones biológicas, entre las cuales se incluye la influencia en la actividad de los neurotransmisores, por lo cual terminan siendo neuroreguladores.

## COACHING ONTOLÓGICO: UNA PRÁCTICA EMERGENTE

Jesús Berroterán / *Coach* sénior, Indelser Consultores

El *coaching* ontológico se fundamenta en el discurso y la praxis de la ontología del lenguaje, desarrollada por Rafael Echeverría, quien plantea el papel activo y dinámico del lenguaje en la creación de identidad, sentido y acción, que promueve la construcción de relaciones y la coordinación de acciones. En esencia, el *coaching* ontológico está orientado a fomentar un grado de conciencia que permita a un ser humano competente asumir y hacerse cargo de lo que le distingue, le afecta o impide su crecimiento, su expansión, su desarrollo. Su finalidad es fomentar la capacidad de autoobservación y lograr cambios que se traduzcan en comportamientos sostenidos de forma autónoma y efectiva.

### Finalidad

La práctica del *coaching* ontológico, su naturaleza y sus objetivos, apuntan al bienestar. En su libro *Mi Nietzsche: la filosofía del devenir y el emprendimiento*, Echeverría (2010: 13) comenta:

Tengo el convencimiento de que, por regla general, no sabemos vivir bien. Somos profundamente ignorantes en «el arte del buen vivir», aquello que Sócrates en su momento convirtió en su vocación. Quizás nunca lo sabemos del todo. Y quizás cierta dosis de ignorancia en relación a él sea parte de los desafíos que nos plantea nuestra vida. Con todo, considero que hay mucho sufrimiento innecesario que podemos disolver, sufrimiento que responde no sólo a condiciones inevitables de nuestra existencia, sino a cegueras, a ignorancias, a circunstancias de haber hecho determinada elección, de haber seguido caminos en los que terminamos por confundirnos y perdernos.

Esto refleja no solo el pensamiento de Nietzsche, sino la influencia de su filosofía en Echeverría y ofrece una ventana para mirar los focos

de sufrimiento, malestar, resentimiento y resignación que limitan la expansión y florecimiento. El *coaching* ontológico pretende disolver esos focos de sufrimiento y alcanzar grados de satisfacción y bienestar en distintos dominios personales —de pareja, familiar y laboral— que marquen una diferencia sustancial en los modos de relacionarse y concebir la vida.

La dimensión ontológica del *coaching* se sustenta en su concepción del ser humano en constante evolución y transformación. No es algo fijo e inmutable; por el contrario, vive en procesos permanentes de devenir, de invención y reinención. No sabe de lo que es capaz de lograr en sí mismo. Además de la concepción del discurso ontológico debe reivindicarse el ámbito de la acción para lograr cambios y transformaciones.

Uno de los postulados que plantea Echeverría, en su libro *Ontología del lenguaje* (1995: 45), señala lo siguiente: «No sólo actuamos de acuerdo a cómo somos (y lo hacemos), también somos de acuerdo a cómo actuamos. La acción genera ser. Uno deviene de acuerdo a lo que hace». Esto refleja el poder transformador de la práctica del *coaching* como disciplina al servicio de los cambios que puede lograr una persona. Ahora bien, cabe preguntar sobre las competencias que se expresan en una conversación, dentro del paradigma ontológico como manera específica de interacción.

### Competencias distintivas

Un aspecto clave para determinar si un *coaching* es ontológico es la posibilidad de agregar valor al asistido, en cuanto a la manera de observar nuevas opciones, concebir sus limitaciones y percibir, y asumir, comportamientos trascendentes como pueden ser dignidad, merecimiento, respeto, valoración, honra. En una práctica de *coaching* ontológico se evidencian ocho competencias; y por competencias se entiende todos aquellos comportamientos que muestra el *coach* en una sesión.

La explicación clásica de la depresión primaria postula que (1) una disminución de los niveles de serotonina, conocida como la hormona del bienestar, determina una alteración del estado de ánimo; (2) la alteración en los niveles de noradrenalina, dado que esta hormona interviene en la regulación de funciones cognitivas (como la atención y la memoria), las emociones, el movimiento y los estados emocionales (como la ansiedad), influye en la aparición del padecimiento depresivo; (3) la dopamina, asociada al placer, influye en la actividad motriz y, por esta vía, en la depresión; y (4) la acetilcolina, porque interviene en la regulación del estrés, tiene igualmente un papel relevante en el desarrollo de los trastornos afectivos.

El impacto de los modelos mentales —esquemas de pensamiento recurrentes— en la vida emocional es de enorme importancia. Un estudio realizado con estudiantes universitarios que compartían piso reveló que una forma particular de pensar puede contagiarse a otros individuos y hacerlos propensos a la depresión (Haefel y Hames, 2013). Según esta investigación, las personas que responden negativamente a las situaciones problemáticas de la vida y tienden a atribuir las a sus limitaciones o a factores que no pueden modificar son más vulnerables a la depresión. Esta «vulnerabilidad cognoscitiva» pudiera resultar contagiosa en etapas vitales de transición; en momentos en los que el entorno social está en proceso de cambio. El efecto de contagio resultó evidente en las evaluaciones realizadas tanto a los tres como a los seis meses. El estudio de Haefel y

Hames no puede considerarse concluyente por las limitaciones propias de un primer trabajo de pequeña escala, pero sus hallazgos son sumamente sugerentes y del todo consistentes con los de otras investigaciones. Una nota crítica de este estudio fue publicada por el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) del Reino Unido en su sitio de internet: <http://www.nhs.uk/news/2013/04April/Pages/No-proof-found-depression-contagious.aspx>.

¿Cómo son esos modelos mentales? ¿Cómo puede identificarlos una persona y saber que ella los alimenta y cultiva? Bruce Cohen (2006) los denomina automatismos y caracteriza los principales automatismos de la persona depresiva:

- Abstracción selectiva: sacar conclusiones a partir de una pequeña parte de los datos.
- Inferencia arbitraria: sacar conclusiones omitiendo la evidencia contraria.
- Estilo absolutista: tendencia a clasificar en extremos, como bueno o malo, sin grados intermedios.
- Magnificación-minimización: sobrevalorar lo malo al tiempo que se infravalora lo bueno en un mismo caso.
- Personalización: culparse de lo malo que ocurre.
- Estilo catastrofista: asignar siempre los peores desenlaces.

La depresión es una entidad muy compleja, que puede enmascarar diferentes patologías y presentarse al comienzo como

1. Crear contexto: consiste en generar un espacio protegido, fomentar la confianza necesaria para iniciar la conversación y establecer las reglas de juego. Es una competencia que se muestra como primera fase de la sesión.
2. Escuchar: es la principal competencia en el *coaching* ontológico. Percibir e interpretar lo observado —en las palabras, los gestos, las emociones, los silencios— es fundamental durante todo el proceso.
3. Identificar y articular el quiebre: quiebre es lo que saca al asistido de su transparencia, de su estado de habitualidad no consciente, de su ritmo automático de vida. Ofrecer una vinculación con situaciones, circunstancias o incidentes que revelen el quiebre declarado (o, como suele ocurrir, el quiebre que surge del proceso de darse cuenta) es otra competencia de un *coach* ontológico.
4. Indagar: es la llave para abrir posibilidades. Existen diferentes tipos de indagación: horizontal (edad, estado civil, profesión, ciudad donde nació y donde vive actualmente), vertical (juicios y afirmaciones sobre el quiebre), transversal (patrones de comportamiento en distintos dominios, espacios, situaciones) y ortogonal (la pieza que falta para reconstruir la estructura de coherencia del asistido). Si bien preguntar es un arte, en el *coaching* ontológico constituye una competencia fundamental que abre los caminos para la interpretación y la posible intervención.
5. Interpretar: es la competencia de reconstruir lo escuchado, reconociendo siempre que es solo una interpretación y debe ser validada por el asistido. Abarca comportamientos, limitaciones, dolores recurrentes, costos en distintos ámbitos, historias comunes con diferentes personajes, miedos por amenazas reales o no, que son ofrecidas al asistido para que valide la interpretación y si tiene algún sentido para él, de manera que le permita hacer algo con lo que está observando en su dinámica relacional y existencial.

6. Utilizar distinciones: la rigurosidad en el manejo de las distinciones ontológicas es otra competencia clave. Implica distinguir juicio de afirmación, fenómeno de explicación, declaraciones, emociones y estados de ánimos, la corporalidad como expresión de lo que ocurre (todo ocurre en el cuerpo y se vive en el cuerpo). Todas estas son herramientas que ofrece la ontología del lenguaje.
7. Intervenir: si bien es otra fase que favorece el darse cuenta de las fuerzas limitantes, es una competencia del *coaching* ontológico dirigir el proceso hacia la disolución de los obstáculos y desafiar las incompetencias del asistido en beneficio de su expansión.
8. Cerrar: si la creación de contexto representa el inicio para sentar las bases de la conversación, el cierre es la fase final para recoger los aprendizajes, los momentos de «darse cuenta», los planes de acción y el chequeo emocional: ¿cómo se queda, cómo se va?

Estas son las competencias que permiten reconocer una práctica de *coaching* ontológico. Además, la rigurosidad en el manejo ético de quienes han sido certificados como *coaches* ontológicos es otro aspecto que los diferencia del resto. El *coaching* ontológico se sustenta en un marco ético, expresado en respeto profundo por el asistido, confidencialidad, integridad, confianza y amor. De allí que su naturaleza y sus objetivos apunten al bienestar y a reconocer que cada persona es protagonista de su creación. ¡En el *coaching* ontológico trascendemos la interpretación de que nada cambia y resaltamos las posibilidades de transformación!

#### Referencias

- Echeverría, R. (1995): *Ontología del lenguaje*. Chile: Dolmen.
- Echeverría, R. (2010): *Mi Nietzsche: la filosofía del devenir y el emprendimiento*. Buenos Aires: Granica.

un simple problema de desmotivación o bajo desempeño. Por ello, la curación de la depresión requiere a menudo la concurrencia de varias disciplinas médicas y psicológicas. La intervención psicoterapéutica es indispensable para modificar los modelos mentales, pero no es eficaz hasta tanto sea recuperado el equilibrio bioquímico y endocrino, lo que normalmente requiere la prescripción de fármacos. Ni los fármacos por sí solos ni la psicoterapia por sí misma tienen eficacia en la depresión: la estrategia terapéutica debe ser combinada y concurrente.

El psicoterapeuta debe iniciar su acción solamente cuando todo factor biológico haya sido debidamente descartado y controlado. Las fronteras son en principio nítidas, o al menos deberían serlo. Una actuación responsable, deontoló-

### Las fronteras entre psicoterapia y *coaching* no están demarcadas por el método de intervención, sino por la naturaleza de los problemas o de las dificultades que enfrenta la persona y, sobre todo, por las implicaciones de estos problemas o sus posibles consecuencias para la persona y para terceros

gicamente estricta, requiere comprender que el aplanamiento de las motivaciones, las crisis frecuentes de llanto, el descuido de la persona (principales síntomas de la depresión) son, como la punta del iceberg, apenas la superficie visible de un problema mucho más complejo. Un psicoterapeuta calificado lo sabe, porque cuenta con una sólida y amplia formación profesional. Conoce sus límites y obra según el principio «primero no hacer daño». Sabe que puede contribuir a la superación del problema; pero, sobre todo, sabe lo que no puede hacer y lo que amerita la intervención de otros especialistas.

#### Los límites de la psicoterapia y el *coaching*

Es necesario insistir en los principios que rigen la actuación profesional. El ejercicio correcto de la psicoterapia, regido por el principio «primero no hacer daño», comienza por el reconocimiento de los propios límites: qué puede o no hacerse por el otro. El establecimiento de estos límites, a la vez, requiere una comprensión profunda de las posibles explicaciones biológicas y psicológicas de un problema de desempeño. En efecto, la pérdida de eficacia y eficiencia en el rendimiento de una persona o la alteración de su ánimo pueden ser resultados de muchos factores distintos o, más grave aún, los comienzos insidiosos de una condición que tiende a agravarse. Lo más importante no es lo que el psicoterapeuta sabe, aquello para lo que se ha preparado, sino lo que ignora, lo que no sabe, que forzosamente debe ser complementado por otros expertos, y debe ser la norma para fijar las fronteras de su actuación.

¿Qué decir de las fronteras del *coaching* con respecto a la psicoterapia? Primero su pertinencia: *coaching* como ejercicio de una relación de ayuda concierne a aquellos casos en los cuales no está implicada una condición patológica, o un trastorno cuyo despistaje, por cierto, el *coach* no siempre está calificado para establecer, pero sí para sospechar, en cuyo caso la única actuación admisible es referir a la persona a un profesional de la salud. Por lo tanto, el punto de partida del *coaching* es la presunción de normalidad en el sentido clínico (de salud) y de las posibilidades de progreso que tiene el individuo con base en sus recursos; en este sentido, la

intervención toma la forma de un catalizador o facilitador del proceso de mejora del desempeño: ayuda externa conveniente y opcional.

El punto de partida de la psicoterapia es el de ayuda externa necesaria. Se presume un trastorno o desajuste en la salud de la persona, desadaptación en los patrones de conducta o disfuncionalidad en el desempeño, lo cual requiere sanación, y se supone que la persona difícilmente podrá afrontarla por sí sola, aunque su participación en el proceso terapéutico deberá ser forzosamente muy activa. Con frecuencia, la complejidad de un caso (como la depresión, por ejemplo) requerirá la conjunción de varios recursos terapéuticos en coordinación, siendo la psicoterapia uno de ellos.

La Federación Internacional de Coaching (<http://coachfederation.org>) define *coaching* como «una relación profesional continua, en la cual se utiliza una serie de preguntas poderosas y creativas que maximizan el rendimiento de los clientes y los apoyan en la acción de producir resultados extraordinarios. Se parte de la presunción de que el cliente es totalmente funcional y único experto en su propia vida». El *coaching* no corresponde a un proceso terapéutico ni el *coach* se considera un profesional de la salud. Tanto la Federación Internacional de Coaching como la Asociación Internacional de Coaching (<http://www.certifiedcoach.org>) destacan la importancia de referir al cliente a un profesional de la conducta humana u otro especialista, si se manifiestan problemas emocionales o cualquier otra evidencia de trastorno o disfuncionalidad.

La Federación Española de Psicoterapias (<http://www.feap.es>) aporta la siguiente definición de psicoterapia:

... todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones del comportamiento, la adaptación al entorno, la salud psíquica y física, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos... Por lo tanto, el término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-especializado, que se especifica en diversos y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas. Las intervenciones terapéuticas son de naturaleza fundamentalmente verbal y persiguen la reducción o eliminación de los síntomas que aquejan a la persona, a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o de los sistemas en los cuales vive inmerso el individuo.

Dos oficios que se rozan y cuyos límites vienen dados por una doble mirada: hacia la persona, para tratar de comprender cabalmente qué le pasa y por qué le pasa, y hacia uno mismo, para tratar de establecer si se está en condiciones de intervenir para ayudar y solo para ayudar. **■**

#### REFERENCIAS

- Cohen, B. (2006): *Psiquiatría: teoría y práctica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Haefel, G. y J. Hames (2013): «Cognitive vulnerability to depression can be contagious». *Clinical Psychological Science*, <http://www3.nd.edu/~ghaefel/Resources/Clinical%20Psychological%20Science-2013-Haefel-2167702613485075.pdf>. Consulta: octubre 2013.
- Prochaska, J. y C. DiClemente (1982): «Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change». *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol. 19. No. 3.
- Prochaska, J. y W. Velicer (1997): «Misinterpretations and misapplications of the transtheoretical model». *American Journal of Health Promotion*. Vol. 12. No. 1.