



Una guía completa para entender los beneficios del
coaching en el desarrollo personal de los pacientes

Coaching y bipolaridad

Aplicación del Coaching Personal
en pacientes con TAB

CARLOS YÁÑEZ Life Coach

COACHING Y BIPOLARIDAD

Aplicación del Coaching Personal en pacientes con TAB

Autor: Carlos Yáñez

Diseño de cubierta: Carlos Yáñez sobre plantilla de canva.com

Primera edición: julio de 2021

Este libro está sujeto a las especificaciones de la siguiente licencia de Creative Commons:



Podrá utilizar la obra bajo las siguientes condiciones:

- Reconocimiento: debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciente lo respalda a usted o su uso.
- No comercial : no puede utilizar el material con fines comerciales .
- No puede distribuir el material modificado.

carlos@coachcarlos.com
www.coachcarlos.com

*A María, por su amor y apoyo
silenciosos y constantes durante
tantos años*

*Soy un acorde incompleto,
menor y desafinado,
que va persiguiendo notas
sin lograr una canción.*

Del tema «Completo incompleto»
JARABE DE PALO

INDICE

NOTA PRELIMINAR	6
1 INTRODUCCIÓN	7
1.1 La elección del TAB para nuestro estudio	7
1.2 El <i>Coaching</i> aplicado al TAB	9

PRIMERA PARTE. El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)

2 ¿QUÉ ES EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR?	12
2.1 La enfermedad y sus formas.....	16
2.2 Los pacientes de TAB	22
2.3 El deterioro cognitivo en el TAB	31
3 LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES DEL TAB. 36	
3.1 La atención psiquiátrica.....	36
3.1.1 El tratamiento farmacológico	37
3.2 El apoyo psicológico	38
3.2.1 La terapia cognitivo-conductual.....	40
3.2.2 La terapia breve estratégica.....	40
3.2.3 La psicología positiva	41
3.3 La psicoeducación.....	42

SEGUNDA PARTE. *Coaching* y TAB

4 UN PLANTEAMIENTO «NUEVO»: EL DESARROLLO PERSONAL	46
5 COACHING Y DESARROLLO PERSONAL	50
5.1 Por qué el <i>Coaching</i>	50
5.2 La base: la inteligencia emocional	56

5.2.1	El cerebro emocional	60
5.2.2	El modelo de Inteligencia Emocional de Goleman	63
5.2.3	Ventajas de la inteligencia emocional	67
6	UN COACHING PARA EL TAB	69
6.1	Reseteando el Life Coaching	70
6.2	Cuándo hacer Coaching a un paciente bipolar	70
6.3	Hándicaps del Coaching con pacientes bipolares	73
6.4	Objetivos del Coaching en pacientes bipolares	76
6.5	El acuerdo de Coaching en los coachees con TAB	78
6.6	Técnicas de Coaching aplicables	79
7	COACHES PARA EL TAB	84
7.1	La formación del coach para pacientes de TAB	84
7.2	Las competencias del coach para pacientes de TAB	85
8	BENEFICIOS DEL COACHING EN EL TAB	94
8.1	Beneficios para el coachee	94
8.2	Beneficios para el coach	95
8.3	Beneficios para la sociedad	96
9	CONCLUSIONES	99
10	BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXO I. ACUERDO DE COACHING		pág. 1

NOTA PRELIMINAR

El objeto de este estudio es demostrar la utilidad del *Coaching* como una disciplina a considerar dentro de un amplio contexto de estrategia sanitaria para el afrontamiento de los problemas de salud mental y, en particular, del TAB (Trastorno Afectivo Bipolar).

En España, se estima que aproximadamente el 2% de la población está afectado por el trastorno afectivo bipolar (TAB). Se trata de una enfermedad grave y con una gran prevalencia, cuyos efectos podemos paliar pero que en la actualidad carece de curación. Sus síntomas oscilan, según los casos, entre la manía (euforia exagerada) y la depresión. Se suele manifestar mediante brotes o episodios y su evolución suele ser cíclica. Es un trastorno crónico y con cierta frecuencia puede llegar a convertirse en una patología incapacitante.

Sin embargo, con los cuidados adecuados, el paciente de TAB puede llegar a desarrollar una vida completamente normal. Pero para llegar a esta situación, este necesita algo más que atención médica y psicológica. No solo precisa recuperarse física y psicológicamente, sino también emocional y funcionalmente. Con la intención de alcanzar este objetivo, se propone el *Coaching* como una disciplina de gran valor en la recuperación integral de estos pacientes, ya que supone un entrenamiento capaz de ofrecer resultados en los ámbitos físico, mental y social, de modo que estos puedan conseguir o, en su caso, recobrar su plenitud laboral y vital.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 La elección del TAB para nuestro estudio

Hemos enfocado este estudio sobre el Trastorno Bipolar porque, dentro del espectro de las enfermedades mentales, este trastorno es paradigmático en relación con sus características específicas, su gravedad, su prevalencia y con el deterioro que, con frecuencia, aunque no siempre, genera en las personas afectadas, todo lo cual hace muy interesante su abordaje.

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una afección de origen genético que, en caso de desencadenarse, provoca una enfermedad grave y crónica y, como veremos más adelante, a veces con consecuencias importantes. Se trata básicamente de un trastorno del ánimo, en el que el funcionamiento de la actividad mental solo se ve seriamente comprometido en los periodos activos de la enfermedad si bien, por lo general, no resulta deteriorada la fisiología cerebral. Para entendernos, podemos decir que el paciente de TAB es una persona «normal» y se comporta como tal la mayor parte del tiempo. Sin embargo, los periodos de crisis suelen ser tan devastadores emocionalmente que su psicología se ve seriamente resentida a causa de ellos. Por lo demás, es preciso señalar que hay muchas evidencias de personajes históricos famosos y altamente creativos que sufrieron este trastorno y de personas que fueron y son muy brillantes en sus respectivas áreas. De hecho, salvo excepciones, son escasas las personas que sufren alguna clase de déficit intelectual motivado por la enfermedad. Es importante recalcar esto porque a nuestros efectos debemos considerar a la

persona bipolar, en general, como alguien con una fisiología cerebral normal, sin deficiencias cognitivas previas que pudieran causar la enfermedad, Como hemos señalado anteriormente (pero es crucial comprender esto), el TAB —sus siglas lo indican claramente: Trastorno Afectivo Bipolar— es una enfermedad de los afectos, no de la inteligencia.

A propósito de lo anterior, consideramos conveniente recordar la definición que da la OMS del concepto de salud:

*«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».*¹

Lo interesante de esta definición es su sorprendente vigencia dada su antigüedad, ya que no ha sido modificada desde su creación en el año 1948, es decir, hace ya 73 años. El lado negativo de ello es que casi tres cuartos de siglo después de su enunciación sigue siendo todavía una declaración de intenciones, ya que a día de hoy estamos muy lejos de conseguir este objetivo. Ello se hace especialmente evidente en el contexto de las enfermedades mentales, como es el caso del TAB.

¹ La cita procede del *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Texto del acta disponible en internet: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_en_g.pdf;jsessionid=26EBC54EA97BC039A2171AAE1B3B4A61?sequence=1

1.2 El *Coaching* aplicado al TAB

El *Coaching* es, básicamente, un conjunto de técnicas, estrategias y tácticas encaminadas a la consecución de objetivos. Se trata de un proceso de desarrollo personal en el cual una persona con experiencia, llamada entrenador o *coach*, ayuda a un alumno, llamado cliente o *coachee*, para que este alcance un objetivo personal o profesional específico, brindándole capacitación y orientación. El *Coaching* se ha demostrado durante las últimas décadas como una disciplina muy efectiva para el desarrollo personal en todos los ámbitos.

Precisamente por ello, desde nuestro planteamiento estimamos que el *Coaching* se revela como una disciplina de gran valor para lograr el objetivo señalado por la OMS de conseguir el «completo bienestar físico, mental y social» de las personas y, de forma particular, resulta perfectamente aplicable a aquellas aquejadas de Trastorno Bipolar. El *Coaching* puede demostrar su competencia como un entrenamiento capaz de ofrecer resultados en esos tres ámbitos: el físico, ayudando a mejorar el estado corporal de la persona, el mental, recuperando su autoestima y el pleno funcionamiento de sus facultades, y el social, buscando la integración o, mejor dicho, la reintegración del individuo en su medio, con el objetivo último de que este pueda acceder a su plenitud laboral y vital.

Por todo lo anterior, y con las salvedades y matizaciones que veremos a continuación, estimamos que los pacientes con Trastorno Bipolar son personas capaces de afrontar procesos de *Coaching* con una razonable esperanza de efectividad. Dado que sus hándicaps suelen ser más emocionales que

intelectuales², la comprensión de ideas y el desarrollo de actividades tendentes a la consecución de objetivos no tienen por qué resultar especialmente conflictivos en un porcentaje mayoritario de los casos. Esta es la razón que nos induce a plantear el *Coaching* con estos pacientes como una alternativa efectiva en su proceso de recuperación.

Sin embargo, tradicionalmente se ha aceptado como premisa que el *Coaching* es un entrenamiento para personas sanas³, lo que en la práctica ha excluido como coachees a aquellas que sufren este u otros trastornos mentales. En nuestro trabajo, aportaremos argumentos para discutir este supuesto.

Finalmente, es preciso dejar claro que en ningún caso el *Coaching* debe confundirse con una terapia y menos aún sustituir a ninguna de ellas⁴, ya que no tiene capacidad para ejercer una acción directa en la curación médica del paciente. No debe caber ninguna duda a propósito de que el tratamiento psiquiátrico (con fármacos) y la psicoterapia son los elementos imprescindibles en el afrontamiento eficaz de esta enfermedad. Dejando esto bien sentado, con este trabajo pretendemos demostrar que el *Coaching* en pacientes bipolares podría llegar

² Mientras que los hándicaps emocionales se hallan perfectamente estudiados y se muestran de forma explícita en los pacientes de TAB, el deterioro cognitivo en los mismos es mucho más discutible y no resulta tan uniforme ni tan evidente. Lo estudiaremos en el apartado 2.3. del presente trabajo.

³ Ver al respecto, por ejemplo: GIL, P. (2014). *Coaching cognitivo conductual: una herramienta para los psicólogos*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Información psicológica, Nº. 107; págs. 34-46.
Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=745632>

⁴ Este planteamiento es comúnmente aceptado tanto desde el punto de vista del *Coaching* como desde las diferentes terapias psicológicas con base científica. Una referencia clásica la podemos encontrar en DOLAN, S. L. (2012). *Coaching por valores*. Madrid: Lid Editorial.

a donde ni la medicina ni la psicología alcanzan, que es la recuperación integral de la persona. Y es que esta disciplina no solo puede resultar muy útil para corregir hábitos nocivos de estos pacientes (desórdenes de sueño, adicciones, comportamientos compulsivos), sino también y sobre todo, para ayudarles a conseguir sus objetivos, a menudo abandonados por la desidia y la falta de motivación, y a algo mucho más importante y ambicioso: encontrar su propósito vital. Si el *Coaching* puede lograr esto —y pensamos que nos hallamos ante un objetivo viable— habremos dado un paso de gigante contra la discriminación y a favor de una nueva salud mental para el siglo XXI.

PRIMERA PARTE

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)

2 ¿QUÉ ES EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR?

Dedicaremos la primera parte del presente trabajo a definir y describir en qué consiste el Trastorno Bipolar desde el punto de vista clínico, así como a explicar breve y esquemáticamente su casuística. Intentaremos no resultar excesivamente prolijos, pero consideramos necesaria la exposición de los conceptos básicos sobre la enfermedad para facilitar la comprensión de la misma y de sus pacientes.

¿Qué es el Trastorno Bipolar o Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), antes denominado trastorno maníaco-depresivo? Para explicarlo, acudiremos a informaciones médicas autorizadas. En relación con los desórdenes mentales, dos son los manuales de diagnóstico de uso común, el DSM-5⁵ y la CIE-10⁶. Estos manuales están elaborados para profesionales y son de difícil comprensión e interpretación para el público profano. Por ello, recurriremos a textos de divulgación médica elaborados por organismos de prestigio sobre cuya competencia profesional existe acuerdo

⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2018) *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992) *CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Ginebra: OMS. [Fecha de Consulta marzo de 2021].
Sitio web: <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

unánime. Nos referimos principalmente al NIMH⁷, la NLM⁸, la Clínica Mayo⁹ o, ya en España, el Hospital Clínic de Barcelona¹⁰. Todos estos organismos comparten básicamente las mismas ideas tanto en lo relativo a la definición de la enfermedad como a la parte diagnóstica y a los tratamientos a utilizar, por lo que lo que diremos a continuación procede de dichas fuentes. Entendemos que es de difícil discusión dentro del enfoque general actual de la medicina científica que, por lo demás, es el único que a estos efectos nos interesa.

El Trastorno Bipolar es un trastorno mental crónico que suele cursar de forma episódica, es decir, manifestarse ocasionalmente y a intervalos irregulares. Produce cambios a menudo extremos en el estado de ánimo, generando variaciones importantes en los niveles de energía y actividad de la persona y en su concentración. Sin embargo, es importante resaltar que esta enfermedad no genera daños en la fisiología cerebral, es decir, no da lugar a lesiones físicas en este órgano, ya sean temporales o permanentes, sino que actúa generando alteraciones bioquímicas en el mismo de carácter normalmente transitorio.

⁷ NIMH es el Instituto Nacional de Salud Mental, perteneciente a los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y un componente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

⁸ NLM es la National Library on Medicine, perteneciente como el NIMH a los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y un componente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

⁹ La Clínica Mayo es una entidad sin ánimo de lucro dedicada a la práctica clínica, la educación y la investigación. Su sede central está situada en Rochester, Minnesota, EE.UU.

¹⁰ El Hospital Clínic y Provincial de Barcelona es un hospital docente relacionado con la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Es uno de los cuatro grandes hospitales de referencia nacional y el que tiene mejor puntuación en el ranking de Newsweek-Statista.

Todas las personas presentamos altibajos anímicos, pero su intensidad no es comparable en absoluto con los que sufren los pacientes afectados por este trastorno. Para ser lo más gráficos posible, podemos decir que en los episodios maníacos una persona puede sentirse muy feliz y optimista y en esta fase hay un marcado aumento en el nivel de actividad. Por el contrario, en los episodios depresivos, la persona puede sentirse triste, indiferente o desesperada además de mostrar, por supuesto, un nivel de actividad muy bajo. El TAB requiere, como hemos visto antes, de tratamiento de por vida y no cesa por sí solo.

Desde el punto de vista fisiológico, el Trastorno Bipolar consiste en una alteración química de los mecanismos cerebrales que regulan el estado de ánimo. La causa de la enfermedad es genética, pero puede desencadenarse por factores ambientales. Actualmente se sabe que estos últimos juegan un papel muy importante en el desarrollo de la enfermedad, actuando como precipitantes de las crisis, aunque insistimos en que es determinante la predisposición genética. Sin embargo, más que las causas, cuyo estudio resulta, por supuesto, esencial a nivel clínico, a los efectos de este trabajo nos parece más pertinente abordar las consecuencias del trastorno, que son muchas y, con frecuencia, importantes, pueden generar un gran daño en el afectado y su familia: deterioro personal, endeudamiento, pérdida de trabajo, separaciones... por no hablar del suicidio, cuya incidencia en los pacientes de esta enfermedad presenta unas cifras ciertamente escandalosas. Tampoco es desdeñable su repercusión desde el punto de vista social ni tampoco, aunque resulte muy prosaica la mención, en relación con el gasto sanitario que provocan estos pacientes, a

menudo con estancias largas en hospitales y con discapacidades que, en muchos casos, podrían ser evitables. Sin embargo, uno de los aspectos más importantes para los afectados de Trastorno Bipolar no proviene propiamente de la enfermedad, sino del desconocimiento que existe socialmente sobre la misma, algo que contribuye en gran medida a su estigmatización y que, obviamente, no fomenta en absoluto la mejora social de los pacientes. De hecho, existe una gran desorientación sobre lo que realmente significa la bipolaridad, confundándose a menudo con variaciones comportamentales caprichosas, que son más bien fruto de una mala educación o de un carácter despótico o inestable. Es por ello que consideramos oportuno incluir el siguiente cuadro para ayudar a definir cuáles son los síntomas maníacos y depresivos, ya que son básicamente estos los que nos dan la pauta para el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad (ver fig. 1. Fuente de datos NIMH).

SÍNTOMAS DE UN EPISODIO MANIACO	SÍNTOMAS DE UN EPISODIO DEPRESIVO
Sentirse muy optimista, animado, eufórico, o bien, extremadamente irritable o sensible.	Sentirse muy decaído, triste o ansioso.
Sentirse sobresaltado o nervioso, más acelerado que de costumbre.	Sentirse más lento o inquieto.
Sentir que sus pensamientos van muy rápido.	Tener problemas para concentrarse o tomar decisiones.
Tener menos necesidad de dormir.	Tener problemas para conciliar el sueño, despertarse muy temprano o dormir demasiado.
Hablar muy rápido sobre muchas cosas diferentes ("fuga de ideas").	Hablar muy despacio, sentir que no tiene nada que decir u olvidar muchas cosas.
Tener un apetito excesivo por la comida, la bebida, el sexo u otras actividades placenteras.	Perder el interés en casi todas las actividades.
Pensar que puede hacer muchas cosas a la vez sin cansarse.	Ser incapaz de hacer hasta cosas sencillas.
Sentir que es inusualmente importante, talentoso o poderoso.	Sentirse sin esperanza o que no tiene valor, o pensar en la muerte o el suicidio.

Figura 1

2.1 La enfermedad y sus formas

Es una creencia comúnmente admitida hoy día que no existen enfermedades, sino enfermos. Esto se hace muy evidente en el caso del TAB, pues sus manifestaciones son particularmente complejas, tanto que la media de diagnóstico supera actualmente los diez años. Tal vez por ello resulte práctico intentar cuando menos distinguir los diferentes tipos considerados actualmente de la enfermedad, aunque sin olvidar que la realidad clínica es mucho más difícil de encasillar.

En cualquier caso, estimamos pertinente cuando menos nombrar las variedades más frecuentes y usualmente admitidas del trastorno (tipos), ya que presentan características diferenciales significativas que se traducen en la idiosincrasia de los pacientes y por ende en su tratamiento y en su forma de afrontar la enfermedad y, cómo no, su vida. Los vemos en el cuadro siguiente (fig. 2. Fuente de datos NIMH)

TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR
Trastorno Bipolar Tipo I
Se define por episodios maníacos que duran al menos siete días (y la mayor parte del día de casi todos estos días) o cuando los síntomas maníacos son tan graves que se necesita atención hospitalaria. Lo más frecuente es que estos episodios estén encadenados con episodios depresivos, que suelen durar como mínimo dos semanas. También es posible que ocurran episodios de alteraciones en el estado de ánimo con características mixtas (es decir, en los que conviven síntomas depresivos y maníacos al mismo tiempo).
Trastorno Bipolar Tipo II
Consiste en un patrón de episodios depresivos y episodios hipomaniacos, pero carente de los episodios maníacos extremos descritos anteriormente.
Ciclotimia
El trastorno ciclotímico o ciclotimia se define por síntomas hipomaniacos y depresivos persistentes que no son tan intensos ni duran lo suficiente como para calificarlos como episodios hipomaniacos o depresivos. Por lo general, los síntomas ocurren durante al menos dos años en los adultos y un año en los niños y los adolescentes.
Otros trastornos bipolares
Esta es una categoría que se refiere a aquellos síntomas del trastorno bipolar que no coinciden con ninguna de las categorías reconocidas.

Figura 2

El cuadro anterior clasifica de manera genérica los principales tipos de Trastorno Bipolar. No obstante, no nombra otros elementos que pueden ser muy significativos dentro de este tipo de trastornos y que a veces llevan a confundirlos con otros del espectro

esquizoide. Por ejemplo, en ocasiones personas que sufren episodios graves de manía e incluso de depresión pueden llegar a desarrollar síntomas psicóticos, como alucinaciones o delirios. Estos síntomas, aunque no suelen ser persistentes en el TAB, son muy llamativos, puesto que llevan a los afectados a creer que son famosos, que tienen poderes especiales o que se comunican con extraterrestres o directamente con Dios. Eso es lo que concierne al estado eufórico. En los episodios depresivos las ideas son mucho más oscuras, como la creencia en haber cometido un delito o hallarse en la ruina. Por otra parte, y a modo de ejemplo, señalaremos que las enfermedades de la tiroides pueden imitar los cambios en el estado de ánimo y otros síntomas del TAB.

Finalmente es preciso decir que existen otras patologías que suelen presentar comorbilidad con el TAB: es el caso del TDAH (Trastorno de Atención con Hiperactividad), los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria) y, por supuesto, los derivados del consumo de drogas (muy especialmente tabaco y cannabis) o alcohol, que a menudo empeoran los síntomas del estado de ánimo. Por último, al ser el TAB una enfermedad crónica, es decir, que dura toda la vida, obliga a los pacientes a un tratamiento adecuado y constante para permitirles a la mayor parte de ellos llevar una existencia relativamente sana.

Para que resulten más comprensibles los tipos de Trastorno Bipolar que hemos descrito en el cuadro anterior, incluimos el gráfico siguiente (figura 3. Fuente de datos: Colom, F. y Vieta, E.), en el que se muestran sus tres formas más comunes y de forma muy esquemática su evolución en el tiempo. La gráfica es indicativa, por lo que puede ser útil para hacerse una idea de cómo es el comportamiento de las diferentes formas del trastorno, pero no

debemos llegar a la conclusión de que el trastorno cursa necesariamente de esa forma, con los mismos intervalos temporales y, como parecería indicar el gráfico, prácticamente sin la existencia de periodos de «estabilidad» o «compensación».

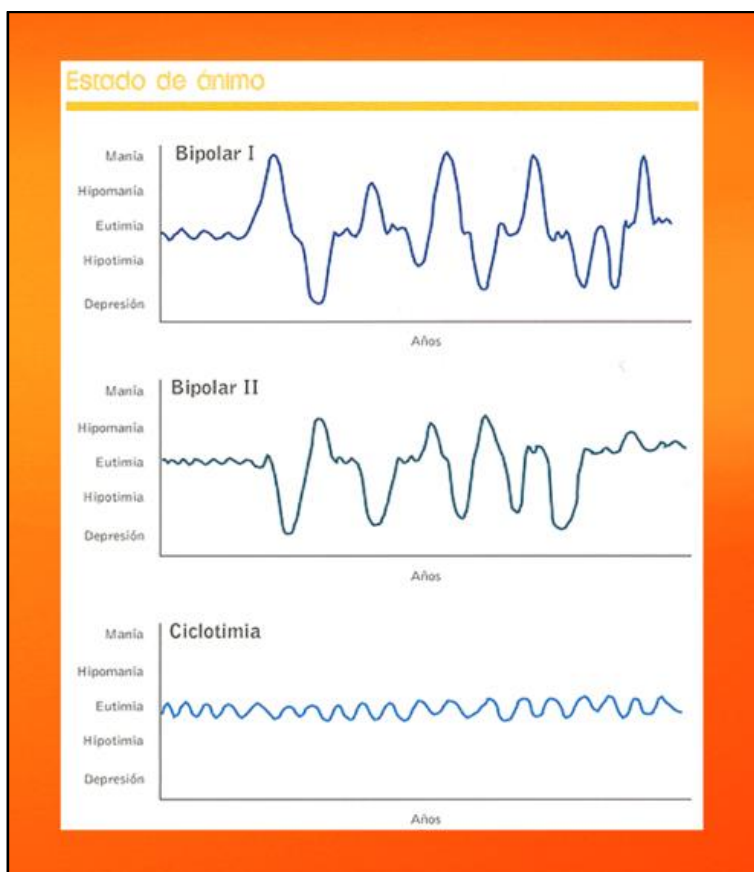


Figura 3

De hecho, con un buen tratamiento dichos periodos pueden ser cada vez más extensos y no es utópico descartar por completo

la desaparición de episodios a partir de un determinado momento, siempre que se haya conseguido asentar el equilibrio anímico en la persona.

Con lo expuesto, consideramos suficiente a efectos de las pretensiones de este trabajo, la descripción de los aspectos clínicos del Trastorno Bipolar. En cualquier caso, si desea profundizar más en alguna cuestión médica de la enfermedad, el lector curioso encontrará en la bibliografía que se adjunta al final del presente trabajo diversos materiales que podrán resultar de su interés¹¹.

Por nuestra parte, resultaría pretencioso e improcedente incidir en mayor medida en los aspectos clínicos de la enfermedad. Es más, por prudencia incluso preferimos no profundizar en los diferentes medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la enfermedad, porque creemos que a nuestros efectos dicha información induciría a confusión (aunque los citaremos al hablar de la atención psiquiátrica). Entendemos que el abordaje tanto teórico como práctico de estos temas corresponde a los profesionales de la medicina. Por esa razón, damos por supuesto que si un *coach*, en su caso, tratara con un *coachee* bipolar, este debería estar debidamente diagnosticada por parte de un especialista y el *coach* debería limitarse a ser conocedor y consciente de las circunstancias y el estado de su *coachee*.

¹¹ Si el lector desea ampliar la información sobre el Trastorno Bipolar, le remitimos a la consulta de la Bibliografía que se adjunta al final de este trabajo. En ella podrá encontrar, entre otras, las referencias procedentes de las instituciones citadas en las notas 7 a 10, así como las de otros libros y publicaciones de indudable interés.

2.2 Los pacientes de TAB

El análisis y la evaluación de la situación personal (física, psicológica, material y afectiva) de los pacientes de TAB resulta esencial a nuestro juicio dentro de este estudio. Y es que los pacientes bipolares, las personas, los hipotéticos coachees, son el centro de este trabajo y el verdadero objeto del mismo. Por ello, nuestro deseo es encontrar vías para cambiar y mejorar su realidad actual.

Nos gustaría hacer una descripción subjetiva de la experiencia con el trastorno por parte de un paciente «tipo». Aunque somos conscientes de que, estrictamente, debido a la complejidad del mismo, resulta poco riguroso hablar en estos términos, entendemos que hacerlo resulta suficientemente ilustrativo como para que ello merezca la pena¹².

Inicialmente partimos de una persona sana. Tras un proceso de deterioro, normalmente sutil e insidioso a lo largo del tiempo, pero que suele culminar de manera brusca mediante un brote psicótico más o menos repentino, esta se transforma en «paciente» de una enfermedad mental. En la mente del ahora paciente se agolpa una ingente cantidad de preguntas prerrespondidas: «¿Qué me pasa?» «¿No soy normal?» «¿Estoy loco?» «¿Me va a durar esto siempre?» Etc. Las respuestas a estas preguntas por parte del paciente son ahora negativas y catastrofistas, por mucho que los

¹² Anteriormente hemos definido las tipologías del TAB y la sintomatología asociada al trastorno. Permítasenos ahora desarrollar de una manera más informal y menos «científica» la vida y los sentimientos que podría desarrollar ese paciente «tipo» de TAB. Nuestro interés es transmitir al lector las sensaciones de este para comprender la enfermedad no solo desde el punto de vista clínico sino desde una cierta empatía emocional.

familiares y sobre todo los profesionales de la salud traten de desmentirlas. Hay una razón muy poderosa para ello: la persona que padece el primer brote de un Trastorno Bipolar sufre un enorme sentimiento de pérdida que a menudo le conduce a una gran desubicación existencial.

Es frecuente que, tras un primer ingreso hospitalario, el ahora paciente se encuentre con importantes lagunas en su memoria, con recuerdos de acciones que le avergüenzan, quizá con el trabajo perdido, con una pareja que le abandona... En resumen, la persona «sana» que teníamos inicialmente, se nos ha perdido por el camino y ha adquirido para los demás y para sí misma el estatus de «paciente de enfermedad mental», una situación ciertamente poco deseable.

En cualquier caso, nuestra persona se siente fatal, una nube negra envuelve sus pensamientos, se avergüenza de sí misma y hasta es posible que crea que no se recuperará jamás y, en el peor de los casos, hasta desee o incluso intente suicidarse. Dado que con frecuencia hablamos de un adulto joven, que es una de las edades a las que suele asomar la cabeza la enfermedad (junto con la adolescencia y la cincuentena), no resulta fácil deshacer el rompecabezas que ha elaborado en su maltrecha imaginación. Aunque no sea un axioma científico, la realidad demuestra empíricamente que la confianza de una persona tarda años en construirse, pero tan solo hace falta un minuto para derribarla.

Con lo que acabamos de decir, podemos hacernos una ligera idea de cómo se siente nuestro paciente, tras haber sufrido en la mayoría de los casos un brote psicótico. ¿Pero qué es un brote psicótico y por qué tiene tanta fuerza para convulsionar las

estructuras mentales y destrozar por completo su autoestima y su autoconfianza?

Un brote psicótico básicamente es «una ruptura de la realidad de forma temporal. Durante este periodo de tiempo que dura el brote, la persona que lo sufre no distingue si lo que le sucede es real o ficticio. En la mente aparecen imágenes o pensamientos como si fuesen auténticos. La persona puede creer que alguien la está persiguiendo para matarla o que el mundo entero ha diseñado un complot contra ella. También puede escuchar voces en su interior que, por ejemplo, le dicen que debe suicidarse».¹³

Resulta evidente para cualquiera el impacto que algo así puede tener en cualquier persona. Lamentablemente, esto solo es el principio de la enfermedad mental. Tras el brote se abre un largo periodo de confusión mental y en muchos de los casos, comienza un estadio depresivo tras el cual la persona se convierte a menudo en una sombra de sí misma. Pero no todo acaba aquí. De la frecuencia e intensidad con las que este tipo de episodios se repitan a lo largo de la vida de la persona dependerá en gran parte la salud y la calidad de vida del paciente.

Somos conscientes de que hemos dibujado un panorama sin duda oscuro. Es cierto que no siempre es así para todo el mundo y que no todos los casos revisten la misma gravedad. Esto depende de muchos factores, desde las características personales, sociales, la edad y, desde luego, la actitud. En

¹³ MARTITEGUI, A. (Abril 2021) *Qué es un brote psicótico: cuando la realidad se rompe*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Diario Nius. Sitio web: https://www.niusdiario.es/salud-y-bienestar/Coaching/que-es-brote-psicotico-cuando-realidad-se-rompe_18_3130320222.html

cualquier caso, se trata de salir de este ciclo que, literalmente, constituye el Trastorno Bipolar. Para favorecer la evolución positiva del trastorno, tanto personal como socialmente, entendemos que es preciso cambiar el modelo de actuación y buscar un nuevo enfoque.

En la figura 4 mostramos cuál sería el recorrido deseado para la recuperación total de una persona con Trastorno Bipolar: de un estadio inicial como persona saludable, esta pasaría en virtud de una crisis (en principio inevitable, al menos en el caso de la primera) al estatus de paciente. Una vez que abandonara este estatus mediante el tratamiento médico y psicológico adecuado, podría realizar un proceso de *Coaching*, a través del cual podría llegar a un restablecimiento emocional, físico y de sus competencias personales que le condujera a un estatus de persona recuperada (aunque sin abandonar en ningún momento el control médico y psicológico de la enfermedad).



Figura 4

Con esta simple figura queremos mostrar el camino vital que pretendemos que transite una persona bipolar, una línea que empieza en la persona sana y debe terminar de vuelta en ella. Es obvio que la recuperación no nos podrá devolver en ningún caso al punto inicial, porque la experiencia sufrida por la persona con la enfermedad ya no podrá borrarse. Pero ello no es necesariamente

malo. El objetivo es transformar el trauma en una enseñanza enriquecedora y conseguir que el paciente se cure emocionalmente, supere el estigma y alcance una verdadera madurez emocional.

A continuación, mostraremos tres estadios tópicos en la evolución de la persona bipolar. En primer lugar, describiremos es estado de dicha persona previamente al brote y, por tanto, al diagnóstico de enfermedad mental (figura 5). Mostraremos el estado del paciente tras el brote (figura 6) y, por último, presentaremos una perspectiva del paciente una vez abandonado el episodio bipolar e iniciando el proceso de recuperación (figura 7). El diferencial entre este último estado y el primero marca en líneas generales el objetivo a conseguir. Veamos someramente de manera gráfica, cada uno de estos tres «momentos» que pueden repetirse a lo largo de la vida del paciente bipolar.

Utilizaremos para ilustrar cada uno de los estadios un doble esquema: a la izquierda mostraremos simbólicamente los diversos componentes de la personalidad y su relevancia, y a la derecha, utilizando la denominada «Rueda de la Vida», veremos la valoración del paciente en las diversas áreas.

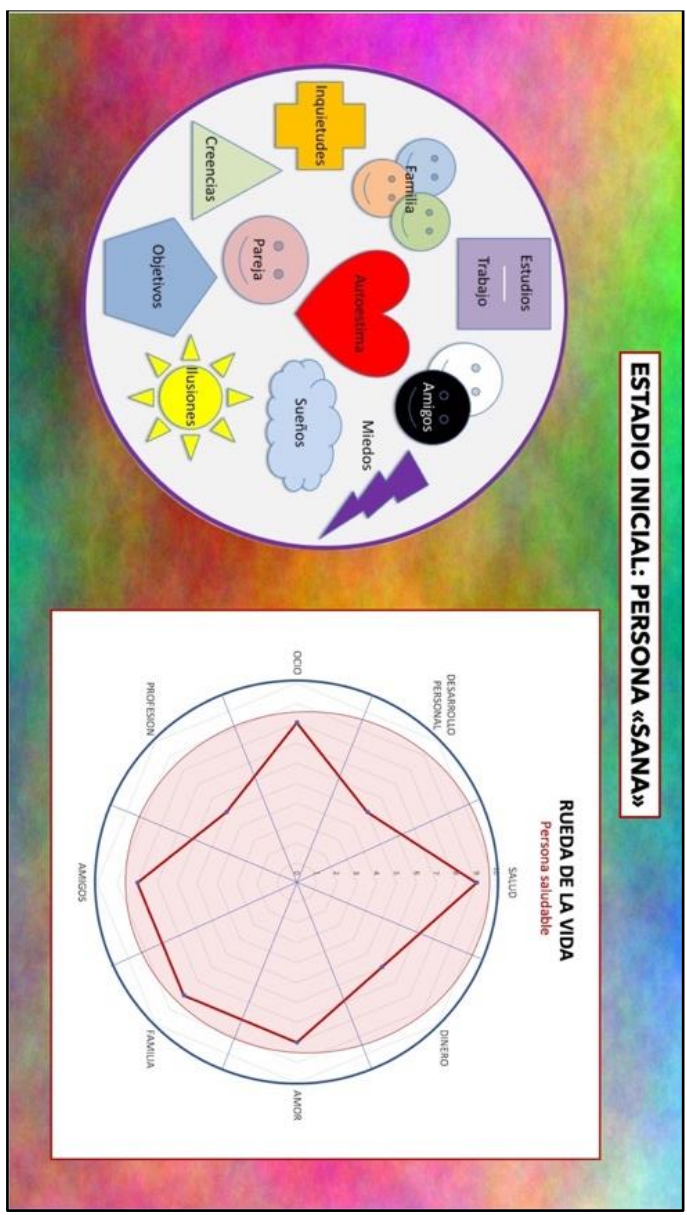


Figura 5

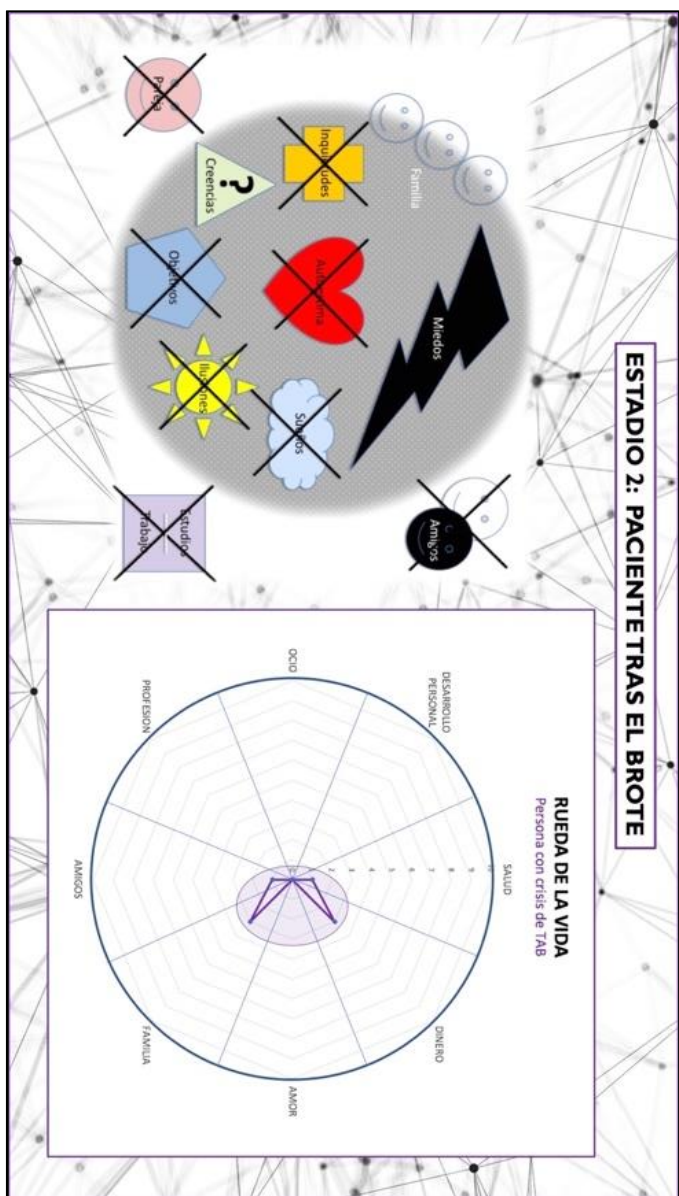


Figura 6

ESTADIO 3: INICIACIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN

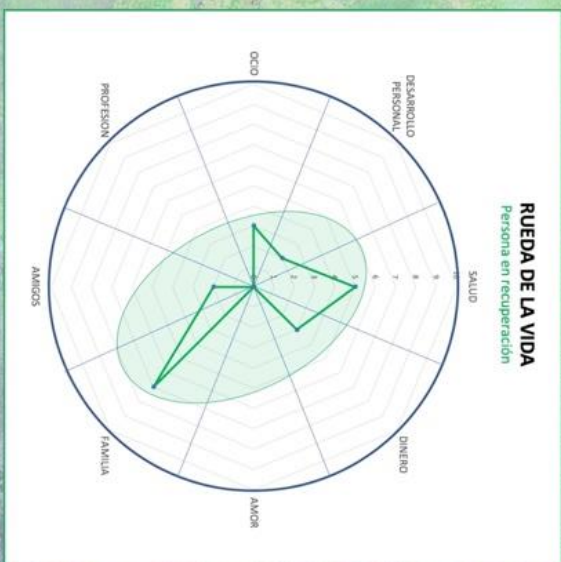
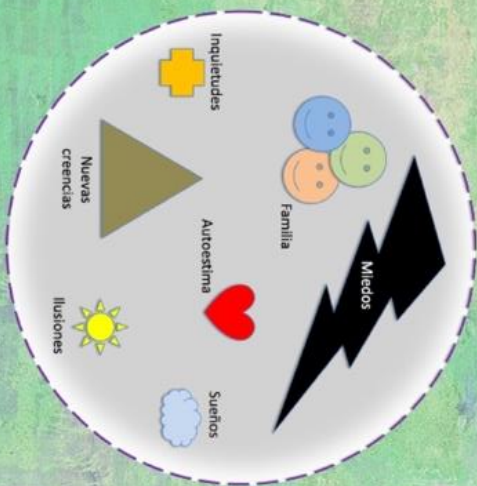


Figura 7

Como decíamos, la figura 5 podría ser la traducción a términos gráficos de la realidad vital y de la autopercepción de un paciente antes de sufrir un primer brote de un Trastorno Bipolar. Se trata de un esquema idealizado y que, desde luego, no corresponde a ningún sujeto ni «tipo» concreto, aunque bien pudiera ser real.

Y de repente —aunque ya hemos dicho que ese «de repente» es en realidad algo bastante anunciado, puesto que siempre hay previamente una sintomatología más o menos difusa que a un observador experimentado le haría pensar que las cosas no van del todo bien— surge el brote (figura 6). La persona queda completamente anulada, al menos de forma temporal, pasando el sujeto a depender de sus familiares o de una institución mental. La sensación de pérdida —aunque como veremos más adelante, casi todo es recuperable— no es algo psicológico, sino que se corresponde con un conjunto de adversidades reales y tangibles. A pesar de todo, lentamente y con la ayuda y la atención adecuadas, el paciente iniciará su proceso de recuperación (ver figura 7).

Pero estamos muy lejos de encontrarnos con la persona saludable que representaba la figura 5, es decir, antes del brote. Por ello, nuestro objetivo ha de ser en la medida de lo posible ayudar a que la persona recobre, en la medida de lo razonable, su estado inicial (con los matices que hemos citado, obviamente). Y ese objetivo se basa precisamente en el alineamiento con la declaración de la OMS citada en el apartado 1: Conseguir ese «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

2.3 El deterioro cognitivo en el TAB

El deterioro cognitivo se define como la pérdida de funciones cognitivas, entre las que destacan la memoria, la atención y, en general, la velocidad de procesamiento de la información. En el deterioro cognitivo se ven afectadas la fluidez del pensamiento y del habla, se produce déficit en el aprendizaje, se aprecian fallos de memoria y se observan alteraciones en los patrones asociativos, así como en los procesos de atención, viéndose afectadas también la función ejecutiva y la coordinación motora.

En ciertos pacientes afectados por TAB —si bien queremos dejar claro que ni mucho menos en todos, ni de la misma forma, ni con igual intensidad— esta situación provoca déficits en su capacidad funcional, lo que constituye un obstáculo para la reinserción social y rehabilitación de estas personas. Por eso es necesario abordar este tema y conocer cómo influye esta circunstancia en los pacientes bipolares.

Por otra parte, es necesario precisar que, a día de hoy, resulta todavía bastante difícil realizar una evaluación objetiva y sacar conclusiones definitivas al respecto, puesto que los estudios a los que hemos tenido acceso ofrecen una enorme dispersión en sus conclusiones¹⁴. En cualquier caso, si bien no podemos afirmar de

¹⁴ JIMÉNEZ, M. et al. (2003). *Características neuropsicológicas del trastorno bipolar I*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXII (4), (357-372). Sitio web: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80632405>
RODRÍGUEZ, L. et al. (2012). *Estudio de memoria verbal en una muestra de pacientes con Trastorno Bipolar en fase eutímica*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Actas españolas de psiquiatría, Vol.40, N° 5, (257-265). Sitio web: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/79/ESP/14-79-ESP-257-265-478918.pdf>

forma concluyente que el Trastorno Bipolar ejerza necesariamente un deterioro sobre la cognición, parece que cuando este se produce lo hace con una frecuencia más elevada durante los episodios de la enfermedad (maníacos, depresivos o mixtos), aunque hay autores que afirman que este deterioro también tiene lugar incluso en las fases de remisión del trastorno.

Las causas de este deterioro parecen ser múltiples, no pudiendo atribuirse en exclusiva al trastorno como tal, sino a todo el conjunto de circunstancias que rodean a la persona y que confluyen en la génesis del mismo y en su perpetuación. Enumeraremos a continuación los factores que inciden en este deterioro cognitivo:

ROMERO, E. (2012). *Revisión de aspectos neurocognitivos del trastorno bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 16, Nº 2, (146-164).

Sitio web: <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v16n2/v16n2a07.pdf>

SANTOS J. M. (2014). *Neurocognición, cognición social y funcionalidad en el trastorno bipolar* (Tesis doctoral). [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Departamento de psicología clínica de la salud. Universidad Autónoma de Barcelona.

Sitio web:

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/285141/jmsl1de1.pdf?sequence=1>

- Factores ambientales:
 - Vida desordenada (horarios irregulares, alimentación deficiente o inapropiada, inactividad...)
 - Malos hábitos de sueño (sueño escaso o, por el contrario, excesivo)
 - Sustancias adictivas
 - Abandono de la medicación
- Efectos de la medicación
- El curso de la enfermedad
- Factores genéticos

Además, hay que tener en cuenta que muchos de los síntomas que se asocian al deterioro cognitivo de los pacientes bipolares son también propios de otras patologías (como el TDAH) que presentan con cierta frecuencia comorbilidad con aquel. Por tanto, si bien podemos decir que hay evidencias de la posible existencia de cierto grado de deterioro cognitivo en determinados pacientes bipolares, este presenta diferentes grados y se manifiesta de formas distintas. En definitiva, como veremos más adelante, se trata de un hándicap con el que, en caso de existir, el *coach* deberá lidiar.

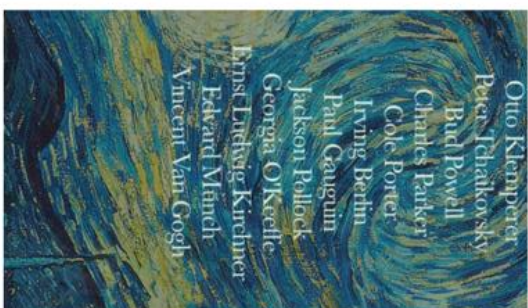
En contraposición, y aunque no hay estudios científicos que lo corroboren, existe también una realidad claramente distinta a la que acabamos de mostrar. Esta realidad la conforma la evidencia de personas con TAB que poseen una inteligencia destacada y, especialmente, unos niveles de creatividad, superiores a la media, como podemos en la lista de personajes históricos que se muestra en la lista adjunta.



Lord Byron
 Robert Lowell
 Emily Dickinson
 William Blake
 Sylvia Plath
 Edgar Allan Poe
 John Berryman
 William Cowper
 Robert Fergusson
 Edna St. Vincent Millay
 Gustaf Froding
 Ezra Pound
 Anne Sexton
 Percy Bysshe Shelley
 Theodore Roethke
 Charles Baudelaire
 John Ruskin



Dylan Thomas
 Victor Hugo
 Joseph Conrad
 William Faulkner
 F. Scott Fitzgerald
 Ernest Hemingway
 Hermann Hesse
 Hermann Melville
 Malcolm Lowry
 Eugene O'Neill
 Tennessee Williams
 Virginia Woolf
 Robert Schumann
 Hector Berlioz
 Anton Bruckner
 Hugo Wolf
 Gustav Mahler



Otto Klemperer
 Peter Tchaikovsky
 Rud. Powell
 Charles Parker
 Cole Porter
 Irving Berlin
 Paul Gauguin
 Jackson Pollock
 Georgia O'Keeffe
 Ernst Ludwig Kirchner
 Edward Munch
 Vincent Van Gogh

Figura 8

En cualquier caso, no debemos olvidar que el Trastorno Bipolar es una afección del ánimo, no de la inteligencia. En resumidas cuentas, no hay evidencia de que las personas bipolares sean más o menos inteligentes que las demás, aunque lo que parece claro es se trata de personas que frecuentemente poseen una sensibilidad especial¹⁵.

¹⁵ Esta lista está extraída de los fotogramas finales de la película *Touched with fire*, de Paul Dailo (2015) y aparece citada en el libro que inspiró la película: JAMISON, K. R. (1996). *Touched with fire: manic-depressive illness and the artistic temperament*. New York: Simon & Schuster (es interesante reseñar que Kay Jamison, además de ser una prestigiosa psicóloga e investigadora, está afectada por el Trastorno Bipolar).

Aunque dada la procedencia de la autora los personajes enumerados en esa lista son anglosajones, es preciso señalar que resulta bastante más difícil encontrar personajes bipolares relevantes en el ámbito latino, porque en este contexto la enfermedad se oculta mucho más y el estigma que sufren los pacientes es sin duda mayor, muy probablemente a causa de la menor tolerancia en nuestra sociedad con las conductas extravagantes.

3 LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES DEL TAB

En este aspecto, debemos señalar que nos atendremos a los tratamientos que pueden recibir la denominación de científicos y que han demostrado ser eficaces.

Para entender el TAB, es preciso ser conscientes de que se trata de una enfermedad orgánica —eso debe quedar fuera de toda duda—, pero en la que existe un fuerte componente bio-psico-social, lo que requiere un enfoque integral y un seguimiento multidisciplinar adecuado por parte de expertos en las diferentes materias.

A nuestro juicio, el tratamiento clínico del TAB es doble y se compone principalmente de atención psiquiátrica (consistente principalmente, aunque no de forma exclusiva, en la aplicación de fármacos) y apoyo psicoterapéutico, cuyo objeto es actuar sobre las ideas y los comportamientos del paciente.

3.1 La atención psiquiátrica

No quisiéramos extendernos en exceso en este punto, salvo para marcar los aspectos fundamentales de lo que supone esta actuación. Insistimos una vez más en que el Trastorno Bipolar es un desorden químico y que la atención médica (es decir, psiquiátrica con base farmacológica) constituye el principal soporte para su tratamiento, siendo esta absolutamente imprescindible si se pretenden conseguir resultados reales.

Por lo demás, en este sentido la situación médica con respecto a la enfermedad ofrece en la actualidad, al menos desde un punto

de vista teórico, un panorama bastante halagüeño. Aun con sus evidentes carencias y limitaciones, nos encontramos con un estado de cosas muy positivo. Y es que en las últimas décadas se han dado grandes pasos en el conocimiento de esta enfermedad, al tiempo que se han producido avances muy notables en el tratamiento y en la investigación farmacológica. Por un lado, el conocimiento de la enfermedad es cada vez mayor gracias al desarrollo de las investigaciones sobre el cerebro y la eclosión de la neurociencia y, por otra parte, en la actualidad se dispone de medicamentos muy potentes, eficaces y de muy baja nocividad para tratar de forma específica toda la sintomatología que presenta el trastorno. Y para el futuro próximo las perspectivas son aún mejores.

3.1.1 El tratamiento farmacológico

Hemos argumentado con anterioridad que entendemos que a los efectos de este trabajo consideramos contraproducente profundizar demasiado en este punto, por la razón de que la aparente sencillez de la farmacopea psiquiátrica esconde en realidad una gran complejidad y además —y esto es lo más importante— porque un conocimiento superficial del tema podría resultar más perjudicial que beneficioso para los intereses que nos ocupan.

Dicho lo anterior y a título meramente informativo, diremos que, en líneas generales, hay varios grupos de medicamentos y que cada uno de los cuales tiene su utilidad según las diferentes manifestaciones del trastorno y para atacar las distintas

sintomatologías que este presenta. Básicamente, estos medicamentos se pueden agrupar en:

- Antipsicóticos (para tratar los estados de manía)
- Antidepresivos (para combatir la depresión)
- Estabilizadores del estado de ánimo (tratamiento base de mantenimiento)
- Tranquilizantes (de uso puntual)
- Hipnóticos (para facilitar el sueño)

No obstante, insistimos en que sobre el terreno la realidad es mucho más compleja. Dentro de cada uno de los grupos, los medicamentos indicados para cada paciente pueden variar mucho, existiendo a menudo incompatibilidades muy grandes, y teniendo en cuenta que en cada caso su dosificación exige un ajuste fino y permanente por parte del facultativo correspondiente.

En resumidas cuentas, para cualquier interesado en una persona bipolar, como puede ser el caso de un *coach*, tan solo es preciso saber que la persona afectada debe tomar la medicación prescrita por su médico y seguir estrictamente las pautas indicadas por él. Cualquier interpretación profana de la medicación psiquiátrica y, por supuesto, la automedicación, pueden tener consecuencias muy graves.

3.2 El apoyo psicológico

El tratamiento psicológico (psicoterapia) suele ser un componente esencial en la recuperación de los pacientes con

Trastorno Bipolar. La psicoterapia puede centrarse en los diferentes aspectos que preocupen al paciente y que serán variables en cada caso. No son pocos los problemas psicológicos que aquejan a los pacientes bipolares. Entre otros los que citamos a continuación:

- Problemas de autoestima y autoconcepto
- Miedos de diversa índole
- Culpa o vergüenza causadas por conductas llevadas a cabo durante los episodios
- Recuerdos negativos asociados a momentos desagradables (ingresos, intentos de suicidio...)
- Alteraciones de identidad causadas por las crisis
- Sentimientos de incapacidad y fracaso
- Deterioro o problemática en las relaciones familiares, sociales o de pareja

Por lo general, en las últimas décadas las terapias más utilizadas son la terapia cognitivo-conductual, la terapia breve estratégica y la denominada psicología positiva. Resumiremos en qué consiste cada una de ellas.

3.2.1 La terapia cognitivo-conductual

Desarrollada, entre otros, por Albert Ellis y Aaron T. Beck, se trata de un tipo de terapia basada en la vinculación del pensamiento y la conducta. La terapia cognitivo-conductual tiene como objetivo la toma de conciencia de los pensamientos incorrectos o negativos y la posterior corrección de las conductas erróneas a que estos dan lugar. Este tipo de terapia ha demostrado sobradamente su efectividad, siendo en la actualidad comúnmente usada por la mayoría de los psicólogos para el tratamiento de múltiples trastornos, como la depresión, el Trastorno de Ansiedad, el Trastorno Bipolar, la esquizofrenia, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), las adicciones, el estrés, etc.

Como su nombre indica, está constituida por dos componentes procedentes de dos teorías complementarias: la cognitiva, basada en la comprensión de los problemas, y la conductual, cuya función reside en la puesta en práctica de cambios comportamentales que ayuden de manera efectiva a la resolución de los problemas.

3.2.2 La terapia breve estratégica

Fundada por Paul Watzlawick, junto con su alumno Giorgio Nardone. La particularidad de esta terapia es que se centra exclusivamente en el problema a tratar. Su actuación parte de los siguientes presupuestos:

- Los problemas psicológicos dependen de la percepción de la realidad por parte del individuo.
- Esta terapia aporta alternativas con objeto de conseguir la solución rápida del problema. Estas soluciones en ocasiones serán aparentemente ilógicas.
- Aunque las causas pudieran estar en el pasado, el análisis de los problemas se realiza en el presente, estudiando como actúan los mismos en la situación actual.

3.2.3 La psicología positiva

Esta rama de la psicología, promovida por Martin Seligman y Mihaly Csikszentmihalyi, investiga los fundamentos del bienestar psicológico y la felicidad, así como las fortalezas y virtudes humanas. Estudia, desde un punto de vista científico, los elementos que dan valor a la existencia y los factores que ayudan a llevar una vida plena.

Al contrario que la psicología tradicional, que se centra en los aspectos negativos y patológicos del ser humano (ansiedad, estrés, depresión, etc.), la psicología positiva pone el punto de mira en los aspectos positivos, como la creatividad, la inteligencia emocional, el humor, la sabiduría, el bienestar o la resiliencia. No obstante, hay que señalar que la psicología positiva se concibe como una especie de apéndice de la psicología tradicional y no pretende reemplazar o ignorar a esta. Por el contrario, trata de complementar la investigación tradicional centrada en los defectos y carencias psicológicas con un estudio positivo del desarrollo humano.

3.3 La psicoeducación

La divulgación y el desarrollo del término psicoeducación en su forma actual se atribuye generalmente a la investigadora americana Carol M. Anderson, en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Si bien la psicoeducación es una terapia psicológica, haremos con ella una consideración distinta, puesto que, en realidad no se trata de una escuela ni tiene una metodología estrictamente determinada, sino que se define por su funcionalidad. Mediante la psicoeducación los afectados e interesados reciben información, educación y apoyo sobre las diferentes cuestiones que plantea la enfermedad, en nuestro caso el Trastorno Bipolar. Esta práctica está demostrando su eficacia en la prevención de recaídas y en la reducción de ingresos hospitalarios.

En esencia, la psicoeducación tiene una base cognitivo-conductual y su principal característica diferencial consiste en que el receptor no suele ser únicamente un paciente aislado sino un grupo de ellos (es decir, suele tratarse de una terapia grupal) y en la que pueden participar no solo los pacientes sino también sus familiares más cercanos o sus cuidadores. Obviamente se trata de una terapia preventiva, por lo que para que tenga efecto debe administrarse en los periodos intercrisis.

Las materias básicas que debería tratar una correcta psicoeducación para el Trastorno Bipolar serían, en líneas generales, las siguientes, según podemos ver en la figura 9:

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PACIENTES DE TAB¹⁶

- ¿Qué es la enfermedad bipolar?
- Factores etiológicos y desencadenantes
- Síntomas: manía, hipomanía, depresión y ep. mixtos
- Curso y pronóstico
- Tratamiento: estabilizadores del estado de ánimo, antimaníacos, antidepresivos
- Niveles plasmáticos: litio, carbamazepina y valproato
- Embarazo y consejo genético
- Psicofarmacología vs. Terapias alternativas
- Riesgos asociados al abandono del tratamiento
- Sustancias psicoactivas: riesgos en el TAB
- Detección precoz de los episodios
- ¿Qué hacer tras la detección de una nueva fase?
- Regularidad
- Técnicas para el control del estrés
- Estrategias para la solución de problemas

Figura 9

¹⁶ Ver documento «Psicoeducación: un tratamiento coadyuvante imprescindible» de Francesc Colom y Jan Scott. Se trata de un fragmento del libro:

COLOM, F. & SCOTT, J. *Trastornos bipolares* (397-415). [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Fragmento disponible en sitio web: https://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/17_psicoeducacion_en_tab

En este estudio se abordan de forma general las cuestiones relativas a la educación de pacientes con TAB, incluyendo los aspectos técnicos de esta: número y tipo de pacientes, los terapeutas, el material necesario, la organización de las sesiones y se indica someramente el programa de objetivos de la misma.

Como observamos en el cuadro siguiente (figura 10), según Colom y Scott¹⁷ los objetivos del tratamiento psicoeducativo se establecen a tres niveles, los cuales no están determinados en función de su importancia, sino de su instauración en el tiempo. Los objetivos de primer nivel están pensados para aquellos pacientes en los que recientemente se ha manifestado por primera vez la enfermedad, los de segundo nivel conducen a facilitar la estabilización física y emocional del paciente, y los de tercer nivel tienen como función conducir al paciente de TAB a una vida equilibrada y saludable.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES DE TAB (I)

Objetivos de primer nivel:

- Conciencia de enfermedad
- Detección precoz de los síntomas prodrómicos
- Cumplimiento del tratamiento

Objetivos de segundo nivel:

- Control del estrés
- Evitar el abuso de sustancias
- Lograr regularidad en el estilo de vida
- Prevenir la conducta suicida

¹⁷ COLOM, F. & SCOTT, J., op. cit.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES DE TAB (II)

Objetivos de tercer nivel:

- Incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros
- Mejorar la relación social e interpersonal entre episodios
- Afrontamiento de los síntomas residuales subdrómicos y del deterioro
- Incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

Figura 10

SEGUNDA PARTE

Coaching y TAB

4 UN PLANTEAMIENTO «NUEVO»: EL DESARROLLO PERSONAL

Hemos entrecomillado la palabra «nuevo» porque es evidente que no lo es. Si volvemos a la definición de salud de la OMS citada al principio de este estudio, veremos que la misma contiene en su interior —*avant la lettre*— lo que podrían ser las bases de lo que actualmente denominamos desarrollo personal: la búsqueda del «completo bienestar físico, mental y social». Y es que este planteamiento tan ambicioso de la OMS está abogando sutilmente por la evolución de las potencialidades de la especie humana. Al fin y al cabo, la salud consiste en «estar bien» y para estar bien realmente habremos debido escalar completamente la conocida como «pirámide de Maslow» (figura 11). Estaremos de acuerdo en que es imposible que alguien «esté bien» si se halla arrastrándose por los escalones inferiores de la misma. Por otra parte, se diría que no son muchas las personas que alcanzan los últimos escalones de la pirámide, lo cual nos lleva a una conclusión que puede considerarse cómica o dramática, porque es las dos cosas al mismo tiempo: y es que, en realidad, siguiendo estos criterios —y entendemos que se trata de unos criterios bastante razonables— prácticamente nadie está «bien».

PIRÁMIDE DE MASLOW



Figura 11

El modelo de Maslow no es el único, obviamente, que podríamos utilizar para definir y categorizar las necesidades humanas, pero sí probablemente sea uno de los más sencillos y claros para lograr este objetivo. Si estudiamos con un poco de detenimiento la pirámide, veremos que ese concepto de «salud total» que estamos manejando desde el principio de este estudio solo es alcanzable si llegamos a movernos con soltura en la cima de la pirámide.

Este modelo sugiere que por el simple hecho de ser humanos tenemos una serie de demandas organizadas con criterios de prioridad que vienen a ser similares para todas las personas. Aunque, evidentemente, cada una es un mundo, es razonable argumentar que esto es así en todos los casos. Y que, sea cual sea el contenido que cada cual decida adjudicar al último escalón de la pirámide, no es aceptable que haya seres

humanos que tengan vetado el acceso a ese nivel. Por supuesto, esto es especialmente aplicable al caso que estamos estudiando, es decir al de las personas con Trastorno Bipolar. Como colectivo —o como grupo de estudio, si se prefiere— resulta evidente que la calidad de vida de estas personas es francamente mala¹⁸, alcanzando en la mayoría de los casos y con dificultad el tercer nivel de la pirámide. Hay múltiples razones para ello, pero sin duda hay una decisiva: la sociedad no brinda a estas personas los recursos necesarios para seguir ascendiendo en ella. A menudo acaban sepultadas por el estigma de la enfermedad y la desesperanza, que unidas a la falta de desarrollo de sus competencias —que no a su ausencia de capacidades— les impide forjarse un futuro decente.

¹⁸ El número de estudios que confirman este extremo es muy elevado. Sin pretender ser en absoluto exhaustivos, señalaremos los siguientes: SALAZAR-OSPINA, A., AMARILES, P. et al. (2020). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trastorno afectivo bipolar: resultados del EMDADER-TABI (NCT01750255)*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Farmacéuticos Comunitarios. 2020 Nov 05; 12(Supl 2. Congreso SEFAC 2020):368. Sitio web: <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/evaluacion-calidad-vida-pacientes-con-trastorno-afectivo-bipolar-resultados-del> PASCUAL, A. (2020). *Calidad de vida, estrés y autoestigma en pacientes con trastorno bipolar en eutimia*. (Tesis doctoral) [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Repositorio documental de la Universidad de Salamanca. Sitio web: [file:///Users/cym/Desktop/Pascual%20Sa%CC%81nchez.%20Ana%20\(1\).pdf](file:///Users/cym/Desktop/Pascual%20Sa%CC%81nchez.%20Ana%20(1).pdf) BOBES, J., SAIZ, J. et al. (2008). Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. V. 1, Issue 1, Pág. 26-37. Sitio web de referencia: [https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(08\)72513-8](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(08)72513-8) DANIEL GALVÁN, G. (2011). *Funcionalidad y calidad de vida en personas con trastorno bipolar*. (Tesis doctoral). [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Sitio web: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/12865/TD_Gonzalo%20Daniel%20G?sequence=4 VELAYOS, L., GARCÍA, R. et al. (2015) *Función ejecutiva en pacientes con trastorno bipolar tipo I durante la fase asintomática*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Rev. Chil. Neuropsicol. V. 10 (1); pp. 44-49. Sitio web: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179341106009>

Sin embargo, disponemos de los mecanismos para que esto no sea así. Es cierto que todavía no nos hallamos en condiciones de evitar que la enfermedad brote (aunque sí lo estamos cada vez más para conseguir que no lo haga repetidamente a lo largo de la vida del paciente), pero disponemos de herramientas de curación (fármacos) y de métodos de reeducación (psicoeducación) y recuperación psicológica (psicoterapia). Con todo esto podemos llegar sin mucha dificultad a alcanzar ese mínimo que constituye el tercer escalón. Pero si no nos conformamos — y no deberíamos hacerlo— podemos dar un paso muy significativo en la cadena de humanización de la salud que nos debería llevar a la cima de la pirámide, precisamente en virtud de eso que llamamos desarrollo personal, algo para lo que, como demostraremos a continuación, contamos con un vehículo fabuloso: el *Coaching*.

Mediante el *Coaching*, el paciente bipolar, al igual que cualquier otra persona, podrá acceder a las herramientas necesarias para alcanzar las aspiraciones que encierran los dos peldaños superiores de la pirámide de Maslow: por un lado, la consecución de objetivos y, por otro, lo que verdaderamente nos define como humanos y permite que alcancemos nuestra autorrealización: la búsqueda del propósito.

5 COACHING Y DESARROLLO PERSONAL

5.1 Por qué el Coaching

En primer lugar, ¿qué es el Coaching?

Intentaremos responder de forma sencilla a esta pregunta. Si nos atenemos a la primera referencia bibliográfica, el libro *Coaching for Performance* presentó el modelo GROW como primera metodología de Coaching¹⁹. No obstante, el Coaching no es una disciplina reglada, por lo que existen a día de hoy múltiples escuelas y estilos, de modo que resulta más fácil definir el Coaching por sus objetivos que por el contenido de su corpus teórico.

Como es sabido, la palabra coach tiene una traducción literal en castellano, que no es otra que entrenador. Y un coach realmente no es ni más ni menos que eso: un entrenador, una persona que adiestra a otra para la consecución de determinados objetivos. Afortunadamente, esta figura hace tiempo que trascendió el ámbito deportivo y ha dado lugar a una disciplina cada vez más desarrollada que ha extendido su actuación a todos los ámbitos de la vida, especialmente al personal, al laboral y al empresarial. ¿Y por qué el Coaching nos parece una de las disciplinas más adecuadas para acompañar a las personas en sus procesos de desarrollo? A pesar de que existen diferentes corrientes de Coaching: ontológico, sistémico, con inteligencia emocional, directivo o no, con PNL (programación neurolingüística),

¹⁹ WHITEMORE, J. (2005). *Coaching. El método para mejorar el rendimiento de las personas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

cognitivo, etc., sus planteamientos generales tienen un consenso general y muchas de las técnicas empleadas por cada uno de estos sistemas son compartidas en la mayoría de los casos, no pudiendo considerarse, salvo excepciones, exclusivas de ninguno de ellos. De hecho, en principio la mayoría de estas técnicas son válidas para cualquier *coachee* (aunque varíe su efectividad en función de su adecuación a la persona y sus necesidades), por lo que el principal criterio a la hora de utilizar una u otra lo determinan las características del *coachee* y su contexto. Insistimos en que el *Coaching* es una disciplina ecléctica y empírica cuya finalidad es la consecución de los objetivos del *coachee*.

¿Y cuál es el valor diferencial del *Coaching* a la hora de proponerse como modelo de trabajo para la recuperación de los niveles más elevados de la salud, una vez superada la intervención clínica de urgencia y en paralelo o no con la psicoterapia? La respuesta la volvemos a encontrar en la definición del concepto de salud de la OMS con la que iniciábamos este trabajo: Si la salud es el «completo bienestar físico, mental y social», resulta evidente que este no solo se puede alcanzar tan solo mediante la medicina y la psicoterapia, por mucho que ellas constituyan la base del mismo. La aportación de estas dos disciplinas, con ser sin duda imprescindible, no es suficiente para resolver las necesidades de estos pacientes, salvo que renunciando a lo más elevado de nuestro ser convirtiéramos la pirámide de Maslow en una mastaba a la que le faltarían al menos los dos últimos escalones (reconocimiento y autorrealización), lo que constituiría un objetivo inaceptable desde cualquier punto de vista tendente a la humanización. Es

en estos aspectos en los que el *Coaching* se revela como una disciplina que favorece el desarrollo integral de la persona y colabora de manera efectiva en la construcción de la misma.

En este sentido, hay que destacar una característica fundamental del *Coaching*, que es el tipo de relación que se establece con el cliente: es condición fundamental que este proceso sea voluntario por parte del coachee y será este quien decida los objetivos que desea alcanzar. Es importante no olvidar que el coach no debe juzgar dichos objetivos (más allá de ayudar al coachee a analizar su viabilidad) ni tampoco dar instrucciones al coachee que este deba cumplir si no lo desea. El coachee debe ser libre en todo momento. Pero además una de las grandes aportaciones que el *Coaching* brinda es el acompañamiento de la persona. La relación coach-coachee no es solo cercana, sino absolutamente cómplice, de forma que el coachee cuenta a lo largo del proceso con un acompañante cualificado que le ayuda a recorrer el camino que este desee recorrer, situándole en el momento presente y aportándole al mismo tiempo una perspectiva más amplia para afrontar su futuro. De hecho, aunque la postura del coach es siempre activa, su mayor éxito lo obtendrá cuando más sutiles sean sus intervenciones y más capaz sea de actuar como un espejo en el que el coachee de forma natural cuestione sus creencias, descubra sus fortalezas, reflexione sobre su propósito y aprenda a manejar las herramientas adecuadas para alcanzar sus metas, desarrollando la autoconciencia, la estabilidad emocional y gestionando de manera práctica el estrés.

Como podemos ver por todo lo anterior, el *Coaching*, que une la aplicación de técnicas y la utilización de herramientas con el

acompañamiento individual y el compromiso personal (mediante el acuerdo de *Coaching*, del que hablaremos después), constituye una disciplina especialmente indicada para aquellas personas —de las que las afectadas por el TAB constituyen un segmento paradigmático— que se hallan en un estado de confusión o carecen de la motivación o de la energía mental suficiente para alcanzar sus metas u objetivos, esos objetivos cuya consecución podrá convertir al coachee bipolar en la persona capaz de disfrutar de ese «bienestar físico, mental y social» del que venimos hablando. De esta manera podremos sentar las bases de un auténtico desarrollo personal que ayude al coachee a afrontar su vida con otra perspectiva. Por supuesto, no nos olvidamos del hándicap que constituye todavía el hecho de padecer esta enfermedad mental, cuyas características hemos descrito sobradamente en la primera parte de este trabajo. Pero estamos convencidos de que si mejoramos las capacidades, destrezas, habilidades y valores de los coachees bipolares conseguiremos que estos puedan superar el estigma de la enfermedad, aumentar su autoestima y autoconfianza, afrontar mejor las situaciones, mejorar su gestión emocional y elevar su capacidad para la resolución de problemas. Por todo lo anterior, entendemos que nuestro planteamiento argumenta de forma contundente la pertinencia del *Coaching* personal como una disciplina de primera línea a la hora de actuar en la recuperación de las personas bipolares.

Por cierto, llegados a este punto, consideramos interesante tratar un tema que tal vez pueda resultar conflictivo para algunos coaches, aunque para nosotros no lo es en absoluto. Y es que, tradicionalmente, el *Coaching* se ha concebido exclusivamente

como una disciplina para personas sanas. Es sobre este punto sobre el que nosotros queremos plantear la discusión y exponer nuestros razonamientos en contra basándonos en dos razones que consideramos con peso suficiente para sustentar nuestra idea.

En primer lugar, imaginemos un equipo deportivo de personas «normales». Sin duda, con un buen entrenador obtendrán los mejores resultados. ¿Pero que ocurriría con otro equipo, esta vez formado por personas con alguna discapacidad? ¿No mejorarían también sus resultados si dispusieran de un buen entrenador? A nuestro modo de ver la respuesta es evidente. Si bien es obvio que los records de este segundo equipo nunca igualarían cuantitativamente a los del primero, en virtud de los insoslayables hándicaps de sus integrantes, es presumible pensar que, si este equipo contara con un entrenador, sus resultados serían mucho mejores que si este no existiera. Y esos resultados no solo habría que medirlos cuantitativamente, en función de récords, cifras y cantidades —aunque también se podría, haciendo una homologación de niveles adecuada, como ocurre en las disciplinas deportivas—, sino que sería preciso contemplarlos bajo una perspectiva más amplia, añadiendo el componente de satisfacción personal de estos deportistas debido a la motivación, la guía y el trabajo en equipo, así como la gratificación del entrenador por el resultado global de su trabajo. Desde este punto de vista no encontramos una diferencia determinante entre un caso y otro. En ambos los objetivos son los mismos: conseguir resultados incrementando la motivación, aumentando la autoestima, asentando la autoconfianza y mejorando, por supuesto, la técnica.

Nuestro segundo argumento es este: hemos visto en apartados anteriores que una persona afectada por el Trastorno Bipolar, sobre todo tras un brote o en las primeras fases de la enfermedad, es una persona que ha sufrido una fuerte erosión emocional. Pero es una persona completa, porque nunca ha dejado de serlo. Lo que ocurre es que es alguien a quien hay que recuperar psicológicamente de manera intensiva y profunda, como quien debe sufrir una importante rehabilitación tras un accidente serio. Pues bien, el *Coaching* es una disciplina perfecta para ayudar a conseguir este objetivo. Superada la fase clínica aguda, habiendo tenido una asistencia médica y psicológica y una psicoeducación adecuadas, la persona bipolar puede proceder a reordenar su vida en los aspectos emocionales y prácticos. En realidad, utilizando el símil, podemos decir que puede volver a entrenar. Salta a la vista que no será un proceso fácil (nunca olvidamos el hándicap que implica el trastorno mental), pero puede hacerse... y debe hacerse. Volviendo a la pirámide de Maslow, con los conocimientos que tenemos en la actualidad y los medios de que, teóricamente al menos, disponemos, no podemos conformarnos con recuperar la fisiología de las personas, garantizar (en la medida en la que esto es posible) su seguridad o buscar medios para facilitar la afiliación (resultando además la eventual aportación externa muy limitada en este punto). Creemos que en aras de la «salud total» la sociedad y los buenos coaches deben aspirar a más: especialmente al reconocimiento y autorrealización de las personas que padecen el Trastorno Afectivo Bipolar.

Finalmente nos gustaría plantear al lector una última cuestión. ¿Realmente estamos en condiciones de acreditar siempre que

nuestros *coachees* «normales» realmente son personas sanas? ¿Hasta qué punto? ¿Y lo somos nosotros? ¿Siempre? Porque si seguimos el criterio de la OMS o le echamos un vistazo de nuevo a la pirámide de Maslow, parece evidente que pocas personas podrían acreditar esa condición, al menos de forma estable durante toda su vida. Más a menudo los seres humanos actuamos sin darnos cuenta aplicando el marco «Como si» usado por la PNL y consistente básicamente en actuar «como si» ya hubiéramos logrado el estado que queremos alcanzar. Si esta nos parece una actitud muy sana para nosotros —y realmente nos lo parece—, obviamente debemos aceptarla para los demás.

A nuestro juicio, es tarea del *coach* evaluar el estado general del aspirante a *coachee* para poder decidir si este está en condiciones de recibir *Coaching* o no, pero no valorar —y menos aún con criterios que tan solo evidenciarían un espíritu discriminatorio— si alguien «merece» o no recibir *Coaching* en función del cumplimiento o no de unas teóricas condiciones previas de «idoneidad mental». Precisamente las carencias de una persona —en este caso con un trastorno mental, siempre que este no resulte incapacitante— dan más sentido al ejercicio del *Coaching* con ella, del mismo modo que la medicina tiene más valor cuando cura un cáncer que cuando lo hace con un simple catarro.

5.2 La base: la inteligencia emocional

«La inteligencia emocional (IE) es un constructo que se refiere a la capacidad de los individuos para reconocer sus propias

emociones y las de los demás, discriminar entre diferentes sentimientos y etiquetarlos apropiadamente, utilizar información emocional para guiar el pensamiento y la conducta, y administrar o ajustar las emociones para adaptarse al ambiente o conseguir objetivos».²⁰

Uno de los mayores logros de las últimas décadas ha consistido en la reinterpretación de la inteligencia. Hemos pasado de la vieja (no por antigua, sino por anticuada) concepción de nuestras capacidades mediante la medición del CI (cociente intelectual) a una visión más amplia en la que se consideran otros factores que, si bien son de más difícil medición objetiva, no por ello son menos importantes a la hora de analizar el rendimiento real de nuestro cerebro. Aunque en realidad, cociente intelectual e inteligencia emocional no son conceptos que se contradicen; simplemente son diferentes y lo ideal es que sean complementarios. El cociente intelectual es una forma de evaluar diversos componentes de la inteligencia (capacidad de análisis, comprensión verbal, razonamiento espacial...), pero tenemos que ser conscientes de que esta medición resulta poco relevante o, cuando menos, insuficiente, a la hora de saber cómo las personas se van a adaptar al medio de forma eficiente. Esta capacidad, que constituye la esencia de la inteligencia emocional, no se puede medir mediante tests, como ocurre con el CI, sino que se valida al poner a prueba la habilidad real de la persona al realizar una tarea específica. Las diferencias encontradas entre sujetos con alto CI y otros con aptitudes

²⁰ COLMAN, A. M. (2006, 3ª ed.). *Oxford Dictionary of Psychology*. Oxford: Oxford University Press.

emocionalmente altas se evidencian en que a veces personas con alto CI pero con un bajo índice de inteligencia emocional pueden presentar un alto grado de ineptitud en el ámbito personal o social. Y es que las emociones están presentes en todas nuestras acciones, decisiones y, por supuesto, en nuestros juicios. La inteligencia emocional se basa en el reconocimiento de esta premisa, con objeto de usar el pensamiento y la capacidad de obrar para manejar las emociones en vez de ser manejados por ellas.

Esta reinterpretación de la inteligencia pasa por un mayor conocimiento de las funciones cerebrales y por un nuevo sentido de la eficiencia basado en una concepción holística del individuo y de sus funciones mentales, sin olvidar su contexto cultural. De este modo, a día de hoy podemos decir que una persona inteligente no solo es alguien poseedor de determinadas capacidades de abstracción, científicas o artísticas, por ejemplo, sino también una persona capaz de gestionar esas capacidades (y muchas otras) de forma conveniente, con objeto de lograr su propio beneficio y disfrute y compartirlo con los demás. De forma subliminal, la inteligencia emocional pone de manifiesto algo no por obvio menos importante, y es que el hombre es un ser social y que únicamente como tal puede alcanzar su verdadera dimensión.

Todo esto no son especulaciones, sino que tienen su justificación fisiológica, ya que los avances en neurociencia y en las técnicas de imágenes cerebrales nos están ayudando a comprender cada vez mejor la forma en que funciona el cerebro humano. De este modo, podemos distinguir, por ejemplo, entre el centro emocional del cerebro, en el que se generan sentimientos y

emociones, y el neocórtex, que es el área responsable del pensamiento y el razonamiento lógico. Sin embargo, el cerebro es un órgano único y su funcionamiento no se produce de manera dissociada, por lo que pensamientos, emociones y sentimientos conviven y su actuación desemboca también en resultados únicos, no necesariamente basados de manera exclusiva en la mera racionalidad. Es por ello que el concepto de inteligencia tal como se concebía hace unas décadas sea una idea que exige revisión. En la actualidad, resulta evidente que es preciso considerar la inteligencia emocional como un factor de gran impacto en nuestra capacidad de aprendizaje y, por ende, en nuestro éxito personal y laboral.

En relación con el Trastorno Bipolar, el desarrollo de los conocimientos sobre inteligencia emocional nos proporciona una herramienta perfecta para la recuperación de los afectados. Conceptos como motivación, mejora de las relaciones interpersonales, adaptabilidad, autocontrol, afrontamiento de conflictos, manejo del estrés o del estado emocional constituyen necesidades básicas de todo paciente bipolar. Queremos recordar una vez más que, más allá de eventuales alteraciones en la cognición que podemos considerar como un «efecto secundario» de la bipolaridad, nos hallamos principalmente ante un trastorno del ánimo. Como hemos visto, el paciente bipolar puede presentar en algunos casos deficiencias de memoria, comprensión o dificultades en la resolución de problemas. Pero estos aspectos raramente son determinantes para impedir su aprendizaje. Por otra parte, el tratamiento de los aspectos emocionales y de las distorsiones cognitivas resulta fundamental en este tipo de pacientes y, de

hecho, puede hacer que se eleve en gran medida la calidad de los resultados relativos a estos procesos. El gran valor de la inteligencia emocional consiste precisamente en eso: en potenciar la inteligencia general mediante el desarrollo de las capacidades emocionales.

5.2.1 El cerebro emocional

Para hacer más comprensible el tema del que estamos hablando queremos mostrar esquemáticamente cómo se ve afectado el cerebro por las emociones. Esto, que es válido para cualquier persona, lo es especialmente para las personas bipolares, en las cuales la emocionalidad y sus consecuencias son mucho más significativas.

Podemos decir de manera general que los mecanismos de regulación de las emociones —y, por tanto, de los estados de ánimo— se llevan a cabo en el sistema límbico, una región del cerebro situada en la zona central interna del mismo. Este se halla conformado por un grupo de estructuras encargadas de dirigir las emociones y el comportamiento. El sistema límbico está compuesto por el lóbulo límbico de la corteza cerebral y por una serie de estructuras subyacentes entre las que se encuentran el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala cerebral. Podríamos denominar ese «cerebro dentro del cerebro» como «cerebro emocional», aunque esta constituye tan solo una forma de hablar puesto que, al margen de la diversidad de sus funciones, es evidente la unicidad funcional de nuestro cerebro.

Este «cerebro emocional» se halla, como hemos dicho, en las profundidades de nuestro cerebro y ocupa un volumen bastante

reducido dentro de la masa cerebral. A pesar de ello, como veremos a continuación, posee, por así decirlo, si no el «botón de mando» sí al menos una gran capacidad decisoria. Lo explicaremos de la siguiente manera, como se muestra en la figura 12: pongamos el caso de la recepción de una señal visual. Esta llega al tálamo desde la retina y aquí se «traduce» al lenguaje del cerebro. Luego, la mayor parte de la información se dirige a la corteza visual, donde se analiza y evalúa para buscar el significado y la respuesta adecuada. Si la respuesta es emocional, se envía una señal a la amígdala para activar el centro emocional. Sin embargo, simultáneamente se habrá producido un curioso fenómeno: una pequeña parte de la señal original habrá viajado directamente desde el tálamo a la amígdala a una velocidad de transmisión mayor, logrando así una respuesta más rápida, de modo que antes de que el centro de la corteza cerebral comprenda completamente lo que está sucediendo, la amígdala ha podido ya desencadenar una respuesta emocional, lo que significa que está «decidiendo» antes siquiera de que «nosotros» nos hayamos planteado hacerlo de manera consciente²¹. Con este simple ejemplo, queda clara la enorme importancia que tiene nuestro pequeño «cerebro emocional» y por qué resulta tan importante el control de las emociones, lo cual, como es evidente, constituye un aprendizaje

²¹ Véanse SIMÓN, V. M. (1997) *La participación emocional en la toma de decisiones*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. *Psicothema*. V. 9 (2); pp. 365-376. Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72709213.pdf> y también: BRAIDT, N. *Neurociencia aplicada a la toma de decisiones, aprendizaje y comportamiento*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Salamanca: Universidad de Salamanca.
Sitio web: http://webdocente.ultas-capacidades.net/Articulos/PDF/Art6/2_Neurociencia_Aplicada.pdf

imprescindible para todo ser humano y, según indicábamos anteriormente, un elemento más vital si cabe para las personas bipolares, ya que estas son en mayor medida víctimas de su propia emocionalidad.

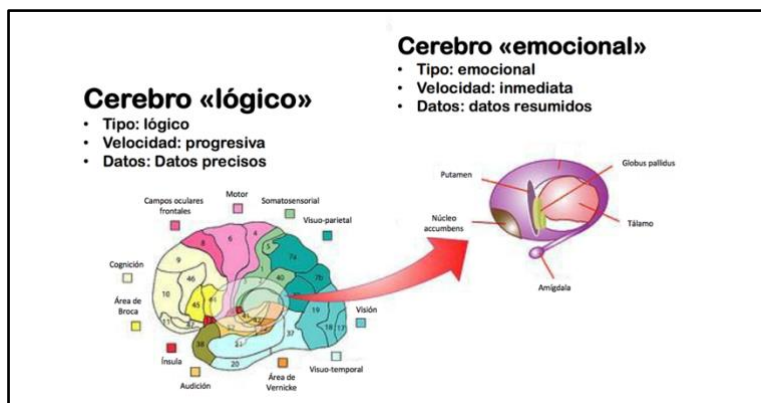


Figura 12

Eduard Punset, a partir de las conclusiones de Manuel Froufre, profesor de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid²² («no existen procesos puramente conscientes, ni procesos total y puramente inconscientes») concluye: «parece que las dualidades corazón/cabeza, intuición/razón o emoción/lógica son fruto de un análisis excesivamente simplista. La separación entre los distintos términos no es tan clara. Las decisiones que llamamos «lógicas» tienen mucho de proceso inconsciente y emocional, y las decisiones que llamamos "inconscientes" o emocionales también tienen mucho de lógica y razón». Resulta bastante evidente que tenemos mucho que aprender en este

²² PUNSET, E. (2006). *El alma está en el cerebro. Radiografía de la máquina de pensar*. Pp. 17-27. Madrid: Aguilar.

campo en el que la investigación no ha hecho más que iniciarse. Pero la buena noticia es que la inteligencia emocional, como cualquier otra forma de inteligencia es desarrollable. Aprender a manejarnos con ella nos permitirá actuar como personas verdaderamente inteligentes y trabajar de manera efectiva en favor de nuestro desarrollo, lo que a su vez servirá no solo para mejorar nuestra eficiencia y nuestra propia gestión sino también el de las diferentes comunidades y estamentos de los que formamos parte.

5.2.2 El modelo de Inteligencia Emocional de Goleman

Decíamos en el apartado anterior que la inteligencia emocional es una disciplina relativamente reciente y se halla en permanente desarrollo. Muchos son los autores dedicados al estudio de la misma. Sin embargo, aunque encontremos variaciones o desarrollos diferentes según los distintos autores, podemos hablar de una teoría psicológica bastante compacta. Por nuestra parte, hemos elegido como base conceptual para este trabajo el modelo planteado por Daniel Goleman, por la razón de que, además de ser considerado de forma mayoritaria por parte de los investigadores como válido, es el más extendido dentro y fuera de la comunidad científica, ya que fue él quien con su libro *«Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ»*²³ de 1995 popularizó el término y comenzó un desarrollo riguroso de esta disciplina que continúa a día de hoy.

²³ GOLEMAN, D. et al. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

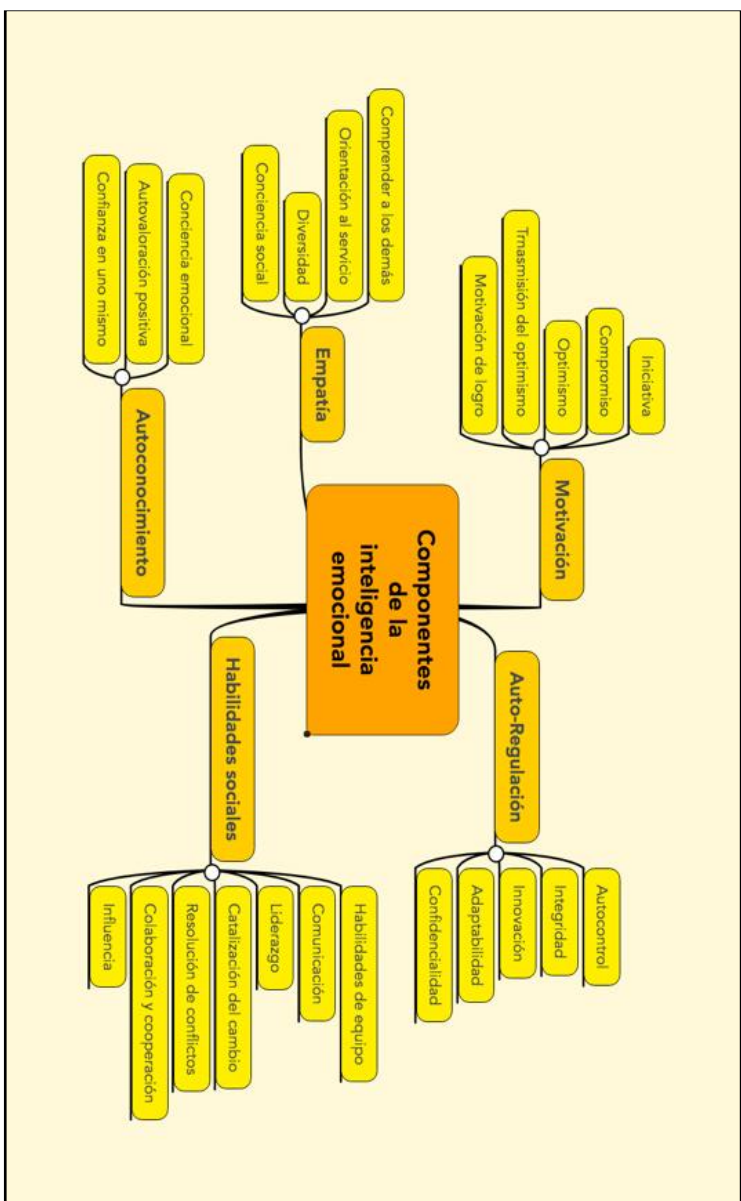


Figura 13

En la figura 13 vemos un cuadro sinóptico en el que se muestran los componentes de la inteligencia emocional según el desarrollo realizado por Daniel Goleman. Como podemos apreciar, estos se agrupan en cinco áreas principales a las que corresponden distintas competencias.

A continuación, presentamos un esquema (figura 14) con la categorización de estas competencias, según expone el propio Goleman. Vemos como dichas competencias pueden estructurarse en cuatro categorías que a su vez se relacionan entre sí por parejas (el reconocimiento de las emociones en uno mismo o en los demás y la regulación de las emociones en uno mismo o en los demás).

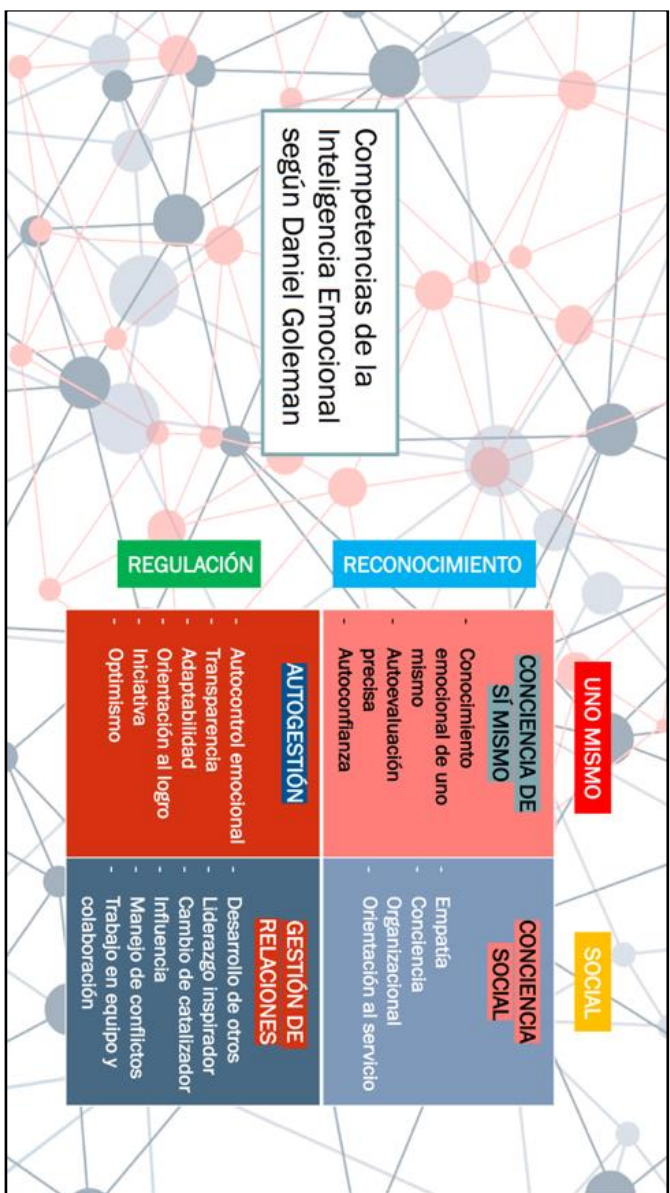


Figura 14

Básicamente, este es el significado de estas cuatro categorías:

- **Conciencia de sí mismo:** es la capacidad de leer las propias emociones y reconocer su impacto.
- **Conciencia social:** se refiere a la capacidad de sentir, comprender y reaccionar a las emociones de los demás, entendiendo el funcionamiento de las relaciones sociales.
- **Autogestión:** implica controlar las emociones y los impulsos y adaptarse a las circunstancias cambiantes.
- **Gestión de relaciones:** la capacidad de inspirar, influir y desarrollar a otros, incluyendo la gestión de los conflictos.

El desarrollo de las competencias de la inteligencia emocional garantiza un mejor autoconocimiento y conocimiento del medio, así como una mejor interrelación de la persona consigo misma y con su entorno, lo que repercute en último término en su crecimiento personal y en su éxito social. En resumen, como dice Goleman, la inteligencia emocional nos permite desarrollar «la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarnos, para manejar bien las emociones en nosotros mismos y en nuestras relaciones».²⁴

5.2.3 Ventajas de la inteligencia emocional

El desarrollo de la inteligencia emocional tiene ventajas para cualquier persona, tanto sana como enferma, y estas se hacen

²⁴ GOLEMAN, D. et al. Op. cit.

especialmente evidentes para las personas afectadas por el Trastorno Bipolar:

- Mejora las relaciones interpersonales
- Mejora la comunicación
- Mejora la empatía
- Enseña a actuar con integridad
- Ayuda a obtener el respeto de los demás
- Mejora las perspectivas estudiantiles y/o laborales
- Aporta confianza para gestionar el cambio
- Aumenta el disfrute con el trabajo
- Fomenta la seguridad en uno mismo y las actitudes positivas
- Ayuda a reducir los niveles de estrés
- Aumenta la creatividad
- Enseña a aprender de los errores.

6 UN COACHING PARA EL TAB

Planteábamos en el anterior capítulo la inteligencia emocional como base de actuación para la práctica de un *Coaching* efectivo. Y es que, más allá de las diferentes técnicas, el *Coaching* es un entrenamiento y, en el caso que nos ocupa, un entrenamiento personal. Como coaches estamos plenamente convencidos de que la semilla de todos nuestros logros se halla en nuestro interior y que tan solo necesitamos la confianza para lograrlos y la habilidad suficiente para llevarlos a cabo. Es por ello que el entrenamiento que necesita una persona bipolar para tener una vida normal y reintegrarse en la sociedad sea una mezcla compuesta por una parte muy importante de autoestima (generadora de la seguridad en uno mismo) y otra de adiestramiento (base de la autoconfianza).

Con las salvedades que recordaremos más adelante, a las que nos hemos referido en capítulos anteriores, creemos en las posibilidades de las personas con TAB de la misma manera que creeríamos en cualquier otro coachee. Por lo demás, como también vimos, a efectos de hacer *Coaching* resulta lo más efectivo, especialmente en el caso del *Coaching* personal, considerar al coachee como una persona sana, y, sin ignorar la realidad, dejarla momentáneamente de lado y haciendo gala del más genuino espíritu del *Coaching*, actuar «como sí» la persona lo fuera. Porque en esta confianza y en este respeto encontraremos precisamente la llave del éxito.

6.1 Reseteando el Life Coaching

No es el propósito de este trabajo —ni tampoco sería nuestro deseo, en cualquier caso— revolucionar el universo del *Coaching*, cambiando sus premisas, métodos u objetivos. En absoluto. En primer lugar, porque creemos firmemente en la utilidad de esta disciplina para un abanico muy amplio de personas y situaciones y, en segundo lugar, porque en el ADN de la misma se hallan precisamente entre otros los conceptos de integración, apertura y acogida.

No obstante, no podemos engañarnos y somos conscientes de que el *Coaching* para personas con Trastorno Afectivo Bipolar debería presentar ciertas peculiaridades, sencillamente porque las presentan estos pacientes. Solo conociendo bien el terreno se puede llegar a conseguir relaciones de *Coaching* eficaces, pero no nos cabe duda de que a pesar del esfuerzo que ello requiere, el resultado merecerá la pena y los *coaches* dedicados a esta actividad se convertirán en auténticos agentes para el desarrollo de esa salud mental que preconizamos, lo que nos parece un horizonte muy gratificante.

6.2 Cuándo hacer Coaching a un paciente bipolar

Hemos visto con anterioridad que la bipolaridad es una enfermedad crónica e incurable a día de hoy, pero no debemos olvidar que los pacientes pueden pasar largos periodos de su vida en los que están «estables» o «compensados». El término que los médicos utilizan para definir esta situación es «eutimia» (del

griego: *eu*, bueno, y *timos*, ánimo) e implica un estado de ánimo normal, tranquilo, en el que los pacientes no presentan síntomas. Estos periodos de normalidad suelen ser por lo general mucho más largos y frecuentes que las crisis, que pueden resultar muy intensas, aunque comparativamente poco duraderas. Pero es evidente que no se puede hacer *Coaching* con un paciente en crisis, puesto que en este estado lo que necesita y ante lo único que puede reaccionar es medicación y posiblemente psicoterapia. Y tampoco es conveniente hacerlo mientras el paciente, hallándose en una fase emergente o decreciente, presente sintomatología clínica. Es preciso esperar a conseguir la anhelada eutimia para que el *Coaching* pueda ser realmente efectivo. En el siguiente esquema (figura 15) se representan las diferentes fases del Trastorno Bipolar²⁵. En él se definen y muestran esquemáticamente los distintos estados anímicos que puede recorrer un paciente en un episodio tipo del trastorno y, mediante la recta inicial y las pequeñas curvaturas de la derecha del gráfico, situadas en la zona azul más intensa, se señalan los niveles de eutimia que, como hemos dicho anteriormente (pese a que apenas son significativos en el gráfico), en la realidad suelen ser los periodos más duraderos de la vida del paciente. En resumen, podemos considerar un paciente como «estable» o «compensado» cuando se halla en el estado eutímico (zona azul más intensa)²⁶.

²⁵ Base de imagen tomada del estudio realizado por MALHI, G. S. et al. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica en el trastorno bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Revista de Toxicomanías, Nº 57, 18-39. Sitio web: https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret57_3.pdf

²⁶ El gráfico de la figura 15 no pretende mostrar un recorrido temporal real de la vida del paciente, sino que constituye una instantánea de un episodio de

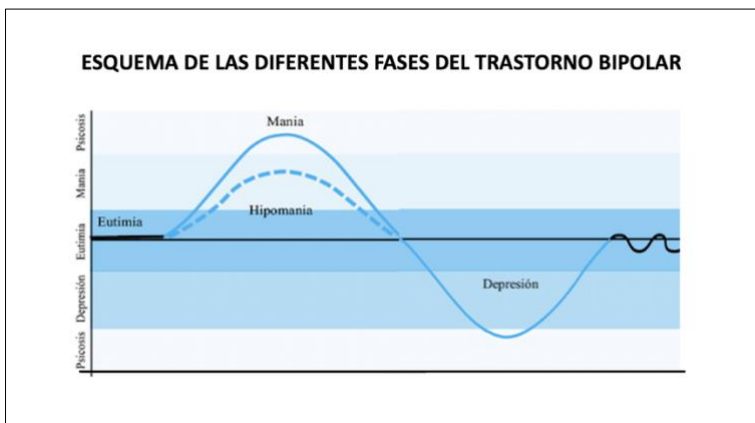


Figura 15

Es en ese estado de eutimia —que, como vemos, puede ser muy duradero, predominante a lo largo de la vida del paciente y, con la supervisión adecuada, incluso permanente— en el que podremos hacer *Coaching* con él. Por el contrario, como indicábamos anteriormente, carecerá de sentido hacerlo cuando nos hallemos fuera de esta zona, tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión. En ambos casos, el paciente requerirá principalmente atención médica y psicoterapéutica y sus capacidades estarán en exceso mermadas a causa de la alteración del ánimo y de la medicación recibida, por lo que en ese estado nos resultaría imposible fijar su atención y obtener resultados mediante el

Trastorno Bipolar y, más concretamente, del Tipo I, por lo que ni siquiera se verán representados en esta gráfica los pacientes de Tipo II o aquellos afectados por la variante ciclotímica (ver figura 3). Es preciso tener en cuenta que el número de fases, su duración, su intensidad o la mera existencia de las mismas varían con cada tipo y paciente.

Coaching. Si se hubiera iniciado la relación con el coachee y sobreviniera una sintomatología significativa de un nuevo episodio, consideramos que la mejor alternativa sería interrumpir temporalmente el proceso (lo cual no implica que hagamos lo mismo en relación con el contacto con nuestro coachee, no solo porque este lo sigue siendo, sino porque además en esta circunstancia necesita los apoyos sociales más que nunca) y reanudarlo, de acuerdo con él, cuando el episodio haya remitido.

6.3 Hándicaps del Coaching con pacientes bipolares

Somos conscientes de que las personas bipolares, debido a esta condición, presentan unas peculiaridades que obligan a estudiar de manera particular la relación de *Coaching* con ellas. No queremos decir con esto que nos encontremos ante un escenario extremo —cualquier *coach* se topa con frecuencia con situaciones más complicadas con coachees «presuntamente» normales—, pero sí tiene unas características definidas cuyo conocimiento puede ayudar en gran medida a plantear la relación de *Coaching* desde el prisma más adecuado.

En líneas generales, sin pretender ser exhaustivos, podríamos enumerar los siguientes hándicaps del *Coaching* con pacientes bipolares:

- Falta de autoestima
El coachee no se considera capaz de llevar a cabo el proceso porque considera que no tiene capacidad suficiente para afrontar los retos.
- Sensación de confusión
En especial tras la salida de una crisis, el coachee bipolar tiene una sensación general de caos interior que le impide pensar con claridad.
- Sentimientos de culpa o vergüenza
Con frecuencia, especialmente en los episodios maníacos, la persona realiza acciones que, al recobrar la lucidez, le avergüenzan, y por las que se siente a veces culpable.
- Pérdida de autoconfianza
Mientras que la autoestima es más genérica y afecta a la consideración de la persona en su conjunto, la autococonfianza está ligada a las dudas generadas por las propias competencias. Esta creencia puede estar motivada por el deterioro temporal de determinadas habilidades causado por el trastorno o por la medicación y es, en general, recuperable.
- Sentimientos de desánimo
En pacientes con un escaso recorrido en la enfermedad (si bien esto puede producirse a todo lo largo de la misma), a las sensaciones anteriores puede unirse un sentimiento general de abatimiento o desesperación.
- Autoestigmatización
Hablamos de autoestigmatización porque en este caso el problema no es lo que piensen la sociedad u otras

personas, si no la propia conciencia del paciente, que se desprecia a sí mismo. Evidentemente, la estigmatización con este tipo de trastornos existe, es muy significativa y es preciso luchar contra ella socialmente, pero con frecuencia tiene mucho más peso todavía la propia creencia negativa y limitadora del afectado sobre sí mismo.

Es cierto que muchos de estos hándicaps se pueden plantear también con personas «normales» que no han atravesado un episodio de TAB o una experiencia de índole similar y que a veces ni siquiera refieren con nitidez experiencias que hayan podido ser generadoras de estas sensaciones. Pero la diferencia con los coachees bipolares estriba en que estos últimos no experimentan estos sentimientos como parte de un deterioro, sino como una pérdida brusca y traumática, por lo que su diferencia con respecto a un coachee «normal» estriba más bien en su conciencia de enfermedad y en un sentimiento de perplejidad ante una situación vital que le resulta difícil de asimilar.

6.4 Objetivos del Coaching en pacientes bipolares

Por todo lo anteriormente dicho, a pesar de todo el planteamiento en este sentido no debería ser a nuestro juicio muy diferente del que haríamos con el que hemos denominado «coachee normal». Aunque los matices resultan muy importantes, la parte común en esencia es la misma: el Coaching personal es una disciplina encaminada a la consecución de los objetivos del coachee, y una premisa fundamental del Coaching es que esos objetivos estén «bien formados», como predicen los postulados de la PNL (Programación Neurolingüística) y sean realistas (recordemos el criterio SMART —ver figura 16—uno de los más universalmente aceptados y que nos puede servir de referencia por su simplicidad y eficacia a la hora de realizar este análisis):



Figura 16

- **ESPECÍFICOS:** Sin perder esta condición básica, los objetivos pueden ser tan variados para un *coachee* estándar como para un *coachee* bipolar. El *Coaching* es una buena alternativa para afrontar los aspectos más básicos generados por la desestructuración de la persona (trastornos de sueño, adicciones...), pero también es adecuado para acompañar al *coachee* bipolar a la hora de recuperar la autoestima y desarrollar o recobrar competencias y, cómo no, puesto que hablamos de personas inteligentes y, en el más puro sentido de la palabra, completas, a la búsqueda de su propósito vital.
- **MEDIBLES:** En efecto, también con estos *coachees* los objetivos deben ser medibles, más aún si cabe que en cualquier otro caso. De hecho, visualizar los progresos y percibir los avances logrados constituye un aliciente que resulta altamente estimulante para un *coachee* bipolar.
- **ALCANZABLES:** En nuestro caso, esta condición se halla estrechamente unida a la anterior y se halla especialmente ligada a la situación de la persona. Por ello es preciso escoger con cierto cuidado el momento de realizar *Coaching* con una persona bipolar, que será cuando esta alcance una cierta estabilidad en su estado emocional (lo que logrará gracias a la psicoterapia y a la medicación). Hay que evitar no solo que se desperdicie la acción del *coach*, lo cual sería secundario, sino sobre todo que se genere una frustración innecesaria en el *coachee*.
- **RELEVANTES:** Aunque el *Coaching*, como buen entrenamiento, puede ser aplicable a multitud de disciplinas y de situaciones, los objetivos a alcanzar deberían tener una cierta relevancia para el *coachee*. Es frecuente que el

principal objetivo de estos coachees, aunque este pueda tener mil formulaciones, se pueda describir más o menos como «reincorporarse a la vida», lo cual implica todo un proceso de reestructuración cognitiva y comportamental.

- **TEMPORALES.** Es preciso marcarse siempre plazos para la consecución de los objetivos deseados. Este es un factor fundamental en el *Coaching*, y debe ser tratado con cuidado para obtener los mayores beneficios, puesto que, como ocurre con la medición, su función debe ser la de servir de estímulo y, como es lógico, en ningún caso la de generar estrés.

6.5 El acuerdo de Coaching en los coachees con TAB

Un aspecto fundamental en la relación de *Coaching* es el acuerdo coach-coachee. Y lo es, porque al tratarse de una relación voluntaria por parte de ambos, hay que establecer una serie de cláusulas que regulen dicha relación. En resumen, el acuerdo de *Coaching* (ver un ejemplo en el Anexo I de este trabajo) lo que implica es un compromiso entre las partes para alcanzar los objetivos, y estipula unas obligaciones definidas que facilitan la relación entre ellas para garantizar la eficacia del proceso. El acuerdo de *Coaching* es, por tanto, un aspecto esencial en cualquier caso y con cualquier coachee, puesto que explicita la voluntariedad de su elección y su propósito de consecución de los resultados.

Sin embargo, parece necesario cuando menos abordar este punto después de hecho referencia a la inestabilidad emocional

característica de las personas bipolares, que puede hacerse más o menos presente en determinados momentos o fases vitales de estas. Cabría pensar que la palabra «acuerdo» con estas personas fuera un vocablo carente de sentido, si se les presume incapaces de hacer gala del equilibrio suficiente para cumplir con responsabilidad los compromisos adquiridos. Afortunadamente, la realidad no es así, puesto que las personas aquejadas de Trastorno Bipolar no son, en principio, ni incapaces ni irresponsables y tan solo deben ser tratadas de forma especial a estos efectos en los periodos de crisis. Por ello, más que el contenido del acuerdo —que, por lo demás, entendemos que no debería tener ninguna característica diferencial con respecto a un acuerdo de *Coaching* convencional— lo realmente importante es cuidar el momento en el que establecer la relación de *Coaching* en función del estado anímico del *coachee*, para que esta pueda dar los frutos adecuados.

6.6 Técnicas de *Coaching* aplicables

Sin pretender hacer un «tratado» sobre *Coaching*, nos parece pertinente enumerar brevemente las técnicas usuales en estos procesos, con el exclusivo fin de mostrar que estas son las mismas que utilizaríamos para trabajar con un *coachee* «sano» o «normal».²⁷

²⁷ Queremos hacer notar que no nos satisface el uso de ninguna de estas dos expresiones, que consideramos pueden resultar, bien que a nuestro pesar, discriminatorias, y que tan solo utilizamos a efectos de conseguir la necesaria claridad expositiva.

Como hemos señalado anteriormente, el *Coaching* no es una disciplina científica, sino una metodología empírica (o, por decir mejor, un conjunto de metodologías) basada en una serie de técnicas de origen diverso, todas ellas encaminadas a una tarea común: la consecución de objetivos. En la práctica, la manera de actuar consiste en configurar estrategias que, a su vez, se traducen en tácticas de abordaje de los diferentes problemas que se pretendan resolver. No se trata, por tanto, de una disciplina lineal, uniforme y estática.

A continuación, mostraremos un panorama de técnicas y herramientas que consideramos verdaderamente efectivas en el *Coaching* personal. En virtud del eclecticismo inherente a esta disciplina, nos resultaría imposible ser exhaustivos, ya que el conjunto de estas es muy amplio, por lo que deberá ser cada *coach* con su experiencia y su pericia el que determine en cada caso, según la naturaleza del *coachee* y la finalidad pretendida, la utilidad de cada una de ellas.

Para empezar, señalaremos que en *Coaching* existen seis niveles de apoyo, como podemos ver en el cuadro adjunto (figura 17), los cuales definen fundamentalmente el tipo de actuación que vaya a realizar el *coach* y están ordenados en función de la evolución del *coachee*.

Por otra parte, a cada uno de estos niveles se asocian una serie de herramientas específicas, que enumeramos en el esquema que exponemos en la figura 18.

NIVELES DE APOYO EN COACHING		DESCRIPCIÓN
Cuidado y guía	Generación de un ambiente de apoyo al coachee para facilitar la consecución de los objetivos y su crecimiento personal, así como ayudar a cambiar su estado actual por otro deseado.	
Coaching de rendimiento	Mejorar el comportamiento del coachee en situaciones específicas, entrenándolo para que adquiera las conductas más adecuadas para afrontar determinados situaciones.	
Enseñanza	Ayuda a la persona para que ésta desarrolle sus habilidades y capacidades cognitivas. Se trata de incrementar los conocimientos, generales y las habilidades de pensamiento del coachee relacionadas con el aprendizaje.	
Tutoría	Tiene por objeto acompañar a la persona para que esta descubra sus propias habilidades y competencias, superando sus barreras y los obstáculos internos que le impiden avanzar en su crecimiento. En este nivel, el coach ayuda a clarificar los valores y creencias del coachee, es decir, los principios que habrán de servirle de guía en su desarrollo personal.	
Patrocinio	Proceso que consiste en identificar (y aceptar) las principales características de una persona, es decir, la manera en que una persona percibe su propia identidad y organiza sus creencias, sus habilidades y, finalmente, sus comportamientos.	
Despertar	Este es el nivel superior al que puede llegar la relación coach-coachee. En este punto el trabajo se centra en la búsqueda de la visión, la misión y el propósito personal. El despertar exige al coach proporcionar apoyo a la persona ofreciéndole situaciones y experiencias que le ayuden a alcanzar una comprensión profunda de sí mismo.	

Figura 17

NIVELES DE APOYO EN COACHING		HERRAMIENTAS DE TRABAJO	NIVELES DE APOYO EN COACHING	HERRAMIENTAS DE TRABAJO
Cuidado y guía	• Psicogeografía «Ángel de la Guarda» • Cartografiado • Metidoro • Intervisión • Autocartografiado • Bucles causales	Tutoría	• Mentores internos • Auditorio de valores • Alineamiento para el cambio • Valores en acción • Planificación de valores • Establecimiento de prácticas • Evaluación de creencias • Marco («como si») • Reencuadre • Puentes entre valores • Críticos vs. consejeros	
Coaching de rendimiento	• Establecimiento de objetivos • Objetivos bien formados • Reorientación positiva • Análisis por contraste • Cartografía cruzada • Anclaje	Patrocinio	• «(la fuente de tus recursos)» • Centrado activo • Asociaciones para escuchar «(el viaje del héroe)» • Energías arquetípicas • Nombrar adecuadamente • Patrocinio de cualidades posibles • Recuperación de patrocinadores	
Enseñanza	• Evaluación del estilo de aprendizaje • Visualización del éxito • Circuito de excelencia • Modelo de capacidades TOIS • Aprendizaje en colaboración • Reorientación frente a fracaso • Perspectiva en 2ª posición • Metacartografía • Imaginería	Despertar	• Ancla para exteriorizar • Sueño activo • Despertar a la libertad • Trascender los dobles lazos • Dobles lazos positivos	

Figura 18

Finalmente, según su carácter y su funcionalidad podemos clasificar las herramientas del Coaching en diferentes grupos, Cada una de ellas se asocia con unas determinadas técnicas (figura 19):

HERRAMIENTAS DEL COACHING	TÉCNICAS ASOCIADAS
Estructurales	• Método GROW • Método ACHIEVE • Método OUTCOMES • Técnica SMART
Personales	• Individuales (<i>rapport</i>, calibración, creatividad, pensamiento lateral) • Entrevista • Desarrollo de la autoconciencia • Asertividad • Feedback
Exploratorias	• Rueda de la vida • Identificación de escala de valores • Reconocimiento de emociones • Análisis DAFO • Roles (identificación, elección y cambio)
Aprendizaje	• Modelado • Andamiaje • Moldeamiento • Toma de decisiones

Figura 19

7 COACHES PARA EL TAB

7.1 La formación del coach para pacientes de TAB

En este punto nos encontramos ante una cuestión sin duda abierta a la discusión. El primer objeto de debate parece bastante obvio: ¿sirve cualquier *coach* para hacer *Coaching* a pacientes bipolares? Nuestra respuesta es aparentemente ambigua, puesto que, en un principio, contestaríamos con un «Sí, pero...». Y es que, siguiendo el razonamiento que hemos llevado a cabo a lo largo de este trabajo, debemos considerar a todos los efectos a estos *coachees* como normales y, como decíamos anteriormente, únicamente tener la precaución de realizar *Coaching* con ellos en aquellas fases en las que podamos considerar que se hallan en un estado de eutimia o, por decirlo, más llanamente, de razonable equilibrio emocional.

De hecho, independientemente de la necesidad de realizar esta evaluación del *coachee*, a nuestro juicio debería ser el propio *coach* el que decidiera si desea y se encuentra en condiciones de ejercer su tarea con una persona afectada por este trastorno. Porque, más que tener unos conocimientos específicos, se trata más bien de poseer una serie de cualidades personales y una motivación que pueda llevarle a realizar su trabajo con éxito. Por otra parte, es obvio que no todos los *coaches* son buenos para todo y aptos para todo el mundo. Es más, consideramos que el pensamiento contrario nos situaría en una perspectiva de todo punto irreal, ya que no es lo mismo, por ejemplo, trabajar con deportistas de élite que con adolescentes, o con ejecutivos de

multinacionales que con amas de casa, por poner algunos ejemplos que puedan resultar gráficos. Por lo demás, cada *coach* tiene sus preferencias y estas giran en relación con sus gustos, que estarán normalmente vinculados a sus habilidades personales. Recordemos una vez más lo obvio: un *coach* es un entrenador y, como tal, debe trabajar sobre aquello que conoce, aunque no sea necesario hallarse en la misma condición que su *coachee*. Pero así como un entrenador deportivo conoce bien el deporte que enseña, ese mismo entrenador habrá de fomentar unas competencias específicas si además sus *coachees* son discapacitados. En nuestro caso, la situación es similar: el *coach* que trabaje con un *coachee* bipolar deberá estar capacitado para superar las profundas barreras emocionales que presumiblemente se va a encontrar en su *coachee*.

A continuación, estudiaremos las competencias que, a nuestro juicio, debe reunir todo buen *coach* que desee trabajar con *coachees* bipolares.

7.2 Las competencias del coach para pacientes de TAB

Nos parece pertinente recordar en este capítulo las competencias básicas del *coach* con el fin de poder analizarlas en relación con el *Coaching* con *coachees* bipolares. Para ello hemos creído que resultaría práctico utilizar una expresión lo más gráfica posible. Por eso hemos transcrito las competencias del *coach* definidas por la ICF (International Coaching Federation), pero seleccionando aquellos aspectos de las mismas que

implican una relación más directa con el objeto de nuestro estudio (de ahí los saltos numéricos en los diferentes epígrafes). Las denominadas por la ICF «competencias clave» contemplan las habilidades y enfoques utilizados en la profesión y definen las líneas maestras que deben conformar la formación de los coaches. La denominación de «claves» obedece a que deberían ser demostrables por parte de cualquier coach competente. Según la última versión elaborada por la ICF (noviembre de 2019) estas competencias son ocho y se agrupan en cuatro apartados (figuras 20, 21, 22 y 23). El documento completo se puede consultar en la dirección electrónica que se adjunta²⁸:

²⁸ ICF España. (2019). *Competencias clave de Coaching* [Fecha de Consulta marzo de 2021]. ICF España. Sitio web: <https://www.icf-es.com/mwsicf/ser-coach-de-icf/competencias-Coaching-icf-espana?format=pdf>

A. CIMIENTOS

1. Demuestra práctica ética

Definición: Entiende y aplica constantemente la ética de *Coaching* y los estándares de *Coaching*

2. Mantiene sensatez ante la identidad, el ambiente, las experiencias, los valores y las creencias de los clientes.
3. Utiliza lenguaje adecuado y respetuoso con clientes, patrocinadores y las partes interesadas relevantes.
6. Respalda las distinciones entre *Coaching*, consultoría, psicoterapia y otras profesiones de apoyo.
7. Remite clientes a otros profesionales de apoyo, según corresponda.

2. Encarna una mentalidad de *Coaching*

Definición: Desarrolla y mantiene una mentalidad abierta, curiosa, flexible y centrada en cada cliente

4. Permanece consciente de y abierto a la influencia en sí y en otros del contexto y de la cultura.
8. Busca ayuda en fuentes externas cuando es necesario

Figura 20

B. CO-CREAR LA RELACIÓN

3. Establece y mantiene acuerdos

Definición: Colabora con cada cliente y con las partes interesadas pertinentes para crear acuerdos claros sobre la relación, el proceso, los planes y las metas de *Coaching*. Establece acuerdos para el compromiso de *Coaching* general, así como aquellos para cada sesión de *Coaching*.

5. Colabora con cada cliente para determinar la compatibilidad cliente-coach.

4. Cultiva confianza y seguridad

Definición: Colabora con cada cliente para crear un ambiente que le dé apoyo y seguridad y que le permita compartir libremente. Mantiene una relación de respeto y confianza mutuos.

1. Busca entender a cada cliente dentro de su contexto, lo que puede incluir su identidad, su ambiente, sus experiencias, sus valores y sus creencias.
2. Demuestra respeto por la identidad de cada cliente, sus percepciones, estilo y lenguaje, y adapta su *Coaching* a cada cliente.

3. Reconoce y respeta los talentos, los entendimientos y el trabajo únicos de cada cliente en el proceso de Coaching.
4. Demuestra apoyo, empatía y preocupación por cada cliente.
5. Reconoce y apoya la expresión de sentimientos, percepciones, preocupaciones, creencias y sugerencias de cada cliente.
6. Demuestra apertura y transparencia como una manera de presentarse con vulnerabilidad y forjar una relación de confianza con cada cliente.

5. Mantiene presencia

Definición: Es plenamente consciente y está presente con cada cliente, empleando un estilo abierto, flexible, bien fundado y seguro.

4. Demuestra confianza en trabajar con emociones fuertes de cada cliente durante el proceso de Coaching.
5. Se siente cómodo trabajando en un espacio de no saber.

Figura 21

C. COMUNICAR CON EFECTIVIDAD

6. Escucha activamente

Definición: Se enfoca en lo que cada cliente está y no está diciendo para comprender plenamente lo que se está comunicando en el contexto de los sistemas de cada cliente y para apoyar su autoexpresión.

1. Considera el contexto, la identidad, el ambiente, las experiencias, los valores y las creencias de cada cliente para potenciar el entendimiento de lo que cada cliente está comunicando.
4. Nota, reconoce y explora las emociones de cada cliente, los cambios de energía, las señales no verbales u otros comportamientos.
6. Nota tendencias en comportamientos y emociones de cada cliente a lo largo de las sesiones para discernir temas y patrones.

7. Provoca conciencia

Definición: Facilita el entendimiento y el aprendizaje de cada cliente mediante el uso de herramientas y técnicas como preguntas poderosas, silencio, metáforas o analogías.

7. Ajusta el planteamiento de *Coaching* en respuesta a las necesidades de cada cliente.

Figura 22

D. CULTIVAR APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO

8. Facilita el crecimiento de cada cliente

Definición: Colabora con cada cliente para transformar aprendizaje y entendimiento en acción. Promueve la autonomía de cada cliente en el proceso de *Coaching*.

1. Trabaja con cada cliente para integrar nueva conciencia, entendimiento o aprendizaje en su visión del mundo y sus comportamientos.

Figura 23

Como hemos señalado en los cuadros anteriores, son numerosos los aspectos que consideramos necesario destacar en las competencias de un coach que trabaje con coachees bipolares. Sin embargo, estos mismos aspectos evidencian una vez más que estos coachees no son en esencia diferentes de un coachee «estándar», por lo que las competencias necesarias de los coaches son esencialmente las mismas que para estos. La principal diferencia es que algunas de estas competencias cobran especial relevancia en nuestro caso y adquieren mayor importancia o incluso son determinantes a la hora de determinar la capacidad de un coach para acometer esta tarea. En los cuadros de las figuras anteriores hemos hecho mención estrictamente a los componentes de cada una de las

competencias que, a nuestro juicio, resultan claramente relevantes a nuestros efectos. Para que resulten más comprensibles, hemos analizado las «palabras clave» que aparecen en la definición de dichas competencias. Esto nos ha permitido agruparlas y de este modo generar un esquema que exprese de forma sencilla las habilidades que consideramos centrales en los coaches que trabajen con bipolares (figura 24):

ÁREAS DE INCIDENCIA ESPECÍFICA EN EL COACHING PARA COACHEES CON TAB	CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS QUE DEBERÍAN REUNIR LOS COACHES
Profesionalidad	• Adecuación profesional • Compatibilidad cliente-coach • Búsqueda de ayuda • Renuncia al coaching
Comprensión	• Identidad • Experiencias • Lenguaje • Respeto • Transparencia
Apertura mental	• Apertura al contexto • Entendimiento en el contexto • Ajuste de planteamientos • Nueva conciencia • Unicidad del talento
Proximidad	• Empatía y preocupación • Expresión de sentimientos • Colaboración • Apoyo
Manejo de la Incertidumbre	• Emociones fuertes • Espacio de no saber • Cambios de energía • Señales no verbales

Figura 24

Sirviéndonos de esta técnica de asociación, en el cuadro anterior hemos plasmado lo que serían cinco grupos de «competencias» con unas cualidades específicas asociadas a cada uno de ellos. Por supuesto, somos conscientes de que esta interpretación es subjetiva. En todo caso, recordamos al lector que, como señala ICF en sus planteamientos, todas las competencias definidas por esta asociación y cuyo criterio compartimos, son «clave», es decir, básicas e irrenunciables para todo coach.

8 BENEFICIOS DEL COACHING EN EL TAB

8.1 Beneficios para el coachee

Después de todo lo anteriormente expuesto, se deduce que no existen diferencias esenciales entre el *Coaching* para personas «sanas» y para personas bipolares. Del mismo modo que los planteamientos y las técnicas son similares, también lo son los beneficios obtenidos. No obstante, ya que es nuestro propósito destacar la utilidad de esta disciplina en nuestro caso, nos detendremos en la enumeración de estos beneficios y de la capacidad de los mismos para el desarrollo de estos coachees y la consecución de sus objetivos vitales.

Como principales beneficios para el coachee enumeraremos, entre otros, los siguientes:

- Acompañamiento
- Eliminación e bloqueos
- Reducción del estrés
- Regularización, control y eliminación de hábitos
- Definición de objetivos (de todo tipo: laborales, vitales...)
- Desarrollo de las habilidades personales del coachee
- Mejora de las habilidades comunicativas y de las relaciones
- Incrementa la autoresponsabilidad y la capacidad resolutive
- Mayor flexibilidad y adaptabilidad al cambio
- Aprendizaje para la resolución de problemas
- Aumento de la creatividad
- Empoderamiento

- Ayuda a la gestión del tiempo
- Motivación para el cambio
- Ayuda para llegar más lejos
- Proceso tutelado
- Incremento del bienestar
- Toma de conciencia
- Autoconocimiento
- Autorrealización

8.2 Beneficios para el coach

Decíamos anteriormente que un *coach* que decida trabajar con personas bipolares deberá reunir una serie de requisitos o, mejor dicho, potenciar especialmente algunas de sus competencias como *coach*. Dicho coloquialmente, entendemos que debe ser, en cierto modo, de una «madera» un tanto especial.

Pero, si bien entendemos que el *Coaching* con personas bipolares puede presentar ciertas dificultades —aunque esto no constituye una pauta universal, ni siquiera dominante, es muy importante tenerlo en cuenta—, estamos convencidos de que también puede convertirse en una fuente de beneficios y recompensas muy significativa y gratificante para los coaches. Cuando menos, entendemos que podemos considerar los siguientes:

- Mayor desarrollo de la capacidad empática
- Capacidad para trabajar en situaciones de alta emocionalidad
- Progreso en su tolerancia a la frustración

- Incremento de la capacidad de resiliencia
- Satisfacción emocional
- Realización de una labor social
- Mejora curricular
- Autoaprendizaje
- Desarrollo general de la competencia como coach
- Desarrollo personal del propio coach

8.3 Beneficios para la sociedad

Cuando comenzamos este trabajo, sabíamos que nuestra meta era ambiciosa. Y es que nuestro objetivo era y es aplicar una concepción de la salud (recordemos la definición de la OMS citada al principio de este documento) que, a pesar del tiempo que ha transcurrido desde su formulación, puesto que data de los años 40 del pasado siglo, consideramos que en absoluto está anticuada y menos aún en lo relativo a su cumplimiento.

El Trastorno Bipolar es una enfermedad grave y que en ciertos casos puede resultar incapacitante. Esa es la realidad actual en casi todo el mundo. Pero también es cierto que cada vez se puede tratar mejor, de forma que los afectados, con los cuidados precisos y siguiendo unas pautas adecuadas, puedan llevar una vida prácticamente normal. Desde luego, conseguir eso depende de factores diversos, como el desarrollo de los sistemas sanitarios, los adelantos farmacológicos, el avance de la biotecnología y la inteligencia artificial..., pero, sin duda, estamos en el camino para que esto sea más posible.

Por nuestra parte, paralelamente a lo anterior, proponemos humildemente dar un paso más. Como señalábamos en

capítulos anteriores, si logramos los objetivos que la ciencia y la sociedad se plantean a día de hoy en lo relativo a los pacientes bipolares, habremos conseguido mucho. A pesar de ello tan solo habremos escalado los dos primeros peldaños de la pirámide de Maslow, los que hacen referencia a la fisiología y a la seguridad. Si nos conformáramos con ese estado de cosas y renunciáramos a los tres peldaños restantes —y en especial los dos superiores, el reconocimiento y la autorrealización, elementos sobre los que el *Coaching* trabaja directa y eficazmente— nos quedaríamos a mitad de camino en lo que se refiere al desarrollo integral de cualquier persona, bipolar o no.

¿Y entonces qué papel juega el *Coaching* en este proceso, qué beneficios tiene para la sociedad? Pues entendemos que son principalmente dos, ambos de muy diferente naturaleza, pero igualmente importantes.

El primero es colaborar con los profesionales sanitarios para el cumplimiento del ideal de salud al que nos estamos refiriendo a lo largo de este trabajo y al que aspiramos como objetivo razonable, lo que permitirá una mejora global del horizonte de la salud mental de nuestras comunidades, creando entornos más sanos y propicios para el desarrollo integral de las personas.

Y, por otra parte, sin entrar en cuantificaciones precisas que entendemos que nos llevarían a la especulación y que exceden el presente trabajo, no debemos olvidar el considerable gasto de recursos económicos que las patologías mentales generan al sistema sanitario. En concreto, el Trastorno Bipolar es el responsable del entre el 5 y el 15 por ciento de los nuevos ingresos psiquiátricos hospitalarios, que a su vez dan lugar, en una gran mayoría de casos, a estancias bastante prolongadas en

instituciones de salud mental, con el consiguiente coste económico.

Insistimos una vez más en que sin una buena psiquiatría y una psicoterapia adecuada no hay curación posible para esta enfermedad. Hemos señalado sobradamente que el *Coaching* no pretende sustituir a ninguna de las dos en sus cometidos específicos. Pero creemos que las razones anteriores son suficientes para potenciar socialmente la utilización del *Coaching* como una disciplina idónea para favorecer la recuperación total de los pacientes bipolares y su plena integración en la sociedad, mejorando sustancialmente la calidad de vida y, por tanto, la salud de estos pacientes y disminuyendo la incidencia económica de este trastorno sobre las estructuras sanitarias.

9 CONCLUSIONES

- El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una enfermedad cuyas causas son genéticas y que puede desencadenarse por diversos factores. En caso de que esto último se produzca, da lugar a una enfermedad grave y crónica y a menudo con graves consecuencias para la salud mental de la persona. En líneas generales, se trata de un trastorno cíclico del ánimo, en el que el funcionamiento de la actividad mental solo se ve seriamente comprometido en los periodos activos de la enfermedad si bien, por lo general, no resulta deteriorada la fisiología cerebral del paciente.
- Se estima que la prevalencia del Trastorno Afectivo Bipolar en la sociedad española es de aproximadamente un 2%. Se trata de una cifra significativamente elevada, es decir, que no puede ser considerada como un fenómeno poco frecuente, sino que es una enfermedad con una alta incidencia y que da origen a discapacidades e incapacidad en determinados casos.
- A la hora de analizar las actuaciones a realizar en relación con el Trastorno Bipolar, consideramos necesario recordar el concepto de salud elaborado por la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». No solo debemos conceptualizar la salud como un estado de ausencia de síntomas clínicos —lo cual ya de por sí supondría un progreso muy importante— sino que esta debe ir acompañada del desarrollo integral de la persona en todas

sus vertientes corporales y anímicas, sin olvidar su capacidad relacional. En el caso de los pacientes bipolares, paliar estas carencias constituye un objetivo claramente relevante.

- La medicina, junto con la psicoterapia, constituyen la base del tratamiento de la enfermedad bipolar. Por una parte, hay que tener en cuenta que todavía nos hallamos ante un trastorno que no tiene curación, sino que, por el momento, solo podemos conseguir su «estabilización» y esta solo es posible mediante el uso de fármacos. Es cierto que en las últimas décadas se han producido progresos científicos muy importantes. Esto supone, sin duda, una gran noticia que afecta de forma singular al estudio del Trastorno Bipolar, pero debemos afirmarnos en que no existen tratamientos efectivos prescindiendo de la medicación, al tiempo que insistimos en la conveniencia de una psicoterapia y una psicoeducación adecuadas que ayuden a conseguir la recuperación del sujeto afectado.
- Independientemente de la labor médica y psicológica, es evidente que ni la medicina ni la psicoterapia, tal y como están planteadas en los sistemas sanitarios actuales, son capaces de cubrir todos los objetivos citados por la OMS, en especial los referentes al «bienestar físico, mental y social» de las personas. En el contexto de la salud mental, estas disciplinas se revelan claramente insuficientes para cumplir estos cometidos. Por ello es preciso buscar fórmulas para intentar alcanzar la salud total de los individuos y muy especialmente de aquellos que, como los afectados por TAB, sufren trastornos crónicos que afectan a toda su estructura vital y se hallan, por tanto, más desprotegidos.

- En este contexto, el *Coaching* y, en particular, el *Life Coaching* o *Coaching Personal*, se plantea como una disciplina idónea para abordar este cometido, pues su finalidad es la consecución de objetivos tendentes al desarrollo personal. Desde esta perspectiva, la búsqueda del «bienestar físico, mental y social» encaja plenamente en el «ADN» del *Coaching*, que se revela, por tanto, idealmente, como una fórmula muy adecuada para alcanzar este propósito.
- El *Coaching*, como su nombre indica, es un entrenamiento, mediante el cual una persona denominada *coach* ayuda a otra, denominada cliente o *coachee*, a conseguir los objetivos de este. Estos objetivos pueden ser muy variados: personales, laborales, técnicos, deportivos, relacionales... No es una teoría—aunque posee una base conceptual bastante amplia—, ni desde luego pretende ser una ciencia, sino que se trata de una disciplina empírica conformada por un conjunto de técnicas, estrategias y tácticas que cuenta con un amplio elenco de herramientas adaptables a cada persona y situación, de modo que con la ayuda y el apoyo del *coach* la persona pueda conseguir sus metas.
- Es preciso dejar claro que en ningún caso el *Coaching* debe confundirse con una terapia y menos aún sustituir a ninguna de ellas, ya que no tiene capacidad para ejercer una acción directa en la curación médica del paciente. Sin embargo, dada la acción motivadora que esta disciplina genera a la hora de conseguir los objetivos de este, es frecuente que se produzca una mejoría en el estado anímico del mismo, por lo que podemos decir sin pretenciosidad que en muchos casos

el *Coaching*, si bien de manera indirecta, ejerce una importante labor terapéutica.

- Tradicionalmente se ha considerado el *Coaching* como una disciplina para personas «sanas». Sin embargo, como hemos visto en nuestro estudio, realmente son pocas las personas que se pueden considerar o ser consideradas como sanas. Por otra parte, entendemos que carece de sentido negar el *Coaching* a personas «no sanas», dado que se trata de una actividad sin duda sanadora. *Coaching* significa entrenamiento. En nuestra opinión, no existe ninguna condición que impida a cualquier persona merecer dicho entrenamiento, máxime cuando este conduce a su mejora.
- El *Coaching* en enfermos bipolares tiene algunas características particulares, ya que nos hallamos ante personas psicológicamente afectadas y que, en determinados casos, pueden llegar a sufrir algún grado de deterioro cognitivo motivado por la enfermedad. Por otra parte, es preciso elegir con cierto cuidado los momentos en los que hacer *Coaching*, ya que el paciente bipolar debe encontrarse en un estado adecuado para ello, es decir, eufímico. No obstante, como hemos demostrado, en esencia un *coachee* bipolar no es esencialmente distinto de uno «normal». Lo mismo ocurre en relación a los *coaches*. En realidad, un *coach* para pacientes bipolares debe ser tan solo alguien con más sensibilidad, empatía, resiliencia y vocación que un *coach* «normal».
- En relación con los aspectos prácticos para los que podría ser especialmente útil el *Coaching* en pacientes bipolares, debemos centrarnos en su recuperación física, mental y

emocional. Para ello es preciso actuar en una serie de áreas, principalmente: mediante la regularización, control y eliminación de hábitos, la reducción del estrés, el desarrollo de las habilidades personales del coachee, la definición de objetivos, la mejora de las habilidades comunicativas y de las relaciones, la resolución de problemas, el autoconocimiento... y, por último y quizás lo más importante, la colaboración en su autorrealización mediante la ayuda para la consecución de sus objetivos vitales. Obviamente, también existen beneficios para el coach y no son pocos, aunque básicamente se resumen en un aumento de sus competencias personales y profesionales, sin dejar de lado, por supuesto, el incremento de su satisfacción personal.

- Por último, diremos que el establecimiento como práctica generalizada del *Coaching* para pacientes bipolares generaría unos beneficios innegables para la sociedad: por una parte, la mejora de la actuación clínica global en relación con estos pacientes —lo cual ya constituye por sí mismo un reto apasionante—, y, en segundo lugar, mediante la disminución del número de ingresos, la reducción del coste económico asociado a los mismos, un factor no menos desdeñable en una sociedad como la nuestra con un gasto sanitario muy elevado y en continuo crecimiento.

10 BIBLIOGRAFÍA

Sobre el Trastorno Bipolar y otras informaciones clínicas

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2018) *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
2. BENABARRE, A. et al. (2009). *El trastorno bipolar: Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración*. [Fecha de Consulta marzo de 2021], de Fundación BBVA y Hospital Clínic de Barcelona.
Sitio web: https://bibliotecavirtual.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=84c7243a-c270-4ac7-b668-21a729bc5b62&groupId=350494
3. BOBES, J., SAIZ, J. et al. (2008). *Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. V. 1, Issue 1, Pág. 26-37. Sitio web de referencia: [https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(08\)72513-8](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(08)72513-8)
4. BOURGEOIS, M. L., VERDOUX, H. (1996). *Trastornos bipolares del estado de ánimo*. Barcelona: Elsevier Masson.
5. CARRILLO, A. (Sin fecha). *Cómo ayudar a una persona con trastorno bipolar: 7 consejos útiles*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Psicología y mente.
Sitio web: <https://psicologiymente.com/clinica/como-ayudar-persona-trastorno-bipolar>
6. COLOM, F. & SCOTT, J. *Trastornos bipolares* (397-415) [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Fragmento disponible en Sitio web: https://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/17_psicoeducacion_en_tab
7. COLOM, F. & VIETA, E. (2008). *De la euforia a la tristeza: el trastorno bipolar, cómo conocerlo y tratarlo para mejorar la vida*. Madrid: La Esfera de los Libros.
8. DANIEL, G. (2011). *Funcionalidad y calidad de vida en personas con trastorno bipolar*. (Tesis doctoral). [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Sitio web: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/12865/TD_Gonzalo%20Daniel%20G?sequence=4
9. DUERTO, A. (2016). *Inteligencia emocional, resiliencia y uso de sustancias para manejar los estados de ánimo en trastorno bipolar*

(Trabajo Fin de Máster). [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Universidad Pontificia de Comillas, Sitio web: <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/13487/1/TFM000510.pdf>

10. FERNÁNDEZ, I. (2021) *La salud mental está viviendo un tsunami por las consecuencias del Covid*. [Fecha de consulta: mayo de 2021]. Redacción médica. Sitio web: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/salud-mental-viviendo-tsunami-consecuencias-covid-8848>
11. GARCÍA-ALLEN, J. (Sin fecha). *Ciclotimia: la versión leve del Trastorno Bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Psicología y mente. Sitio web: <https://psicologiymente.com/clinica/ciclotimia-trastorno-bipolar>
12. GUTIÉRREZ L. (2008). *Curso evolutivo y calidad de vida en el trastorno bipolar* (Tesis doctoral). [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Instituto de Neurociencias Federico Olóriz. Universidad de Granada. Sitio web: <http://hera.ugr.es/tesisugr/17379039.pdf>
13. HUARCAYA, J. (2020). *Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19*. [Fecha de consulta: mayo de 2021]. Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública V. 37 (2). Sitio web: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>
14. INOCENTI A. et al. (2008). *Trastorno afectivo bipolar y por terapia medicamentoso: identificación de barreras*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Revista Latino-Americana de Enfermagem (online), Sitio web: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_14.pdf
15. JAMISON, K. R. (1996). *Una mente inquieta. Testimonio sobre afectos y locura*. Barcelona: Tusquets Editores.
16. JIMÉNEZ, M. et al. (2003). *Características neuropsicológicas del trastorno bipolar I*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXII (4), (357-372). Sitio web: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80632405>
17. LÓPEZ, Á. (2003). *Trastorno afectivo bipolar: la enfermedad de las emociones*. Madrid: Editorial EDAF.
18. LÓPEZ, C. M. (2020) *Salud Mental: ¿La próxima pandemia?* [Fecha de consulta: mayo de 2021]. Gaceta médica. Sitio web: <https://gacetamedica.com/investigacion/salud-mental-la-proxima-pandemia/>
19. MALHI, G. S. et al. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica en el trastorno bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Revista de Toxicomanías, Nº 57, (18-39).

- Sitio web: https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret57_3.pdf
20. MARTÍNEZ, M. I. et al. (2018). *¿Qué es el Trastorno Bipolar?* [Fecha de Consulta marzo de 2021] Hospital Clínic de Barcelona. Sitio web: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-bipolar/definicion>
 21. MARTITEGUI, A. (Abril 2021) *Qué es un brote psicótico: cuando la realidad se rompe*. [Fecha de Consulta abril de 2021]. Diario Nius. Sitio web: https://www.niusdiario.es/salud-y-bienestar/Coaching/que-es-brote-psicotico-cuando-realidad-se-rompe_18_3130320222.html
 22. MEDLINE PLUS. (2021). *Trastorno bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Sitio web: <https://medlineplus.gov/spanish/bipolardisorder.html>
 23. MORALES, J. (2013). *¿Debemos Darle Coaching a Clientes con Trastorno Bipolar?* [Fecha de Consulta marzo de 2021], de Asociación Internacional de Coaches Profesionales. Sitio web: <https://www.aidcp.com/2013/03/18/debemos-darle-coaching-a-clientes-con-trastorno-bipolar/#:~:text=El%20coaching%20ideal%20para%20un,caf%C3%A9%20o%20sustancias%20que%20alteren>
 24. NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. (2019). *Trastorno bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. The National Institute of Mental Health Information Resource Center. Sitio web: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/index.shtml>
 25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992) CIE-10. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Ginebra: OMS. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Sitio web: <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
 26. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100. Sitio web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=26EBC54EA97BC039A2171AAE1B3B4A61?sequence=1
 27. PASCUAL, A. (2020). *Calidad de vida, estrés y autoestigma en pacientes con trastorno bipolar en eutimia*. (Tesis doctoral) [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Repositorio documental de la Universidad de Salamanca. Sitio web: [file:///Users/cym/Desktop/Pascual%20Sa%CC%81nchez,%20Ana%20\(1\).pdf](file:///Users/cym/Desktop/Pascual%20Sa%CC%81nchez,%20Ana%20(1).pdf)

28. PERSONAL DE MAYO CLINIC. (2021). *Trastorno bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Sitio web: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bipolar-disorder/symptoms-causes/syc-20355955?p=1>
29. RODRÍGUEZ, L, et al. (2012). *Estudio de memoria verbal en una muestra de pacientes con Trastorno Bipolar en fase eutímica*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Actas españolas de psiquiatría, Vol.40, N° 5, (257-265). Sitio web: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/79/ESP/14-79-ESP-257-265-478918.pdf>
30. ROMERO, E. (2012). *Revisión de aspectos neurocognitivos del trastorno bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Subjetividad y Procesos Cognitivos, Vol. 16, N° 2, (146-164). Sitio web: <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v16n2/v16n2a07.pdf>
31. SALAZAR-OSPINA, A., AMARILES, P. et al. (2020). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trastorno afectivo bipolar: resultados del EMDADER-TABI (NCT01750255)*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Farmacéuticos Comunitarios. 2020 Nov 05; 12 (Supl. 2. Congreso SEFAC 2020):368. Sitio web: <https://www.farmacuticoscomunitarios.org/es/journal-article/evaluacion-calidad-vida-pacientes-con-trastorno-afectivo-bipolar-resultados-del>
32. SANTOS J. M. (2014). *Neurocognición, cognición social y funcionalidad en el trastorno bipolar* (Tesis doctoral). [Fecha de Consulta marzo de 2021], Departamento de psicología clínica de la salud. Universidad Autónoma de Barcelona. Sitio web: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/285141/jmsl1de1.pdf?sequence=1>
33. SEVILLÁ, J & PASTOR, C. (2001). *Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Informació psicológica, N° 76, (36-42). Sitio web: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/493/432>
34. TARRAGÓN, E. & MIQUEL, M. (2011). *El Trastorno Bipolar: ¿Un trastorno de la regulación circadiana?* [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Rev. Electrónica de neurobiología. Sitio web: <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2011/4/tarragon/HTML.html>
35. VELAYOS, L., GARCÍA, R. et al. (2015) *Función ejecutiva en pacientes con trastorno bipolar tipo I durante la fase asintomática*.

[Fecha de Consulta marzo de 2021]. Rev. Chil. Neuropsicol. V. 10 (1); pp. 44-49.

Sitio web: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179341106009>

36. WIKIPEDIA. (2021). *Trastorno bipolar*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Fundación Wikimedia. Sitio web: https://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_bipolar

Teoría y práctica del Coaching, Life Coaching e Inteligencia Emocional

37. ALONSO, M. (2013). *Reinventarse: tu segunda oportunidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
38. ANDRÉ, C. (2017). *Prácticas de Autoestima*. Barcelona: Kairós.
39. ANDRÉ, C. & LELORD, F. (2012). *La autoestima: gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. Barcelona: Kairós.
40. ANGEL, P. & AMAR, P. (2007). *Guía práctica del coaching*. Barcelona: Paidós Orígenes.
41. ARANDA, I. (2016). *Manual del Coach: acompañar para conseguir resultados extraordinarios*. Madrid: EOS.
42. BANDLER, R. & GRINDER, J. (2008). *La estructura de la magia. Vol. I Lenguaje y terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
43. BANDLER, R. & GRINDER, J. (2008). *La estructura de la magia. Vol. II. Cambio y congruencia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
44. BRAIDT, N. *Neurociencia aplicada a la toma de decisiones, aprendizaje y comportamiento*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. Salamanca: Universidad de Salamanca.
Sitio web: http://webdocente.altas-capacidades.net/Articulos/PDF/Art6/2_Neurociencia_Aplicada.pdf
45. CABALLO, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
46. CAÑIZARES, O., GARCÍA DE LEANIZ, C. (2015). *Hazte experto en inteligencia emocional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
47. CHICA, L. (2013). *¿Quién eres tú? Descubre tu mayor tesoro: tú mismo*. Madrid: Alienta.
48. COLMAN, A. M. (2006, 3ª ed.). *Oxford Dictionary of Psychology*. Oxford: Oxford University Press.

49. CUBEIRO, J. C. (2011). *Por qué necesitas un coach*. Madrid: Alienta.
50. DILTS, R. (2004). *Coaching: herramientas para el cambio*. Madrid: Urano.
51. DOLAN, S. L. (2012). *Coaching por Valores*. Madrid: LID Editorial.
52. DUGGER, T. (2006). *Escucha eficaz. La clave de la comunicación*. Madrid: FC Editorial.
53. FORNER, R. & BAKER, L. (2004). *Coaching Personal con PNL*. Madrid: Dilema.
54. GIL, P. (2014). *Coaching cognitivo conductual: una herramienta para los psicólogos*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. *Informació psicològica*, N°. 107; págs. 34-46.
Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=745632>
55. GOLDBERG, D. & PEREL, N. (2012). *Competencias de coaching aplicadas*. Buenos Aires: Granica.
56. GOLEMAN, D. (2013). *El cerebro y la inteligencia emocional. Nuevos descubrimientos*. Barcelona: Ediciones B.
57. GOLEMAN, D. et al. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
58. GOLEMAN, D. et al. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
59. HANEBERG, L. (2006). *Fundamentos del coaching*. Barcelona: Gestión 2000.
60. ICF España. (2019). *Competencias clave de coaching* [Fecha de Consulta marzo de 2021], de ICF España. Sitio web: <https://www.icf-es.com/mwsicf/ser-coach-de-icf/competencias-coaching-icf-espana?format=pdf>
61. LAUNER, V & CANNIO, S. (2008). *Prácticas de Coaching*. Madrid: LID Editorial.
62. LÓPEZ, R. et al. (2019). *Comportamiento no verbal: más allá de la comunicación y el lenguaje*. Madrid: Pirámide.
63. MASLOW, A. (2012). *Motivación y personalidad*. Madrid. Díaz de Santos, S.A.
64. OLIVÉ, V. (2010). *PNL & coaching: una visión integradora*. Madrid: Rigden Institut Gestalt.
65. PUNSET, E. (2006). *El alma está en el cerebro. Radiografía de la máquina de pensar*. Pp. 17-27. Madrid: Aguilar.

66. RICHARDSON, P. (2005). *Coaching personal: guía práctica para descubrir y desarrollar sus propias capacidades*. Barcelona: Parramón.
67. ROJAS, E. (1998). *La conquista de la voluntad: cómo conseguir lo que te has propuesto*. Madrid: Temas de hoy.
68. SIMÓN, V. M. (1997) *La participación emocional en la toma de decisiones*. [Fecha de Consulta marzo de 2021]. *Psicothema*. V. 9 (2); pp. 365-376.
Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72709213.pdf>
69. VALDERRAMA, B. (2015). *Fundamentos psicológicos del coaching: un modelo para ser más*. Madrid: EOS.
70. VARAS, H. (2015). *Sesiones de coaching: desarrolla y avanza en tu coaching*. Sevilla: Tribuna de Letras.
71. VILASECA, B. (2013). *Qué harías si no tuvieras miedo: el valor de reinventarse profesionalmente*. Barcelona: Conecta.
72. VILLA, J. P. & CAPERÁN, J. A. (2010). *Manual de coaching: cómo mejorar el rendimiento de las personas*. Barcelona: Profit Editorial.
73. WHITEMORE, J. (2005). *Coaching. El método para mejorar el rendimiento de las personas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
74. YEUNG, R. (2009). *Autoconfianza: el arte de lograr lo que te propongas*. Madrid: Pearson Prentice Hall
75. YUSTE, F. (2014). *Herramientas de coaching personal*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

ANEXO I. ACUERDO DE COACHING

¿Qué es el Coaching?

El *Coaching* es una relación que establecemos tú (Coachee) y yo (Coach) mediante la cual yo te ayudaré a conseguir los objetivos que tú decidas alcanzar. Partiendo de la información que me suministres sobre ti, yo me aseguraré sin juzgarlos de que tus objetivos sean verdaderos y realistas y te acompañaré en su consecución.

¿Qué no es el Coaching?

El *Coaching* no es ningún tipo de terapia médica o psicológica. Por tanto, no puede sustituir en ningún caso a estas disciplinas.

Naturaleza de la relación de Coaching

Es importante que seas consciente de que tienes el privilegio de crear tus propias decisiones y resultados y eres responsable de eso que creas, por lo que en todo momento eres libre para elegir. Para ello, deberás estar dispuesto a sacar el mayor provecho de cada una de nuestras sesiones. Y ya que comprendes que todas tus elecciones durante este proceso serán decisión tuya, aceptas no hacerte responsable de ningún resultado que se derive directa o indirectamente del proceso de *Coaching*.

Aceleración

Es mi intención que el proceso de *Coaching* dure el menor tiempo posible. Por ello te pido que me ayudes para que juntos podamos acortarlo. Intenta acudir a cada sesión con una agenda clara. Previamente a la siguiente cita, envíame por correo electrónico la información que te solicite. Y si en esa fecha no se ha podido cumplir tu plan como deseabas, no te preocupes, descubriremos los obstáculos que lo han impedido y buscaremos la forma de evitarlos la próxima vez.

Tiempo

En principio, acordamos tener XXXXXX (XX) sesiones, con una duración de 60 minutos (aproximadamente) cada una, respetando siempre nuestros respectivos horarios. Te pido que le des a nuestro tiempo juntos la máxima prioridad y que seas puntual. Por mi parte, me comprometo a serlo y cumpliré estrictamente con nuestras citas y obligaciones. Estableceremos un horario fijo para cada sesión y cumpliremos nuestra palabra. Pactaremos las sesiones con la frecuencia que desees en función de tus necesidades. En cualquier caso, como norma general, el proceso no debería prolongarse más allá de cuatro meses.

Cambios

Voy a reservar mi tiempo para ti. Seré puntual y cumpliré estrictamente con nuestras citas y obligaciones. Por ello, si surgiera alguna incidencia que te obligara a un cambio de día u hora, por favor avísame con 24 horas de antelación y concertaríamos una nueva cita. Si no me avisas con anterioridad a ese tiempo, la cita reservada no utilizada se dará por perdida y deberás abonarla. Por supuesto, yo te

avisaré con antelación si necesitara cambiar la hora o fecha de uno de nuestros encuentros.

Lugar

Según tus preferencias, acordaremos la forma de realizar las sesiones de *Coaching*: bien de forma presencial, en mi despacho, o por internet (videoconferencia).

Pago

Hemos acordado una tarifa de XX€ (XXXXXX EUROS) por cada sesión (o conjunto de XX sesiones). El pago de estas sesiones se realizará por adelantado, mediante transferencia a la siguiente cuenta bancaria: ESXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX). Es importante que mantengamos nuestro acuerdo financiero transparente y claro. Esto nos permitirá olvidarnos del tema y concentrar toda nuestra atención en lo que es más importante: los resultados que quieres conseguir.

Temas urgentes

Durante el proceso, es posible que te surja algún asunto cuya resolución sea urgente para el desarrollo del proceso y para resolverlo adecuadamente no puedas esperar hasta la siguiente sesión. Me refiero a preguntas breves, temas sobre los que desees mi opinión o una respuesta confidencial para afrontar determinada situación. En esos casos, no dejes de llamarme y, en la medida de mis posibilidades, trataré de atenderte. Eso sí, por favor, te ruego brevedad.

Honestidad y confianza

La honestidad es una pieza fundamental. Por favor, no seas «educado/a» como mecanismo para proteger a uno de nosotros. Yo espero que honestamente me hables de todo lo que va bien en la relación de Coaching y de todo lo que no te gusta. Si alguna vez digo algo que te molesta o que no te hace sentir bien, por favor házmelo saber, así como todo aquello que necesites o cualquier propuesta que pienses beneficiará nuestro trabajo.

Te prometo hacer todo lo que esté a mi alcance para satisfacer tus necesidades. Honestidad y confianza son imprescindibles para que nuestra relación crezca y me comprometo a crear un espacio donde ambos nos sintamos seguros y a gusto.

Confidencialidad

Será absoluta por mi parte. No mencionaré a nadie que estamos trabajando juntos, ni desvelaré el contenido de nuestras sesiones. Cualquier información o dato que, como consecuencia de nuestra relación objeto de este contrato, circule o se revele durante el transcurso de la misma, ya sea relativo a ti o a tu entorno, a mí como Coach o al desempeño de mi trabajo, o a asuntos personales revelados de forma escrita u oral o de cualquier otro modo, tendrá la consideración de información confidencial, sin limitación de tiempo. Tú por tu parte eres totalmente libre de compartir la experiencia como y con quien desees.

Esta información dejaría de ser confidencial sólo en los supuestos de que:

- I. Me hagas cómplice de alguna actividad delictiva.
- II. Me presentes información que me suponga un

- conflicto de conciencia.
- III. Me expongas información que revele alguna situación en la que pueda estar en peligro cualquier persona, incluidos nosotros.

Propiedad Intelectual

Manifiestas tu conformidad a que cualquier material aportado por mí no podrá ser vendido, publicado o utilizado al margen de la relación de *Coaching*, sin mi consentimiento explícito. Idéntico comportamiento tendré respecto a cualquier material que tú aportes.

Garantía de Satisfacción

Reconozco y creo cien por cien en tu potencial y en tus recursos, por eso me comprometo a tenerte siempre motivado e incluso, presentarte desafíos, por el bien de tu crecimiento personal, aprendizaje y desarrollo de tus habilidades. Por mi parte, estoy tan seguro de que el valor del proceso es superior al precio que si, por el motivo que sea, en un momento dado sientes que no se cumplen tus expectativas para la consecución de tu META, podrás abandonar el proceso y te devolveré el dinero de esa sesión y de las que tengas pendientes sin hacer preguntas.

Referencias

Si estás experimentando los beneficios de nuestra relación, te agradeceré mucho que recomiendes mis servicios a los amigos/as y a todas aquellas personas a las que consideres que les vendría bien y que podrían estar interesados.

Y te ruego que, como hice contigo, les hagas saber les que ofrezco una primera sesión de prueba, gratuita y confidencial.

Yo, _____ (Coachee), con Documento de Identidad _____, teléfono _____ y e-mail _____ he leído el presente acuerdo y estoy conforme en todas sus partes.

Firma del/de la Coachee y Fecha

Firma del Coach y Fecha