



estrategias de comunicación para el paciente crítico

KATALIN VARGA

estrategias de comunicación para el paciente crítico

serie técnicas

KATALIN VARGA

estrategias de comunicación para el paciente crítico



Título Original: Helyzet + oldások – kommunikációs stratégiák kiélezett orvosi helyzetekben. Medicina Kiadó, Budapest 2013

Segunda reimpresión, octubre 2018, Ciudad de México.

Primera reimpresión, febrero 2016, Ciudad de México.

Primera edición en español, septiembre 2015, Ciudad de México.

D.R. © Katalin Varga 2015

Derechos reservados © de la traducción al español:

Katalin Varga y Ma. Guadalupe Teresa Robles U.

Traducción al español: Jhannuzs Ian Valencia

Revisión de la traducción: Teresa Robles U.

Corrección de estilo: Marina Pérez

Diseño de portada y colección: Carmen Ramírez H.

Todos los derechos reservados

D.R. © Alom Editores, S.A. de C.V.

José Ma. Velasco N° 72-402

tels.: 8500-6161, 8500-6767

alom@grupocem.edu.mx

www.grupocem.edu.mx

www.hipnosis.con.mx

Queda rigurosamente prohibida, sin autorización de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las Leyes, la reproducción Total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía el tratamiento Informático, así como la distribución de ejemplares de la misma mediante alquiler o préstamo públicos.

Impreso y hecho en México



El logotipo del Centro Ericksoniano de México es un glifo del Calendario Sagrado Maya o Tzolkin.

Se llama CIMI, el *Enlazador de Mundos* y representa un puente. Es también el glifo del cambio. Queremos enlazar la Ciencia y la Espiritualidad, la Investigación y el Trabajo Clínico, los distintos tipos de Medicinas y técnicas de Sanación, el Conocimiento y el Servicio, La Razón, el Cuerpo y la Emoción, el Afuera y el Adentro, sirviendo de puente entre el pasado, el presente y el futuro de las personas que nos consultan, sirviendo de enlace entre las personas, familias y grupos que llegan a nosotros.

Al adoptar como Logo este símbolo sagrado, formalmente nos ofrecemos como canales para realizar, desde nuestro lugar en la medida que nos corresponda, este enlace, trabajando como un equipo que colabora, participa y crece en conjunto.

ÍNDICE

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. Técnicas

CAPÍTULO II. Casos

1. Apretando el puño, por Katalin Bloch-Szentágothai
2. Toc, toc, alguien está tocando a tu puerta, por Adrienn K. Szilágyi
3. El sol brilla detrás de las nubes, por Csaba Diószeghy
4. Coagulación y analgesia, por Mhairi McKenna
5. Nada aún, por Pazonyiné Balázs Zsuzsa
6. Tierra sedienta, por Éva Radányi
7. ¿Dejamos las formalidades?, por Katalin Varga
8. El lado derecho, por Katalin Varga
9. Información simple y positiva, por Olga Kónyi
10. Tal vez nos volveremos a ver..., por Gabriella Vass
11. Señora con flores, por Adrienn K. Szilágyi
12. Sensación fresca y agradable, por Gabriella Kovács
13. Nueva, blanca y brillante dentadura, por Krisztina Varga
14. Sangre en venta, por Katalin Varga
15. El volador, por Krisztina Varga
16. Cerca de mí..., por Zoltánné Gyurkovics
17. P... máquina, por Réka Magassy
18. Bosque, por Ágnes Rákócziné Krämer
19. Buscando mi dinero..., por Gábor Székely
20. Del rechazo total a la petición de consejo, por Eszter Biró
21. Descansemos... gritemos..., por Katalin Kondor

22. Lavado de vías respiratorias, por Gábor Székely
23. Así deberíamos comer todos, porque es saludable, por Krisztina Kertész
24. ¿Aceptarías un pañuelo?, por Kovács Zoltán Ambrus
25. Sensación de fuerza, por Zoltánné Gyurkovics
26. El hada de los dientes, por Krisztina Varga
27. Vendaje apretado, por Gábor Székely
28. La rosa, por Zsolt Benedek
29. ¿Cuándo me sacaron?, por Csaba Diószeghy
30. Dos dosis en lugar de tres, por Csaba Diószeghy
31. Cámara y tractor, por Zsolt Benedek
32. ¿Tenemos un saco de medicamentos?, por Kovács Zoltán Ambrus
33. ¿Puedo llamarte María?, por Katalin Judit Tóth
34. Chico valiente, por Zsuzsa Vass

PRÓLOGO

Es para mí un placer y un honor presentar este libro. Por fin tenemos un material de Katalin Varga publicado en español. Espero que sea el primero de muchos otros.

En la década de 1990, en un Congreso de la Sociedad Internacional de Hipnosis, tuve la suerte de conocer a Kata y de invitarla a México para que nos mostrara, ya en esa época, la forma en que trabajaba en su ciudad natal, Budapest, con enfermos crónicos. También nos ofreció un excelente curso sobre “Metodología de la Investigación en Hipnosis” y se quedó con nosotros un mes conociendo nuestra forma de trabajo.

Ya han pasado más de 20 años, durante los cuales hemos continuado encontrándonos, conociéndonos y reconociendo cada una el trabajo de la otra. Sus propuestas fueron siempre puntuales, assertivas, con una sólida base científica y de investigación, de muy alto nivel.

Hace un año nos volvimos a encontrar. Nosotros, el Centro Ericksoniano de México (CEM), ya habíamos firmado un convenio con el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para impartir la Maestría en Psicoterapia Ericksoniana en su centro de capacitación. Desde el principio, observamos la necesidad del personal de salud de tener herramientas prácticas para manejar mejor su relación con los pacientes. Kata llegó y nos compartió su gran experiencia de trabajo en clínicas y hospitales. Ofreció en forma sencilla, práctica y amena un taller de tres horas al personal del hospital que quedó maravillado y con ganas de conocer mucho más. También impartió un taller al personal de paramédicos y bomberos en Cancún.

Por eso, le solicitamos que nos permitiera publicar este pequeño libro práctico, que con base en ejemplos nos muestra cómo comunicarnos con los pacientes de manera eficiente y positiva, y qué tipo de comunicaciones conviene evitar.

Esperamos que sea el primero de varios más dentro de la misma línea y que Kata continúe agasajándonos con su experiencia y su sabiduría por mucho tiempo.

Muchas gracias, Kata, como ya te he dicho varias veces, por apoyar a nuestro personal de salud compartiendo lo que sabes.

Teresa Robles

Centro Ericksoniano de México, A.C.

INTRODUCCIÓN

El presente libro describe casos en los que alguna circunstancia impidió el **rapport** inicial: el paciente estaba agitado, hostil, demandante o inconsciente.

Estas situaciones se pueden resolver mediante estrategias de comunicación apropiadas. Cada caso descrito es muy frecuente en la práctica médica, y muchos ya se publicaron. El registro por escrito es posterior al hecho, así que por la distorsión de la memoria ciertos detalles podrían diferir. Sin embargo, todos los colegas son profesionales de la comunicación sugestiva,^[1] por lo que tienen mayor posibilidad de recordar que el promedio de las personas.

Los lectores podrán ver que estos casos **no constituyen recetas de aplicación general**. Las soluciones encontradas en cada caso ayudaron a alcanzar el objetivo deseado para cierto profesional que lo asentó por escrito. Quizás para alguien más funcione un enfoque o estrategia diferente.

Vale la pena tomar en cuenta que a veces una adecuada solución se obtiene después de varios intentos y experimentos con diversos enfoques. Si precisamos cambiar a otro método no es señal de fracaso.

El proceso por su naturaleza es **interaccional**: el experto siempre debe observar las pistas que indican cuál podría ser la estrategia más adecuada para un determinado paciente, en su caso particular y bajo circunstancias específicas.

En la mayoría de los casos se observan tres pasos:

- El reconocimiento del trance negativo.
- Establecimiento de **rapport**.
- Aplicación consciente de sugerencias.

Veamos con mayor detalle esos tres pasos.

Tipos de trance

En este contexto, **trance** indica un estado amplificado de conciencia: cualquier situación en que el estado de conciencia del paciente no es racional u orientado en la realidad y tampoco estructurado. Se caracteriza por un estado focalizado de conciencia y un desprendimiento temporal de la realidad. Un aspecto importante del trance es que se incrementa la sensibilidad hacia las sugerencias, y esto convierte a la comunicación sugestiva en una herramienta efectiva para resolver situaciones difíciles de trance negativo. Sin embargo, no todo lo causa y gobierna el trance.

Hablamos de **trance negativo** cuando la atención del paciente se concentra en el dolor, el miedo y la ansiedad, o cuando no sabe dónde está o qué le está ocurriendo.

En el **trance positivo**, el paciente experimenta calma en el cuerpo, la mente está en control y la atención se enfoca en algo placentero (usualmente en un recuerdo agradable o una meta futura).

En todos los casos, el aspecto crucial es transformar el trance negativo en positivo (o al menos en algo neutral). A fin de lograrlo, es esencial crear y mantener *rappor*, para desarrollar la relación entre el paciente y el profesional del cuidado de la salud.

El rapport y su construcción

En este contexto, **rapport** significa que dos (o más) personas se brindan atención, cooperan mutuamente y sincronizan sus interacciones para un objetivo común.

En situaciones de urgencia, hay aspectos que se pierden. Los pacientes están centrados en su dolor y sienten ansiedad. Algunos especialistas que atienden urgencias realizan sus labores en automático, se molestan por los gritos o quejidos del paciente y en ocasiones no toman en cuenta estos signos, que tienen (o podrían tener) mensajes importantes del uno para el otro.

El primer paso es la presentación: En todos los casos revisados, los expertos se presentan sin importar el carácter crítico de la situación. Dejar de lado los aspectos básicos de la construcción del *rapport* podría significar mensajes desfavorables, como:

Que la situación es demasiado seria, que no hay tiempo para eso.

Que no se está interesado en la persona, que es un procedimiento más.

El establecimiento del *rapport* con pacientes en trance negativo usualmente se logra con el desvío de su atención, ya que casi siempre se enfocan en alguna condición desfavorable: *su dolor, ansiedad, pánico a la gente alrededor, etcétera*.

Necesitamos captar su atención de alguna forma y dirigirla hacia lo que estamos diciendo y haciendo. En el punto inicial del desarrollo del *rapport* usamos sugerencias adecuadas a nuestro objetivo terapéutico (analgesia, coagulación de la sangre, relajación, etcétera). El *rapport* construido debe mantenerse así: fomentarlo continuamente, transmitir que estamos trabajando por el mismo objetivo, que apreciamos su cooperación, etcétera. Cuando nuestro rol termina, necesitamos transferir el *rapport* a la persona que se queda al cuidado del paciente (otro especialista o familiar).

Sugestiones y su eficacia

Las sugerencias son los mensajes que el receptor acepta y sigue

involuntariamente. Más allá de las palabras y el ambiente, los objetos y los mensajes no verbales (suspiros, contacto visual y físico) pueden tener un efecto sugestivo. La persona en trance puede ser muy susceptible a las sugerencias; a veces puede seguirlas tal cual (**literalidad**). Ejercemos un efecto sugestivo incluso si no sabemos acerca de este método, lo cual ofrece buenas noticias desde la perspectiva de las sugerencias positivas, pero vuelve a los pacientes indefensos en contra de las sugerencias desfavorables.

El propósito del análisis de casos es subrayar qué métodos permitieron solucionar con éxito las situaciones críticas o difíciles. Hay muchas técnicas y estrategias de sugerencia. En este libro presentamos aquellas que se usaron en los casos revisados. Después de un tiempo y sin necesidad de un esfuerzo consciente, los especialistas entrenados en comunicación sugerente aplicaron dichas técnicas automáticamente, como cuando se aprende un nuevo lenguaje: las dificultades iniciales de ciertas estructuras desaparecen y se vuelven naturales.

Situación inicial y objetivos cumplidos

Al final de la descripción de los casos, se anota cómo inició la intervención y cuáles eran los objetivos.

Al principio de una situación crítica o difícil, muchos expertos que manejan técnicas de comunicación sugerente se percatan de qué tan difícil es la situación y lo que les gustaría lograr. Después de un adecuado entrenamiento y práctica, las frases sugerentes se vuelven automáticas y naturales en el día a día de la práctica médica.

Dra. Katalin Varga

Presidenta de la Asociación Húngara de Hipnosis

Directora del Departamento de Psicología Afectiva

Universidad Loránd Eötvös

CAPÍTULO I

TÉCNICAS

**TÉCNICAS MENCIONADAS EN LOS CASOS
REVISADOS**

La comunicación sugestiva no es meramente un conjunto de técnicas; es más bien una actitud y una postura. A continuación, se describen brevemente las técnicas mencionadas en los casos revisados. Aquellas personas con un interés más profundo en este método, pueden obtener mayor apoyo en la literatura sobre el tema o en entrenamientos acreditados.

Sugestión directa	
La esencia de esta técnica es clarificar y precisar el mensaje que queremos transmitir. Es lo opuesto de la sugerencia indirecta, en la que diversas implicaciones comunican el mensaje.	
<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
—Cierra tus ojos	—Yo no sé cuándo hayas pensado que es más cómodo para ti recibir el tratamiento con los ojos cerrados.

Disociación	
Se invita al paciente a tomar el rol de visitante u observador, en vez de ser receptor de las cosas. Esto es aplicable a diferentes tareas en el transcurso del tratamiento.	
<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
—Me pregunto qué posición de la cámara te gustaría escoger — como un director de cine —, para realizar un documental de tu terapia, operación o tratamiento médico.	No decir nada.
Doble vínculo (terapéutico)	
La esencia de este método consiste en dar opciones positivas al paciente, sobre algo que de otra forma no le sería posible decidir.	
<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
—¿En qué dedo quieres el pulsómetro?	No decir nada, y solo colocarlo.
Orientación al futuro	

Consiste en llevar la atención del paciente hacia eventos del futuro. Esto es importante en especial si el paciente prevee una situación fatal o si siente miedo a morir (incluso no expresado), o si cree que el periodo por venir será difícil. En estos casos, conviene que mire hacia adelante y observe hacia dónde va, usualmente enfocado en un objetivo positivo y al mismo tiempo motivado (para soportar las intervenciones, superar miedos y sentirse mejor). (Revisar las técnicas de enfoque en objetivos y motivación.)

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
—¿Qué tan bueno será estar con la familia para Navidad?	—Existe una oportunidad de que sobrevivas a la operación.

Sensación de control

Se trata de devolver el control al paciente, quitarle el rol pasivo ante la atención médica o tratamiento; darle información también puede cumplir este propósito. Es especialmente eficaz si el paciente tiene opciones, si pedimos su acuerdo en ciertos aspectos o si agradecemos cuando hace lo que le pedimos.

En un estado negativo, experimentar falta de control es muy desfavorable e incluso fatal a largo plazo (desesperanza aprendida).

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
—¿Puedo llamarte por tu primer nombre?	—Señora, ahora se le realizará un enema.

Enfoque en objetivos

Se trata de poner en palabras el objetivo del procedimiento o intervención y el porqué es bueno. Así, la atención del paciente se dirige hacia el futuro en vez de atorarse en el pasado o enfocarse únicamente en el “aquí y el ahora” (revisar las técnicas de orientación al futuro, positividad y motivación).

Un elemento importante de la construcción del *rapport* es compartir una meta, y el objetivo es alcanzarlo juntos.

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
—Oí decir a tu esposa que tienen un pequeño jardín. Estarás allí para la primavera, si todo sale bien.	—Esta fractura es muy seria. Tomará meses hasta que puedas pararte por ti mismo.

Implicación

La esencia de esta técnica es dar a entender algo de manera disfrazada, sin palabras (es decir, que se sobrentienda).

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
—Uno de los mejores métodos para aliviarte es... (sugiere que hay muchos métodos efectivos para escoger).	—Probaremos eso...

Informar

Se proporcionan datos considerando lo que ha ocurrido y lo que pudiera ocurrir. Por supuesto, la esencia es el cómo. Hablamos del resultado básicamente en forma positiva, sin describir los desenlaces desfavorables posibles (aunque, si una situación lo requiere, debemos hacerlo).

No todos los pacientes requieren tanta información y únicamente unos pocos podrían entender el lenguaje médico. En muchos casos es más eficaz elegir una buena metáfora (véase ese apartado).

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
En caso de respiración artificial. —Mientras tu respiración es asistida por este aparato, no podrás hablar normalmente. Pero, lo harás muy bien tan pronto como te retiremos la sonda. Mientras tanto, hay muchas formas de comunicarnos...	—No sabemos cuándo volverás a la normalidad. No avisarle que no podrá hablar normalmente.

Metáforas y anécdotas

Aquí usamos metáforas y anécdotas aparentemente irrelevantes. Las metáforas pueden ser muy poderosas para transmitir ideas, y la mayoría de los pacientes las recibe mejor que explicaciones muy técnicas.

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
—Esto es como ensartar cuentas o bordar: al principio no puedes adivinar el patrón, pero luego sale muy bien y podemos sentirnos orgullosos de nuestro trabajo.	—Esto llevará mucho tiempo, y espero que tengas la paciencia suficiente para soportarlo.

Modelado

La esencia de esta técnica es dar un ejemplo positivo (un modelo a seguir o un patrón), usualmente en forma verbal y de preferencia sobre algo tangible. Es muy eficiente involucrar a algún paciente recuperado de la misma enfermedad como un modelo a seguir. A veces, el paciente mismo puede ser el modelo a seguir, por ejemplo, evocando los momentos saludables antes de la enfermedad o recordando las situaciones que manejó con éxito.

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
—Un paciente con tu mismo problema se encontraba en la cama de enfrente. Ahora ya regresó a su casa...	No decir nada.

Motivar

Se indica rápidamente al paciente en qué le beneficia cooperar, para que acepte lo que se requiere hacer acorde con las reglas de la profesión. Si el objetivo tiene sentido y es claro (revisar las técnicas enfoque en objetivos y orientación al futuro), es más fácil obtener su cooperación, aunque sea en algo simple, como tomar la presión (más aún en una intervención invasiva).

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
En una prueba de sangre: —Observaremos qué tan bien ha respondido tu cuerpo a los medicamentos.	—Voy a picarte el brazo. Te dolerá...

Acompañamiento-conducción

Antes de darle una sugerición clave (que por el momento parezca no aceptable o lejana), primero se acompaña al paciente: sentándose cerca, ajustando la respiración a su ritmo y utilizando sus palabras. Al mismo tiempo, se observan las señales de que el paciente percibe empatía, lo cual crea sintonía, y luego es posible comenzar la fase de conducción: sentarse a su lado, disminuyendo el ritmo de la respiración, y brindar la sugerición importante.

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
<i>Acompañamiento</i>	

—Veo que estás asustado. No es de asombrarse; todo esto ocurrió de pronto... Necesitas tiempo para acomodar tus pensamientos y sentimientos.

Conducción

—Veamos cómo el tratamiento puede ayudar a tu pronta recuperación.

—No te preocupes (esperando suerte). Te recuperarás.

Sugestión paradójica	
Se trata de transmitir contenidos que (aparentemente) son contrarios a nuestros objetivos.	
<i>Por ejemplo:</i> Se prohíbe la actividad, pero es la conducta que se espera: —Es importante que no te quedes dormido inmediatamente después de acostarte.	<i>En vez de:</i> Pedirle algo y esperar que lo haga.

Positividad
Consiste en expresar de forma positiva todo lo posible.

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
Enfatizar lo que se espera o quiere de él: —Relájate.	Negar lo que se desea evitar. —No te tenses.

Reencuadre	
La esencia de esta técnica es brindar un marco diferente de interpretación a algo. Una interpretación positiva en vez de una negativa (trágica, desastrosa o siniestra). Superficialmente esto simplemente significa emplear una palabra diferente; pero al mismo tiempo el nuevo marco favorable de interpretación reconecta con recuerdos y sentimientos, etcétera. Por consiguiente, un cambio exitoso de marco de referencia cambia por completo el estado de la situación e incrementa las expectativas positivas.	
<i>Por ejemplo:</i> Muchas personas se dan cuenta de lo excitante que es experimentar que los tejidos se recuperan: la sensación de tensión, el cosquilleo o cosas similares. ¿No es maravilloso cómo nuestro cuerpo puede sanar sus tejidos?"	<i>En vez de:</i> Vas a experimentar un fuerte dolor en la herida durante varios días después de la cirugía.
Repetición	
Consiste en volver a decir las sugerencias importantes tanto como sea posible. Sea repitiendo palabra por palabra o en formas diferentes.	
<i>Por ejemplo:</i> —Relajarse... es muy bueno... muy libre... pacíficamente...	<i>En vez de:</i> —¡Relájate! ¡Te dije que no te tensaras!

Pausas y ritmo	
Implica extender las pausas mucho más de lo normal, poniendo atención al ritmo de la pronunciación. Es fundamental dar tiempo para que el paciente procese lo que escuchó.	
<i>Por ejemplo:</i> —El sangrado se está debilitando... debilitando... y...	<i>En vez de:</i> —El sangrado se detiene.

lentamente... se detiene... eso es...

Orientación a la realidad

Es natural que durante el trance negativo (miedo o pánico), la percepción del espacio y tiempo se vuelva imprecisa: el paciente podría no saber dónde está o qué le está ocurriendo.

Nombrar los hechos -incluso repitiéndolos- ayuda a recuperar el marco real de conciencia.

Por ejemplo:

—Has sido transferida a un hospital después del accidente. Ahora estás a salvo.

En vez de:

Dar por hecho que sabe.

El principio de aproximación sucesiva

Aquí se subraya paso a paso cómo lograr el objetivo final. Al inicio se describen pocos aspectos y gradualmente más y más.

Por ejemplo:

—Como si ya tuvieras más sueño... sí, podrías tener un sueño agradable. Y comenzar a bostezar... y pronto te dormirás.

En vez de:

—¡Trata de dormir al menos!

Utilización

Se usa cualquier circunstancia —incluso alguna aparentemente molesta o un incidente desfavorable— como algo que ayuda a alcanzar el objetivo.

Por ejemplo:

—Cada golpe de puerta te ayudará a relajarte, porque te recordará cuán ocupadas se encuentran otras personas mientras tú puedes relajarte.

En vez de:

—Desafortunadamente las personas no tienen modales, no saben usar las manijas —furiosamente.

Serie de síes (set yes)

Se trata de traer ideas innegables o sin gran posibilidad de que el paciente las rechace. Únicamente después de que el paciente admite varias ideas,

se le ofrece la sugerión —esencial— que se desea transmitir, en vez de comenzar inmediatamente con ella sin ninguna preparación. Los “hechos” y los “aspectos obvios” pueden ser tan simples como su nombre, el piso en que se encuentra, el hecho de acabar de entrar a la ambulancia o al coche, etcétera. No es importante obtener un “sí” verbal del paciente; es suficiente si asiente o si responde de manera no verbal, porque probablemente así sea como reacciona a un mensaje clave también.

<i>Por ejemplo:</i>	<i>En vez de:</i>
<p>—¿Me escuchas?</p> <p>—Yo soy..., el médico de la ambulancia.</p> <p>—Estoy aquí para cuidar de ti.</p> <p>—Te estamos transfiriendo al hospital donde te esperan.</p> <p>Sugestión meta o primordial:</p> <p>—Estás seguro, tan solo escucha y haz lo que te voy diciendo.</p>	<p>Sugerir algo inmediatamente. Sin elaborar nada, sin ninguna introducción o únicamente decirle:</p> <p>—Oh, eso es muy serio.</p> <p>—Relájate.</p>

CAPÍTULO II

CASOS

1. APRETANDO EL PUÑO*

Katalin-Bloch-Szentágothai, hipnóloga y anestesióloga

Un joven fue llevado al hospital con el hombro dislocado. Estaba pálido, tenía su presión alta y el pulso rápido, reflejaba mucho dolor y se encontraba en un trance muy negativo. Esto imposibilitaba una comunicación adecuada con él. Todas sus respuestas en la historia clínica fueron: “No sé”.

La reacción lógica del personal en trance negativo era decirle: “**Así no podemos ayudarte, concéntrate**”.

Le ordené autoritariamente que apretara el puño de su lado saludable. Repetí con firmeza, sin permitirle ninguna objeción: “Apriétalo fuerte, apriétalo”.

Utilizando el **acompañamiento**, capté la atención del paciente para lograr su cooperación. Mantuve la orden de apretar fuertemente hasta donde él lo toleró.

Siguiendo las instrucciones, apretó su puño durante 30 a 60 segundos. Luego le dije amablemente:

-Y ahora puedes soltar el puño, puedes relajar cada músculo... todo tu cuerpo... fácilmente... puedes cerrar tus ojos, si quieras... puedes sentir tu cuerpo derritiéndose en una completa relajación...

La sorpresa captó la atención del paciente y así fue fácil sugerir relajación (**conducir**).

Análisis del caso

Situación inicial

- Trance negativo.
- Dificultad para construir contacto significativo.

Objetivos cumplidos

- Romper el trance negativo y volverlo positivo.
- Establecer cooperación.

Nota

* BLOCH- Szentágothai K. (1995), “Hypnose in der anasthesie”, *Arzt-Gazette Médicale*, 16, p. 7.

2. TOC, TOC, ALGLUIEN ESTA TOCANDO A TU PUERTA*

Psic. Adrienn K. Szilágyi

Un hombre de unos sesenta años llegó a la unidad de cuidados intensivos, por complicaciones de una operación de cadera. Estaba semidormido, pero se resistió con firmeza cuando cinco o seis personas se apresuraron a prepararlo para dejar listos los equipos y los drenajes terapéuticos. La enfermera me pidió que sujetara la mano del hombre, mientras ella le tomaba una muestra de sangre.

Comencé a apretar firmemente la muñeca del hombre y luego, repentinamente, la solté, de modo que el resultado fue que su mano se relajara.

Apretar y relajar (**acompañamiento-conducción**) es una manera de hacer contacto.

Al empezar a acariciar su mano, se relajó, pero poco a poco volvió a iniciar la pelea. Esto, por supuesto, no me sorprendió: un hombre vulnerable y semiinconsciente es “atacado” por dolores y extraños jalones en diferentes direcciones.

Traté de hablarle, pero seguramente le era difícil escuchar. Tampoco pude aproximarme a su cabeza. No había posibilidad de comunicación verbal.

Apreté de nuevo su mano y entonces se relajó. En una pausa, comencé a golpetear un ritmo simple en la palma de su mano. Interrumpí la secuencia por momentos. En respuesta, él rascaba la palma de mi mano y yo acariciaba la suya.

Manteniendo el ritmo de apretar y relajar, comencé a marcar un ritmo en su mano. Cuando perdíamos la sincronía se tensaba, pero yo comenzaba de nuevo: apretaba su mano firmemente y la soltaba, de modo que se relajaba; luego golpeteaba rítmicamente su mano, el mismo ritmo simple cada vez y él respondía rascando mi mano.

El ritmo con que se conectó es una señal inconfundible de contacto, que se dio gracias a mi intuición, pero no puede usarse como un sustituto de la verbalización.

Mi mente divagó. Él seguía luchando y todo lo que yo podía hacer era sujetar su mano hasta el cansancio. Quizás en este momento nos encontramos en un punto neutral de la comunicación.

De pronto se relajó de nuevo y me di cuenta de que no me rascó, pero golpeteó

el ritmo en mi palma.

Inició el contacto, lo cual en esta situación es muy significativo. Dejó que se filtraran en su conciencia los estímulos que le envié para establecer una conexión. Es más: descifró cómo usar esta información para buscar contacto por sus propios medios.

Se dio una excelente oportunidad de **rapport** para una futura cooperación.

De este modo fue posible establecer la conexión incluso bajo circunstancias tan difíciles.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente semiinconsciente por la medicación.
- Trance negativo.
- No acepta el procedimiento y se resiste.

Objetivos cumplidos

- Establecer conexión.
- Relajarle.
- Construir una relación de cooperación.

Nota

* VARGA, K. (2011), *Beyond the words. Communication and suggestion in medical practice*, Nueva York, Nova Science Publisher.

3. EL SOL BRILLA DETRÁS DE LAS NUBES

Dr. Csaba Diószeghy

Estaba en la sala de urgencias por la tarde, cuando un paciente entró con el pie izquierdo hinchado. Lo examiné y le dije que debíamos internarlo porque tenía una trombosis en una vena profunda. Él no quería quedarse. Le expliqué que era por su bien y por su propia seguridad.

El paciente no entendió lo que para mí era evidente, y por lo tanto se negó a permanecer en el hospital. Iniciamos el siguiente diálogo:

—¿Pero por qué?

—Porque tienes un coágulo, la trombosis. Y si no comenzamos tu tratamiento inmediatamente, el coágulo puede desprenderse, moverse, atorarse en tus pulmones y causarle una grave obstrucción (llamada embolia pulmonar). No sé si hayas escuchado de esto. Es una complicación peligrosa que puede evitarse si tratamos el coágulo en tu pierna.

—¿Cómo sabe que es un coágulo?

—Porque tu pierna está hinchada y es dolorosa.

—¿Hay alguna forma de comprobarlo?

—Sí, con un ultrasonido.

—Si el ultrasonido sale negativo, ¿me voy a mi casa?

—No, porque aunque saliera negativo no sería concluyente, y aún podrías tener una trombosis. Debemos hacer una prueba de laboratorio, con la que podría descartarse positivamente.

De esa manera, di respuestas lógicas a sus preguntas (**informar**). Luego me preguntó:

—Si usted no ve el coágulo en el ultrasonido, entonces ¿por qué debo creer que tengo una trombosis? ¿No la está imaginando?

La reacción del paciente es hostil. La reacción de alguien en trance negativo podría ser: **“Mira, no tengo tiempo para contestar a preguntas interminables!”**. En cambio respondí:

—*Si en una mañana clara miramos por la ventana, pero una nube cubre el sol, con el simple hecho de que desde el cielo haya suficiente luz llegamos a la conclusión de*

que el sol ya salió. Si el sol resplandece un instante por detrás de la nube, tenemos una prueba directa de que ya salió. Cuando brilla sobre nosotros somos más felices, pero en una mañana clara, aunque no lo veamos, cualquiera puede afirmar contundentemente que el sol brilla detrás de las nubes, ¿verdad?

Utilicé una **metáfora** como clave de la solución. Esta metáfora era una descripción detallada, en un contexto diferente, cuyos elementos fueron un espejo de la situación y del diagnóstico, de modo que excluyeron la posibilidad de la duda.

Me incluí en el fraseo y expresé comunión con el paciente. Incluso entremezclé los sentimientos positivos: “cuando brilla sobre nosotros, somos más felices” (**positividad**).

Después, sin decir una palabra, el paciente firmó el consentimiento para ser internado y pudimos comenzar el tratamiento.

Lo que no podía ser comprendido racionalmente se expresó en lenguaje metafórico, ajustado al modo de procesamiento mental del paciente.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente desconfiado y hostil.
- Explicaciones racionales que no funcionan.

Objetivos cumplidos

- Ganar confianza.
- Obtener que la situación se comprenda y se acepte.

4. COAGULACIÓN Y ANALGESIA*

Dra. Mhairi McKenna

Un hombre quedó atrapado abajo de un camión en un accidente de tráfico y sufrió múltiples heridas. Estaba acostado en el pavimento bajo mi intervención. Se trataba de una situación urbana de emergencia. Aplicé un método simple:

—¿Escuchas mi voz? —pregunté.

Cuando respondió, le dije:

—Soy Mhairi, una doctora de la zona, y te voy a pedir que pongas atención a mi voz. Escucha lo que voy a decirte... Concéntrate... concéntrate más... aún más y más...

El **rapport** comenzó con una pregunta básica, que, por un lado me permitió saber si el paciente escuchaba; y por otro, funcionó como un elemento de una **serie de síes**, cuando comunique el hecho de que yo era una doctora. Así, el herido se enteró de que una especialista lo estaba atendiendo y esto aumentó su confianza. Ahora dirigí la atención del paciente.

La clave de la solución fue establecer el **rapport** —en sí mismo— y hacerle saber al herido —en medio del pánico que sentía— que alguien era consciente de él y tenía la capacidad para aplicar diferentes alternativas que podían funcionar en esa situación difícil.

Continué:

—Con cada respiración deja que los sonidos del exterior te ayuden a concentrarte más y más en lo que te estoy diciendo.

De este modo, reforcé la focalización de la atención mientras profundizaba el trance hipnótico positivo. En la sugestión también **utilicé** los ruidos de fondo —conectados con el accidente y el rescate—, que más que distraer su atención, le ayudaron a concentrarse más.

—Aun con este ruido terrible, espero que puedas escuchar lo que estoy diciendo —expresé.

Entonces le di sugerencias analgésicas y de coagulación para disminuir la pérdida de sangre y ayudar a estabilizar su estado físico.

La situación que preparé con la construcción del **rapport** y el establecimiento de la **serie de síes** permitió que el herido aceptara mis

sugestiones clave: coagulación y analgesia.

Cuando la ambulancia llegó, los paramédicos se sorprendieron al ver al hombre tan calmado y con sus funciones fisiológicas fundamentales (respiración y presión arterial) estables. Pudieron trasladarlo de manera segura a un hospital.

Análisis del caso

Situación inicial

- Trance negativo, dolor y pérdida de sangre.
- Atención centrada en los síntomas físicos desagradables.

Objetivos cumplidos

- Mantener la comunicación y transformar el trance negativo.
- Coagulación y analgesia.
- Estabilizar el estado del paciente.

Nota

* VARGA, K. (2011), *Beyond the words. Communication and suggestion in medical practice*, Nueva York, Nova Science Publisher.

5. NADA AÚN*

Dr. Pazonyiné Balázs Zsuzsa

Encontré a dos mujeres (madre e hija) llorando en la unidad de cirugía. El esposo de 72 años fue llevado para reanimación a un cuarto del hospital. Alrededor había familiares de otros pacientes. Nadie les hablaba.

La situación era bastante tensa: las enfermeras corrían dentro y fuera del cuarto; los médicos iban y venían. La madre era diabética. Su hija, preocupada, le preguntaba si se sentía bien. Tomaban turnos para llorar y trataban de reconfortarse.

Pregunté si podía sentarme con ellas y me presenté:

—Debe ser muy duro para ustedes estar aquí.

Como respuesta, asintieron y lloraron.

—Por suerte, aquí hay alguien que también atiende a la familia del paciente —continué.

Tres puntos me funcionaron como una **serie de síes**: pedir permiso para sentarme, presentarme (construcción básica de **rapport**) y señalar con énfasis empático “Debe ser muy duro para ustedes estar aquí”. Los dos primeros me sirvieron para crear el **rapport**, y el tercero para el **acompañamiento**. Así, conseguí la cooperación de la familia, aun en esta difícil situación.

Durante la conversación con la madre —en mi opinión, la que más necesitaba ayuda—, me dijo lo que había pasado. Desahogarse fue bueno para ella. Con su descripción percibí que la situación era muy seria y que quizás podían tener demasiadas expectativas.

La narración de la madre sirvió para varios propósitos: informó al especialista acerca de la situación, y le dio la oportunidad de desahogarse y de prepararse para recibir pronósticos desfavorables.

Una enfermera del cuarto de operaciones preguntó en voz muy alta acerca del estado del paciente. La única respuesta de su colega fue:

—Nada aún.

La hija escuchó y comenzó a llorar aún más fuerte.

La situación es, desafortunadamente, un ejemplo de la forma en que se comunican los especialistas, sin considerar que la familia puede escuchar lo que dicen y

obviamente está interesada en los informes. Yo les comenté:

—Podemos ver que todos están haciendo lo mejor que pueden para ayudar a su padre.

No quise decir nada tranquilizador, ya que no había garantía de un resultado positivo. Ellas asintieron...

Mis comentarios fueron congruentes y **positivos**. En primer lugar, me incluí en la referencia a *todos*. Y señalé que se estaba haciendo el mejor esfuerzo, sea que la reanimación fuera exitosa o no. De igual modo, al decir: “Podemos ver”, me uní a ellas mostrándoles que no estaban solas. Al mismo tiempo, les ofrecí un poco de agua; una atención básica que puede significar mucho en esta situación (y no solo en sentido biológico).

Más tarde llegaron el médico y la enfermera. El médico trajo la mala noticia de que no pudieron salvarlo.

La familia lloró. Junto con la enfermera, las acompañé al cuarto donde estaba el papá para darles la oportunidad de despedirse. La compañía del especialista puede significar mucho en los momentos de despedida.

Ya afuera del cuarto, nos sentamos de nuevo. Antes de salir por unos momentos, la hija me pidió que me quedara un rato y le dije a su madre:

—No conocí a tu marido, pero pude ver mucha paz en su rostro.

—Sí, ahora está en paz y se deshizo de su dolor. Fue un buen hombre.

En estos momentos resultó especialmente significativo que un especialista estuviera con la familia, aun cuando parecería innecesario, porque ya se habían despedido de su familiar. Asimismo, fue importante que les comunicara mi experiencia en un sentido positivo: “pude ver mucha paz en su rostro”.

Les dije algo positivo con base en mi propia experiencia, y la madre estuvo de acuerdo. El hecho de hablar de su esposo en pasado fue el primer signo de aceptación de la situación.

Cuando la hija regresó, dijo a su madre:

—Todos mueren algún día.

La madre asintió.

Sentadas cara a cara, la hija le dijo que ellas se tenían la una a la otra. En ese momento, decidí despedirme e irme.

Cuando la atención se volvió hacia ellas, el papel del especialista terminó. Pero es importante que este también tenga la oportunidad de elaborar lo que le afectó la situación.

Análisis del caso

Situación inicial

- Desesperación de la familia y luego el duelo como trance negativo.

Objetivos cumplidos

- Dar apoyo.
- Durante la situación: comunicarse sea cual sea el resultado.

Después de la muerte: apoyarles para aceptarla y comenzar el proceso del duelo.

Nota

* Tomado del *Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática*, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

6. Tierra sedienta*

Dra. Éva Radányi

Sofía tenía 19 años, llegó a mi consultorio junto con su mamá el viernes ya muy tarde. Se sentaron en silencio en la sala de espera; y sin aliento esperaron a que alguien saliera del consultorio. No había nadie. Ya nos habíamos ido a casa.

Cuando me enteré de que la paciente me esperaba, miles de pensamientos cruzaron por mi cabeza: “¿por qué llegó fuera de horario?”, “tengo prisa”, “un compromiso”, “¿por qué no vino en la mañana?”.

Cuando regresé a atenderlas, Sofía estaba sentada con la cara pálida como fantasma. Su cuerpo frágil, delgado como un palo, difícilmente podía mantenerse de pie, y ella estaba a punto de desmayarse.

Dado que la paciente llegó después de la hora de consulta, en viernes, cuando yo ya había salido, era comprensible que mis emociones no fueran positivas. Resultó importante darme cuenta de ello en ese momento. Solo así pude disminuir mi tensión para concentrarme mejor en el trabajo que iba a realizar con ella.

La mamá de Sofía me informó que su hija había visto a un periodoncista por primera vez hacía cinco años; en aquel momento tuvo una mala experiencia, quedó aterrada y no quiso volver. Desde entonces la mamá no sabe cómo va la dentadura de su hija: no tiene dolor, pero ocasionalmente está sensible. Han planeado venir desde hace mucho tiempo, pero no ha sido fácil convencer a Sofía. Esta es la primera vez que Sofía acepta sin discutir.

Me estaba preguntando si quizá sería mejor hablar a solas con ella, cuando la mamá de pronto dijo que a ella el tratamiento le daba tanto miedo como a Sofía y que prefería esperar afuera. Consideré que la mamá era la “vocera” de Sofía, quien tenía el **rapport** con ella.

Tuve que escuchar materialmente a Sofía al consultorio, sin el apoyo de la presencia de su mamá. Mis pensamientos volaron. Me fui tranquilizando mientras observaba su terror, y el dolor causado por el miedo al consultorio; mi tensión se modificó por el deseo de ayudar. Es decir, los signos del trance negativo de la paciente transformaron mi actitud como doctora.

Sofía se sentó en el sillón y comenzamos a conocernos. Después de observar que no requería ninguna atención urgente, acordamos que en esa primera sesión solamente platicaríamos para conocernos, conocer el lugar y *nuestros planes*.

La frase *nuestros planes* indicó que haríamos las cosas entre las dos (**cooperación**). La palabra *plan* es preferible a *tratamiento*, especialmente si hablamos de *sacar, remover, raspar* (**reencuadre**).

A sabiendas de cómo me sentía cuando me llamaron, puede parecer extraño que se nos pasara la tarde del viernes únicamente hablando. Pero valió la pena por lograr su cooperación.

Me di cuenta de que Sofía no había socializado desde los 15 años. A veces le costaba trabajo pararse de la cama. Había estado en psicoterapia, pero la había dejado tiempo atrás por diferentes razones. En su casa, ayudaba a su mamá trabajando en la computadora. Comentó que no quería venir, pero con grandes esfuerzos admitió que tarde o temprano lo necesitaría. Pensé que posiblemente la tranquilizaba acudir fuera de horario, porque pensaba que así tal vez ni la atenderían y no iba a pasar nada. Además, dijo que ya había ido antes con un dentista y, con una gran sonrisa, comentó que no le hicieron ningún tratamiento, porque ni entró al consultorio.

De ese modo, Sofía indirectamente confesó que sabía que el cuidado dental era importante, pero no había sido capaz de abrir su boca y, obviamente, venir aquí le resultó extremadamente difícil, casi imposible. Hablamos cerca de una hora. Luego me di cuenta de que fue el mejor momento del día, porque durante el horario de consulta no hubiéramos tenido tiempo para esto.

Diferentes estudios abordan la cuestión acerca de los límites de la competencia de los profesionales: ¿qué tanto puede el dentista tratar problemas psicológicos?

Considero que lo que hice intuitivamente fue apropiado. Reforcé su autoconfianza. Durante la conversación le dije sugerencias motivantes, que repetí cuando se iba. La esencia de estas sugerencias se basó en lo que había sucedido:

—Tú ya diste el primer paso que es el más difícil. Te las arreglaste para llegar aquí. Observa detenidamente alrededor. ¿Hay algo agradable, que te sorprenda y te llame la atención? Piénsalo, y verás cómo encuentras más y más detalles agradables aquí. Me encantará si *eres capaz* de recordar otros detalles agradables *la próxima vez* que nos veamos: Dime qué es importante para ti. Y cuando llegues a casa, piénsalo. Quizá puedas practicar qué tanto puedes abrir tu boca cómodamente para la siguiente vez. Depende de ti, tú tomas las decisiones.

Dirigí la secuencia completa de la sugerencia a crear cooperación (**orientación a futuro, construcción de rapport**) utilizando cada oportunidad para llamar la atención hacia las experiencias favorables y agradables (**positividad**): *eres capaz, la próxima vez, agradable*, etcétera. Además, no podía negar que el paso más difícil fue que la joven llegara al consultorio.

Ese fue el comienzo. Sofía pudo llegar sola a sus citas, un poco ansiosa, pero con la conducta de abrir su boca fácilmente y colaborar muy bien. Le realicé el tratamiento

de un conducto y le arreglé varios dientes.

El alma de Sofía inhaló las sugerencias positivas con ojos bien abiertos, *como tierra sedienta tomando fresca agua primaveral*. Obviamente, la necesita. Sonríe y cultiva su sentimiento de seguridad. Esto no se debe olvidar ni por un minuto en su caso. Actualmente, Sofía necesita apoyo. Su mamá prometió que regresaría a la psicoterapia que habían interrumpido. Su fobia al dentista muestra que hay algo más de fondo.

Aunque soy consciente de los límites de mi competencia, es obvio que la información transmitida en relación con su tratamiento dental ejerció efectos positivos en su desarrollo psicológico. Pero también es importante que reciba tratamiento psicoterapéutico profesional.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente ansiosa, incluso fóbica.
- Fuerte vínculo emocional con mamá sobreprotectora.

Objetivos cumplidos

- Construir *rapport* y cooperación.
- Liberar el miedo.

Nota

* VARGA, K. (2011), *Beyond the words. Communication and suggestion in medical practice*, Nueva York, Nova Science Publisher.

7. ¿DEJAMOS LAS FORMALIDADES?*

Psic. Katalin Varga

Me llamaron para ver a un joven de 18 años, con sospecha de que había perdido la conciencia como consecuencia de una sobredosis de heroína. Cuando lo encontraron tirado en una puerta de Budapest, había estado acostado de lado por tanto tiempo que su brazo izquierdo se había gangrenado y tuvo que ser amputado desde el hombro. Pasó dos semanas en coma. Después de que la cirugía se llevó a cabo, me llamaron porque estaba muy deprimido y con impulsos suicidas. Todo esto era probablemente por la pérdida de su brazo, ya que los síntomas de abstinencia coincidieron con el periodo de coma, así que no los experimentó.

Cuando entré a su cuarto en la unidad de terapia intensiva, lo hallé sentado en una silla de ruedas con la cabeza inclinada hacia abajo. Me acerqué y me senté cerca. Apenas levantó la vista.

Me presenté y le pregunté:

—¿Cómo podríamos cooperar más fácilmente? ¿Nos hablamos de tú o de usted?

Escogió tutearnos.

Comencé el contacto con la presentación (**establecer el rapport**), seguida por la pregunta de **doble vínculo terapéutico**. Sin importar lo que el paciente escogiera, lo incuestionable era su cooperación con éxito.

Por otra parte, mi pregunta inicial inmediatamente sugirió una mayor cooperación (**implicación**), que en esa situación era esencial para el futuro del paciente.

—¿Cómo te llaman tus amigos?

Me lo dijo.

—¿Puedo llamarte así también?

Asintió.

Mis preguntas continuaron. Le pedí permiso para llamarlo de forma todavía más familiar. No es usual una respuesta negativa a esta pregunta, así que la respuesta afirmativa llevaría encubierto el mensaje de que la cooperación sería amigable (**implicación**).

Con estas preguntas introductorias —que a simple vista únicamente tocan el marco de la cooperación— inició una honesta e incluso agradable conversación. Detecté

resistencia del paciente únicamente en uno o dos comentarios relativos a que como psicóloga estaba obviamente en contra de sus impulsos suicidas.

Nuestra cooperación se prolongó durante toda la fase de rehabilitación. Durante varias de las seis sesiones apliqué hipnosis; principalmente para calmar el dolor en su pierna del mismo lado del brazo amputado.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente reservado y hostil.
- Supuestamente con todos los sentimientos negativos (frustración, decepción, dolor y desesperanza).

Objetivos cumplidos

- Establecer conexión y cooperación.
- Orientar a futuro.
- Motivar.

Nota

* VARGA, K., y Diószeghy, CS. (2001), *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztíók szerepe a mindennapjainkban. [Cooling fee, or suggestions' role in the everyday medical practice]*, Budapest, PólyaKiadó.

8. EL LADO DERECHO*

Psic. Katalin Varga

Después de una trombosis de vena varicosa, un joven salió del coma listo para su recuperación. Ya lo había visto antes, y no estuvo muy bien en las últimas dos horas. Se mostraba asustado, con el cuerpo tembloroso, sudado, el brazo derecho tenso como nudo, y registraba un pulso de 220/min. En su mano izquierda sostenía una pelota, que frotaba en su pecho y le mantenía la piel roja e irritada.

La situación era sin lugar a dudas un trance negativo. Sin embargo, aproveché la relación que ya había establecido con él.

Una primera reacción en trance negativo sería decir: **¡No hagas eso, no frotes así tu pecho!**

Me coloqué de su lado derecho; y Pedro, su mejor amigo, del lado izquierdo. Me apropié del **rapport** con el amigo, al decirle una y otra vez:

—Pedro está de tu lado izquierdo; y yo, a tu derecha. Puedes escuchar mi voz de tu lado derecho; y la suya, de tu lado izquierdo.

Utilizando el **rapport** con Pedro, comencé a describir nuestra orientación física. Me asocié conscientemente con su amigo, lo que me sirvió además como parte de una **serie de síes**.

Al mismo tiempo, empecé a estirar suavemente su brazo tenso:

—Ahora tu mano tiembla... puedes sentir una leve vibración en ella... es la señal de que has comenzado a mover tu lado derecho. Y esto es muy bueno... cada día podrás ir moviendo tu mano derecha más y más. (En húngaro, la palabra derecho significa también bueno, correcto.)

Reforcé el **rapport** estirando suavemente su brazo. A los elementos en la **serie de síes** iniciada previamente, agregué el contacto con la mano. Utilicé palabras que transformaron la percepción de los síntomas desagradables, por ejemplo, temblor en lugar de calambres (**reencuadre**).

Intenté hacer a un lado los síntomas incómodos reemplazando la tensión y el dolor del brazo con asociaciones positivas, correctas. El temblor desagradable recibió el significado de signo de recuperación (**reencuadre** y **orientación a futuro**).

A los cinco o diez minutos, el paciente se relajó, se calmó, suavizó sus gestos, cerró sus ojos y disminuyó su pulso a 83/min. En ese estado, continué con sugerencias

generales para apoyar su recuperación.

En el monitor también comprobé la eficacia de las sugerencias.

Análisis del caso

Situación inicial

- Trance negativo.
- Inquietud, dolor físico y angustia.
- Parámetros fisiológicos que corresponden a la observación visual.

Objetivos cumplidos

- Transformar el trance negativo en positivo.
- Relajación física y emocional.
- Reencuadrar los síntomas positivamente.

Nota

*VARGA, K. y Diószeghy, CS. (2001), *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztiók szerepe a minden napjainkban*. [Cooling fee, or suggestions' role in the everyday medical practice], Budapest, PólyaKiadó.

9. INFORMACIÓN SIMPLE Y POSITIVA*

Dra. Olga Kónyi

Durante la ronda nocturna, escuché decir a las enfermeras que una de las mujeres que dieron a luz esa tarde no autorizaba dar comienzo al tratamiento antibiótico establecido en el protocolo para el bebé.

Hablé por teléfono con la mamá y le pedí que trajera a su bebé a mi consultorio para realizarle un examen. Durante la revisión, encontré que todo iba bien con el recién nacido: estaba maduro, saludable y bien desarrollado. Le compartí mi opinión a la mamá.

A pesar de que sabía que ella rechazaba el tratamiento antibiótico, no comencé con este tema. Construí el **rapport** platicando sobre los resultados positivos de la revisión del bebé.

La revisión, por protocolo, incluye la prueba Apgar. La mamá se había negado a realizarla en el cuarto de parto. Le expliqué:

—Necesitamos practicarla, porque así obtendremos información acerca de la integridad y penetrabilidad del conducto nasal, la penetrabilidad del esófago y su conexión con el estómago, así como la integridad y la penetrabilidad del ano.

Le mostré lo delgado, suave y flexible de la sonda de plástico que usaríamos para efectuar la prueba cuidadosamente, sin ninguna incomodidad para el bebé. Estuve de acuerdo con el procedimiento, mientras no le causáramos ningún dolor a su bebé.

Antes de preguntar por lo más importante, los antibióticos, supe que debía vencer otro obstáculo, la realización de la prueba Apgar. La mamá estuvo de acuerdo con el procedimiento después de que le proporcioné una **información** simple, pero positiva. Un componente importante de la información fue mostrarle la sonda de plástico (**sugestión con objeto**). Al invitarla a participar activamente en la revisión, la mamá tuvo una sensación de control. Con esto, podía estar segura de que el procedimiento no causaría dolor a su bebé.

Luego le dije:

—El protocolo de tratamiento antibiótico para los recién nacidos está basado en décadas de experiencia e investigación. El estreptococo clase B es un patógeno absolutamente inofensivo en los adultos, pero que puede causar rápidamente una fuerte infección en los recién nacidos.

”Has sido muy afortunada por tener un bebé que nació tan rápidamente que no hubo tiempo de administrarle dos dosis de antibiótico antes del nacimiento. Pero ahora debemos prevenir cualquier riesgo de infección. El tratamiento antibiótico, si acaso, causa una pequeña molestia al bebé. Le puedo poner una canulita en su mano con un piquetito; muchos bebés ni siquiera lloran durante este procedimiento, y a través de la cánula le podemos inyectar los antibióticos sin ningún dolor. Es probable que tu bebé se duerma durante el procedimiento. Si no aparece ningún patógeno en la muestra que tomemos de sus orejas, solo requerirá cuatro dosis. En caso de que el tratamiento se extienda a cinco días y quieras llevártelo del hospital antes, las últimas dosis se le pueden dar oralmente en la casa.”

Para explicarle la necesidad de los antibióticos, nuevamente lo más importante fue **informarle** los hechos. Para esto, primero aludí a mi experiencia profesional. Cuando hablé de la posibilidad de que apareciera una infección seria, no me referí a su bebé, pero le dije que *lo usual* es prevenir.

La forma inadecuada de intervenir sería preguntar: “**¿Quieres que tu bebé tenga una infección seria?**”.

En lugar de culpar a la mamá por negarse a la administración de antibióticos, le hablé de lo afortunada que había sido al tener un parto tan rápido y así logré conectarla con ella. Luego le informé sobre la importancia de suministrar los antibióticos y le expliqué el procedimiento amablemente y con detalle, al tiempo que le planteé la posibilidad de continuar con el tratamiento en casa (propuse dos alternativas, pero en ambas el bebé recibe el tratamiento, **doble vínculo terapéutico**).

Le ofrecí que podía quedarse con su bebé mientras yo le colocaba la cánula. (Otra **doble alternativa terapéutica**: Puede quedarse con él o no.) Las dos estuvimos juntas y ella experimentó la sensación de tener el control.

La mamá estuvo feliz, y admito que yo también, de que la cánula pudo ponerse sin llanto. También pudimos tomar medidas exactas del nivel de azúcar en la sangre del bebé a través de la cánula, para monitorear su adaptación a la vida fuera del útero.

El que se haya obtenido un buen nivel de azúcar fue un factor positivo más que ayudó a que la mamá se abriera a cualquier otra situación. El procedimiento se presentó en medio de un “sándwich” positivo.

A partir de ese momento, la mamá trajo a su bebé al tratamiento antibiótico dos veces al día, con una sonrisa. Poco después se requirió una pequeña inoculación del oído externo, y ambos se quedaron en el servicio neonatal hasta terminar el tratamiento. Gracias a una buena información desarrolló una buena cooperación.

Análisis del caso

Situación inicial

- Mamá que desaprueba el procedimiento.

Objetivo cumplido

- Convencer a la mamá y cumplir el procedimiento con su aprobación.

Nota

*Examen del programa de entrenamiento de posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

10. TAL VEZ NOS VOLVEREMOS A VER...*

Gabriella Vass, partera

Magdalena, una mujer con los ojos enrojecidos por el llanto, llegó al consultorio de ginecología. Me dijo que según su ultrasonido estaba en la semana 36 de embarazo y acudió para admisión porque dejó de escuchar los latidos de su bebé.

Generalmente, realizamos la admisión de los pacientes junto al mostrador de enfermería, pero en este caso les mostré su cuarto a Magdalena y a su esposo, y los dejé acomodarse; afortunadamente, teníamos un cuarto con ambas camas vacías. Ella se puso la bata del hospital y se despidió de su marido que debía ir por su hijo.

En esta situación, proporcioné un ambiente privado y seguí el procedimiento de admisión dentro del cuarto, lo que no era parte de la rutina habitual, pero sin duda constituyó una muy buena atención.

Me senté junto a su cama, y comenzamos a hablar de cuestiones más allá de la rutina oficial de admisión. Empecé a hablarle por su nombre.

Le hablé por su nombre y esto representó un buen punto para establecer **rappor**.

Por el historial médico, supe que Magdalena tuvo una cesárea hacía dos años. Me dijo que su hijo pequeño estaba esperando con muchas ganas a su hermanita. No se imaginaba cómo podía darle la noticia ahora, incluso ella misma no comprendía lo ocurrido. Comentó que apenas ayer había sentido los movimientos de su bebé, pero que en el ultrasonido no habían detectado los latidos.

Durante nuestra conversación mencionó varias veces que no quería llorar. Le afirmé que podía hacerlo; luego se aferró a mis brazos, lloró y lloró. Fue difícil no decir nada en ese momento. Finalmente pudo dormir un par de horas, por puro agotamiento.

En esta situación difícil, llorar fue lo apropiado, especialmente si la paciente contaba con mi apoyo profesional para manejar la situación y darle seguimiento.

En el caso de las pérdidas repentinas, realmente no hay nada que decir. Lo mejor (¡y muy importante!) que pude hacer fue apoyar a las personas involucradas a expresar sus emociones.

Ella tenía la esperanza de “superar todo esto” tan pronto como fuera posible, y se le dificultaba aceptar la decisión de los médicos de esperar a que la labor se iniciara de forma natural.

De nuevo me senté junto a su cama y hablamos, o más bien escuché mientras se desahogaba. A veces asentí aprobando y a veces pregunté un poco.

Pudiera parecer más fácil superar todo en un periodo corto. De cualquier modo, a largo plazo, aquellos que afrontan la dificultad experimentando las emociones salen mejor de la situación. Mi actitud atenta y empática fue de gran ayuda.

Al final, Magdalena llegó a la conclusión de que las cosas habían sido así, y podría usar ese tiempo para decir adiós a su bebé y pensar qué decirle a su pequeño.

En caso de cualquier pérdida —una persona, extremidad u órgano—, ayuda a salir si podemos decir adiós de alguna manera.

No importa qué tan pequeño era su hijo, convenía decirle la verdad de modo que lo entendiera. Reservarse y ocultar el tema podría incrementar la soledad (en este caso por la ausencia de la hermanita) o confundirlo; sabría que algo andaba mal, por el comportamiento de los padres.

Antes de retirarme, le mencioné que podría considerar si ella o también su esposo querían ver a su bebé luego de nacer. No esperaba una respuesta. Simplemente toqué el tema para que lo considerara y para que estuviera preparada. Igualmente pensé que podrían no querer incluso que se les preguntara al respecto, pero que después, cuando ya no hubiera oportunidad, podrían sentir la necesidad de elegir.

No hice la pregunta nada más por sentido práctico, sino porque el tema podría tocarse de manera inesperada y justo después del nacimiento de la bebé, cuando no hubiera seguridad de que respondieran de manera adecuada. En este caso, mi pregunta ayudó a profundizar en la experiencia de perder a la bebé, aceptar la pérdida y, lo que es más, ofreció una perspectiva a través de la **orientación a futuro**.

No esperaba una respuesta rápida, pero Magdalena dijo en medio de una vehemente objeción:

—No, no, de ninguna manera.

—Está bien. (Y le prometí verla al otro día.)

Respeté la decisión de la madre, lo cual le brindó sensación de control. Y referir que nos veríamos al otro día mantuvo el **rapport** y fortaleció la **orientación a futuro**.

En la tarde del día siguiente, primero fui al hospital a preguntar a mis colegas si algo había pasado.

—Nada —fue la respuesta.

Cuando entré en la habitación, Magdalena parecía muy emocionada y de

inmediato me bombardeó con preguntas:

—¿Por qué me pediste que decidiera si quería o no verla? Estuve pensando en eso toda la noche. Nunca he visto a una persona muerta ¿Cómo se ve un bebé muerto? ¿Le mirarías? Me asusta verla y de todos modos, pensé que no volvería a verla... nunca.

La sugerencia del día anterior había estado trabajando en su mente.

Al principio, no supe qué contestar, así que me referí a la última pregunta:

—¿Y qué piensas ahora?

—No lo sé, ¡es por eso que te esperaba! ¿Cómo se ve un bebé muerto?

—Es casi como uno vivo.

—¿Cómo si estuviera durmiendo?

—Sí.

—No sé... Me gustaría verla, pero... me asusta...

La ambivalencia era clara. Sin embargo, no me correspondía resolver la situación, sino únicamente apoyar a la madre a encontrar su propia decisión.

—¿Por qué sería bueno que la vieras?

—Podría ver cómo es... Tengo curiosidad de ver cómo podría haber sido...

(Lloró.)

—¿Por qué sería bueno ver cómo es?

—De alguna manera es más real... Podría tener algo que recordar... (Lloró, y pensé que decir algo no era buena idea.)

Mis preguntas resonaron con **positividad**, y varias veces se basaron en sus palabras (**repetición**).

Antes de dejar el cuarto, me pidió mi número telefónico. Se lo di y le prometí que cuando estuviera en la sala de partos, iría a verla en cuanto pudiera.

La mamá inició una relación más profunda conmigo. De manera natural. Más aún, este paso arrojó una luz favorable en la cooperación hasta el momento. Sin embargo, fui consciente de que pudiera acercarse a un nivel incómodo para nosotros.

En la mañana del tercer día, comencé mi turno en la sala de partos. Magdalena llegó esa mañana, ya que el trabajo de parto parecía haber comenzado. Fue natural para mí estar con ellos.

Tuvo contracciones irregulares, menos de un centímetro de dilatación (un dedo). Después de la ruptura de membranas, aguardamos a que sus contracciones se

hicieran más regulares.

De acuerdo con lo anterior, la espera contribuyó a la aceptación de la pérdida. En este caso, no habría servido de nada acelerar el proceso (ni siquiera por razones psicológicas).

Cuando tuve tiempo, fui a supervisarlos. Magdalena tocó el tema de ver a su bebé. Su marido no quería, pero ella sí. Yo estaba feliz por su decisión.

A Magdalena le tomó días decidirse. Pero así consideró las bases suficientes.

Tenía mucho por hacer y no pude estar con ellos todo el tiempo, pero sentí que así era mejor. Magdalena me pareció bastante calmada, pero su marido estaba muy nervioso, igual que en los dos días anteriores. Pensé que sería mejor para ellos dejarlos solos.

El tiempo pasó, pero el trabajo de parto no se completó. El marido comenzó a estar más relajado, y me buscó para saber si era buena idea ver a la bebé. Le aseguré que los apoyaría en su propia decisión y que, si su esposa lo deseaba, yo le mostraría la bebé a ella; pero, si él estaba inseguro entonces no se la enseñaría a él. Lo vi muy inseguro y él confesó estar confundido. De un momento a otro debió aceptar que ya no la tendría (este segundo bebé) y que el día soñado durante ocho meses ahora se hacía añicos. Ni siquiera se le había ocurrido que podría ver a la bebé después de nacer y ahora no sabía qué hacer... Le expresé que todavía había tiempo para elegir. Sugerí que pensara cuál sería el mejor escenario para aceptar las cosas de las que hablaba. Regresó a la sala de partos con lágrimas en los ojos.

Ahora, apoyé al padre con su actitud de aceptación. En línea con el buen **rappor**t formado con la mamá, la relación de confianza sentó buenas bases. No apresuré al padre ni decidí por él, aun cuando la mamá decidió ver a su bebé.

Por la tarde —como el nacimiento no ocurrió—, el médico de Magdalena decidió practicarle la cesárea. La preparé y antes de entrar al quirófano me preguntaron cuándo y cómo podrían ver a la bebé juntos después de la cirugía. Acordamos que sería antes de que llevaran a Magdalena a la sala de recuperación.

Magdalena entró al quirófano, y su esposo se quedó llorando y hundido en la pequeña banca de la sala de espera. Estuve con él tanto como pude.

El apoyo emocional que ofrecí fue un bonito gesto, entre el “no hacer nada” del padre.

Luego entré al quirófano por la bebé y la arropé sujetándola estrechamente. Hasta este momento me las había arreglado para contenerme muy bien, pero se me salieron las lágrimas cuando estuve a solas con ella. Su pequeño cuerpecito había sido macerado casi en todas partes, pero esperaba haber sido capaz de envolverla muy bien,

de modo que únicamente su carita pudiera verse.

Mi implicación emocional es entendible. Afortunadamente reservé un espacio para ello.

Cuando sacaron a Magdalena del quirófano, acompañé al esposo al pasillo y luego les llevé a la bebé. Me hubiera gustado dejarlos solos a fin de permitirles despedirse en privado; pero no pude poner el cuerpecito de la bebé en algún lugar adecuado donde Magdalena pudiera verla desde la camilla, y también estuve preocupada de que mi cuidadoso envoltorio se abriera, así que la sostuve en mis brazos a la vista de sus padres. Ellos sonrieron y lloraron

La motivación de llevar a casa una bonita memoria visual de su bebé consolidó la situación. Permanecí con ellos a pesar de la posibilidad de exponerme a una tensión emocional extrema.

Dijeron:

—Está hermosa.

Ambos acariciaron su carita. Admito que lloré también, aunque sabía que no debería permitírmelo.

Hubo un espacio para mis emociones.

Magdalena fue trasladada a la sala de ginecología. En ese momento, la segunda cama estaba ocupada, así que la movimos a un cuarto sencillo donde su marido pudiera estar con ella sin molestias para él, ni para nadie.

En el cuarto día, la visité en el hospital alrededor del mediodía. Se movía sorprendentemente bien, como si no hubiera pasado por una cesárea. Tenía una vaga sonrisa y hablaba acerca de lo bella que era su hija y de lo mucho que se parecía a su hijo. Decidió contarle todo a su pequeño. Estaba muy deseosa de ir a casa para verlo.

Signos positivos en la madre: buena condición posoperatoria, leve sonrisa y la decisión de decir todo al hijo. Todo esto sugirió que estaba en el camino correcto en cuanto al duelo: soltar.

Al décimo día, Magdalena me llamó para preguntarme si creía que todavía era posible reclamar su cuerpo. Ambas sabíamos que podría ser muy tarde, pero valía la pena intentarlo. Habían decidido que les gustaría enterrarla. Le dije dónde preguntar y crucé los dedos.

En el undécimo día, recibí un mensaje, que aquí se publica con autorización de la familia:

Querida Gabi:

Adivina qué, hemos logrado organizar el funeral. No sé si será mejor para nosotros, pero al menos no tirarán su cuerpecito y tendremos un lugar para recordarla. El resultado de la necropsia reveló una extensa necrosis de placenta. Mi pobre pequeña tal vez estaba completamente sana. La llamaremos Ana. Afortunadamente tenemos a Adam, que nos da mucha alegría. Y Zsolt [el marido] está a mi lado y eso significa mucho para mí. Te mando la foto de mi hijo y muchos abrazos. No puedo agradecerte lo suficiente por lo que hiciste por nosotros, por la forma en que nos ayudaste. *Tal vez nos volveremos a ver...*

Magdi, Adam y Zsolt*

Me alegró mucho la frase “Tal vez nos volveremos a ver”, porque reflejaba la posibilidad abierta a tener otro hijo.

La **orientación a futuro** alcanzó su objetivo. Al final, una vaga idea fue articulada: la de un nuevo bebé.

Análisis del caso

Situación inicial

- Trance negativo por la pérdida.

Objetivos cumplidos

- Apoyo emocional.
- Ayudar a la aceptación de la pérdida.
- Comenzar el trabajo de duelo.

Nota

* Tomado de *Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática*, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

11. SEÑORA CON FLORES

Psic. Adrienn K. Szilágyi

El médico de una señora mayor me pidió que hablara con ella, porque rechazaba comer, hacer ejercicio y cooperar con el personal. Solo permanecía acostada con los ojos cerrados e insistía en su deseo de morir. Esa era toda su comunicación con el mundo.

La encontré en la unidad de cuidados intensivos con los ojos cerrados y enojada, pero su actitud era casi un grito de ayuda: “**¡Oigan, véanme, interactúen conmigo!**”. Cerraba los ojos únicamente cuando se sabía observada, pretendiendo no darse cuenta de que yo estaba junto a su cama y quería su atención. Evidentemente, la atención puede carecer de valor si le da a cualquiera y como sea, pero ahora por fin había alguien allí pidiéndole un poco de contacto. No compré su fina histeria y esperé a que “tuviera que” hablarme. Me dijo que todo lo que ansiaba era morir y que no estaba interesada en nada.

Mi primer paso para construir **rappor**t fue observar la conducta de la paciente. Usé un poco de presión “rigurosa”, para establecer contacto con la señora que mostraba una total falta de motivación para vivir y se rehusaba a recuperarse.

Pensaba que su familia no la visitaba porque así lo merecía. La enfermera no coincidía con esa idea; y afirmaba que por el momento las visitas al hospital estaban suspendidas debido a la epidemia de influenza, pero la paciente no le creía.

Los familiares quizá también estaban bajo el efecto de un trance negativo.

Dijo que tenía 80 años y no encontraba razón para vivir, que el tiempo se le acababa y que ella se iría si la muerte llegaba para tomarla de la mano.

—Por supuesto, cuando sea el tiempo, bueno, todos nos iremos...

Asintió pero no pudo resistir averiguar si lo dije en serio. Por supuesto que sí lo hice.

La reacción lógica de cualquiera sin entrenamiento en estas técnicas sería rechazar o reprimir: “**¡Por favor, no digas tonterías!**”. Pero, le transmití mi acuerdo con una declaración innegable (“cuando sea el tiempo, todos nos iremos”), lo que resultó un **tanto** sorpresivo en esta situación, de modo que despertó su curiosidad y profundizó el **rappor**.

Seguimos hablando:

—No digo que podamos planear otros 20 años.

Luego, solté el objetivo: retirar los aparatos, drenar, dejar la unidad e ir a casa.

Establecí un objetivo realista y esto fue la base de la **cooperación**. Transformé el acompañamiento en **conducción**.

Expresó que no quería ir a casa porque su familia no se lo merecía; que ella era muy grande, y prefería morir en el hospital.

Noté que, desafortunadamente, la paciente estaba desmotivada por los objetivos orientados a futuro, especialmente ir a casa.

—Bueno, morirás algún día, eso es seguro. Y esto no ocurrirá en 20 años ni ahora. Y, bueno, lo que importa es cómo te sientes hasta entonces. Si tu familia no te merece en casa, tú tampoco mereces sufrir por ellos. Sin embargo, sí mereces mejorar y estar más cómoda, ¿o no? Seguramente es más cómodo estar sin los aparatos. Estás progresando muy bien, pero tu cooperación es necesaria también.

Construí de nuevo sobre la innegable declaración de “morirás algún día”, pero expresé firmemente: *ni ahora* (**sugestión directa**). Además de reacomodar los elementos de la relación con la familia, agregué que ella no merecía sufrir.

Abarqué los planes previos mirando al futuro (**enfoque en objetivos**) con un factor —directo y difícil de negar— acerca de la comodidad de quitarse los aparatos y drenarse. Hice un llamado a la cooperación (**sugestión directa**).

La paciente movió su mano insinuando que moriría en poco tiempo.

—Bueno, sí. Pero hasta entonces será mejor morir drenada.

La respuesta es indiscutible, de modo que facilitó elaborar el proceso de recuperación ahora que había un objetivo, morir drenada. Y entonces la paciente se abrió a escuchar lo que tenía que hacer.

Me encontré con la paciente en el terreno de un irrefutable argumento, “es mejor morir drenada”. Así, ambas estuvimos de acuerdo y nos unimos en este objetivo.

Uno o dos días después, la mujer comió adecuadamente, se sentó afuera y a veces le hablé para ayudar al proceso. Hablar era especialmente útil, cuando se le retiraba la sonda antes de volverla a colocar. Tuve que decirle que eso era normal y que luego se le quitaría, pero que mientras era necesario aislarla para evitar una infección.

Ya con el previo **rapport** establecido y el objetivo aceptado, hice contacto con la paciente de vez en cuando, especialmente en los períodos sensibles —reales o imaginarios—, después del tratamiento.

Un día, las enfermeras me dijeron que algo andaba mal con la señora, porque se la pasaba en cama todo el día con los ojos cerrados. Yo no sabía si me reconocería o no con el tapabocas, pero me sonrió:

—¿Estás aquí de nuevo? —dijo antes de cerrar nuevamente los ojos—. ¡Es hermoso!

—¿Qué es hermoso?

—Es hermoso.

—¿Pero qué?

Luego, me reveló que al cerrar los ojos podía ver todo tipo de cosas maravillosas, recuerdos, quizá cosas que aún no han ocurrido y paisajes tan buenos como para verlos.

Por la buena relación, la paciente se sintió cómoda compartiéndome sus fantasías, ensueños o alucinaciones. Le di la bienvenida a esas imágenes; y lo que parecía una depresión pasiva se volvió un periodo agradable de sueños flotantes. Esto se evidenció rápidamente debido a que entablamos una relación apropiada.

—¿Qué observas ahora?

—Veo flores, un gran campo de flores, pequeñas, grandes y coloridas. Y también hay niños; están corriendo de arriba a abajo —describió sonriendo.

Pudo ver esos recuerdos aun con los ojos abiertos y me los compartió. Además, me percaté de que observar estas imágenes le daba paz y un gran gusto; se sentía bien. Un día antes, me platicó que se soñó en el cementerio: acostada en el suelo, con un vestido negro y la piel blanca y fría, mientras la lluvia le caía encima.

—Estuve muy feo. Luego me perdí en la calle y un muchacho vino —señaló a un joven residente—, tomó mi mano y me mostró mi casa.

La pregunta “¿qué observas ahora?” me llevó hacia el mundo interno de la paciente, hasta donde el sueño encontraba a la muerte.

Me sorprendí porque de pronto recordé que justo hacía unos días un joven habló de los etruscos con sus imágenes eróticas de la muerte; ellos creían que la muerte llegaba en la forma seductora del sexo opuesto para llevarse a la gente. ¿Se preparaba para morir? Si lo hace, era hermoso, pero el cementerio no era agradable, únicamente se sentía bien entre las imágenes florales. Por tanto, no moriríamos allí.

Una sincronicidad no tan rara... Tuve que poner atención a mi propia implicación emocional en este caso... Si me dirigía hacia el mundo cercano a la muerte de la paciente, debía estar preparada para lo que apareciera allí.

Para agregar algo de vida, le pregunté:

—¿Qué tan hermosas son las flores “gotas de nieve” allí en ese bosque?

Me observó duramente y expresó:

—No debes elegir esas.

—No las tomé, solamente les saqué una foto.

Ella asintió aliviada. Luego me observó, rio y dijo:

—Tú también ves flores.

Junto al mundo de fantasías y sueños, surgió un motivo de realidad (**orientar hacia la realidad, metáforas**). Nuestra relación de confianza, la sintonía positiva de una paciente mayor y una joven psicóloga, se hizo cada vez más clara.

Dos o tres semanas después me comentaron que vieron a la señora caminando por sí misma en la unidad de medicina general. ¿Qué habrá encontrado importante hacer antes de morir?

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente depresiva y pasiva.

Objetivos cumplidos

- Lograr cooperación.
- Establecer una relación de confianza.
- Despertar motivación para la recuperación.

12. SENSACIÓN FRESCA Y AGRADABLE*

Dra. Gabriella Kovács

Desafortunadamente, los anestesiólogos solo conocemos al paciente justo antes de la intervención quirúrgica, para sedarlo o anestesiarlo, porque así es el sistema en nuestro hospital.

En este caso, una mujer de 83 años, que necesitaba cirugía por una fractura de fémur, llegó a mi consultorio. El cirujano la había examinado un día antes y pensó que yo debería elegir el método de anestesia dependiendo de su estado actual. Sin embargo, la paciente tenía varios padecimientos comórbidos, por lo que recomendé que en sus condiciones solo se realizara una cirugía si fuera vital, y una fractura de fémur no es un problema médico tan urgente.

Discutí el tema con los cirujanos, que indicaron que definitivamente debían operarla. Si yo decidía no sedarla, ellos mismos aplicarían la anestesia local y así lo hicieron.

Pensé que no tenía nada que perder y reflexioné acerca de por qué no intentar la sugestión del “lugar favorito” durante la operación, ya que sabía por experiencia que la anestesia local es insuficiente para este tipo de intervención. Los cirujanos no podrían infiltrarse en las capas más profundas y reposicionar el hueso fracturado sin causar dolor.

—Tía Elsa —así me permitió llamarle—, te van a operar bajo anestesia. El cirujano te aplicará una inyección en donde se rompió tu pierna, en tu cadera. Yo voy a estar aquí todo el tiempo. Si tienes alguna queja, por favor, siéntete libre de decirme. Mientras, podemos hablar de cualquier cosa. ¿Puedes recordar alguna experiencia agradable?

—No, no puedo.

—¿Hay algo que te recuerde sensaciones agradables? Lo que sea, ¿un lugar, una persona?...

—No, nada.

—¿Nadie? ¿Hijos, quizás?

—Tengo hijos, pero no sé de ellos desde hace mucho tiempo.

—¿Te gusta la playa o el lago Balaton? —especifiqué refiriéndome a un lago en Hungría.

—No.

En esta situación, prácticamente me quedé sin opciones: el juicio del cirujano difería del mío. Pero no mostré mi ansiedad ante la paciente, sino que me la guardé, y acepté la nueva situación.

A la paciente, le proporcioné **información** de los hechos, de forma **positiva**: puse énfasis en lo que estaría ocurriendo y no en lo que podría ser. Habría sido incómodo si se hubiera rehusado a cooperar a pesar de mi actitud de apoyo y la información recibida.

Mientras nos esforzábamos por encontrar algún recuerdo agradable de su vida, llegamos a la primera fase dolorosa, reposicionar el hueso fracturado. Previamente, se le aplicó la inyección con anestesia:

—Ahora, sentirás un pequeño pinchazo en tu cadera, es la anestesia. Mientras te inyectamos, notarás un cosquilleo donde antes estaba el dolor. ¿Puedes sentirlo?

—Sí.

—¿Qué tipo de sensación es?

—Fresca y agradable.

Referí las sensaciones esperadas de la intervención y las asocié con sensaciones agradables: pinchazo con anestesia, y dolor previo con sensación de cosquilleo (**reencuadre**). A pesar de lo ocurrido con mi colega, trabajé en equipo y dije: “te inyectamos”. Aquí obtuve la primera respuesta positiva, que describió la sensación como: “fresca y agradable”.

—Sigue enfocada en esa sensación fresca y agradable mientras se expande. Déjala que se expanda... Y mientras se expande, también la sensación incómoda se va.

—Puedo sentir algo muy agradable.

—Bien, esta sensación agradable te acompañará durante la cirugía.

Mientras tanto, la cirugía se inició.

Vinculé la sensación “fresca y agradable” con el alejamiento de la previa sensación incómoda (**acompañamiento y conducción**). Puesto que recibí otra retroalimentación positiva de la paciente, pude expandir su efecto positivo durante toda la cirugía (**orientación a futuro**).

—Sentirás una pequeña “sacudida” en el área fresca. La operación ha comenzado y así la recuperación. ¿Cómo te sientes?

—Bien, gracias.

Describí la cirugía como “sacudida” (**reencuadre**). Luego le proporcioné otra perspectiva sutil: la recuperación ha comenzado (**orientación al futuro**). La experiencia de la paciente se mantuvo placentera.

—¡Genial! Para facilitar aún más el proceso de recuperación, vamos a realizar un ejercicio de respiración.

La paciente tenía un diagnóstico de asma severa.

—*Haz una respiración profunda... como esa... ahora exhala lentamente... bien... Inhalá de nuevo, y cuando exhalas podrás sentir cómo el aire nuevo impregna tu cuerpo por todos tus huesos... hasta que llega al hueso fracturado... así... una vez más, agradable y lentamente... Ahora continúa respirando lenta y libremente... ¿Sientes cómo el aire nuevo impregna tu cuerpo?*

—Sí.

Subrayé aún más el proceso de recuperación mencionado con las sugerencias subsiguientes (**implicación**). Y al proponer “vamos a realizar un ejercicio sencillo de respiración” (**sugestión directa**), fraseé la **cooperación** (“vamos a realizar”).

De igual modo, al preguntar “¿sientes cómo el aire nuevo impregna todo tu cuerpo?” y obtener una respuesta afirmativa, reafirmé que el aire nuevo que respiraba servía para curar la fractura (**repetición**). Mediante series de preguntas, mantuve la interacción positiva reforzando las respuestas de la paciente (manteniendo **rappor**).

—¿Cómo te sientes?

—Me punza un poco el fémur.

—¿Qué sientes además de la punzada?

—Siento algo fresco allí.

—Bueno... Quizás el frescor llegue pronto al lugar de la punzada también.

Luego del primer signo incómodo (me punza un poco), inmediatamente la distraje con la pregunta: “¿Qué sientes además?”. Y la invité a expandir la sensación de frescor, hasta que “llegue pronto” al lugar de la punzada.

No pasó mucho tiempo para concluir la operación. Únicamente faltaba suturar la herida.

—Pronto terminará la cirugía y tu fémur está en su lugar. Tu cadera está estable ahora, y pronto serás capaz de levantar tu pierna de nuevo. La sensación fresca permanecerá en la cadera e irá desapareciendo lentamente. Hasta que la sensación se vaya, de cualquier modo, te ayudará a recuperarte.

Al final de la cirugía, de nuevo le di información acerca de lo que ocurriría (**informar**) comenzando con el problema actual (fractura del fémur) y hacia la solución (“está en su lugar”, “estable”, y pronto “serás

capaz de levantarla de nuevo”), en un avance gradual. En el proceso, utilicé la llamada “sensación fresca” para facilitar la recuperación.

En general, en este caso la paciente no se quejó de dolor de forma significativa; y pudo realizarse la cirugía con anestesia local, de manera excepcionalmente exitosa. De cualquier modo, recibió apoyo mental y se benefició con los ejercicios de respiración.

Análisis del caso

Situación inicial

- Desacuerdo entre colegas.
- Paciente que al principio se niega a cooperar.

Objetivo cumplido

- Asegurar su comodidad lo máximo posible durante la cirugía.

Nota

* Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad de Medicina de Semmelweis, Budapest.

13. NUEVA, BLANCA Y BRILLANTE DENTADURA*

Dra. Krisztina Varga

Un hombre de 38 años llegó a mi consultorio dental. Nos presentamos. Dijo que le dolía toda la dentadura y divagaba un poco durante la entrevista:

—De todas maneras, he tenido suficiente de todo. Mis dientes me duelen y mi novia me dejó.

Se veía triste y algo deprimido. Cuando revisé sus dientes, me llamó la atención una descuidada dentadura llena de sarro.

Me vi en el dilema de si, en mi calidad de especialista dental, debería o no lidiar con los temas privados del paciente.

En un trance negativo, podría haber dicho: “**¡Sí que están descuidados estos dientes!**”. Pero, en vez de ello comenté:

—La placa dental produce la sensación como de que todos tus dientes te duelen. Simplemente se puede remover y la sensación se irá —le **informé**.

Aceptó y comenzamos el tratamiento. Abrió su boca no muy ampliamente.

A primera vista, pude transferir fácilmente la información sobre la placa (**informar, positividad**) a la situación reciente del hombre (**orientación al futuro**).

—Quizás sientas cómo tus dientes se liberan y casi se renuevan... Sentirás bien tocarlos con tu lengua. Serás capaz de sentir la superficie de tus dientes limpia y suave, así como tus encías suaves y saludables.

En cada pausa, el hombre tocaba sus dientes con la lengua.

Mantuve los dos niveles de comunicación y pude aplicarlos también a su vida actual: liberarse, renovarse, sentirse bien, limpio, saludable, etcétera (**positividad y orientación al futuro**).

—Y quizás sentirás que un hombre como tú, que estás viviendo una de tus mejores épocas de la vida, ahora sonreirás más valiente y felizmente con tu nueva, blanca y brillante dentadura... Y esto influirá positivamente en tu ambiente y tus relaciones. Seguramente sabes que este estado disfrutable puede mantenerse con un poco de atención y cuidado, como muchas otras cosas en la vida.

Mencioné los éxitos que se podrían lograr en el futuro (**orientación al futuro** y **positividad**). Al aludir a “una de tus mejores épocas de la vida”, introduce la **implicación** de que habría otras más. Esto fortaleció aún más la imagen general del futuro, el cual había iniciado con la limpieza del sarro.

—Te mostraré un par de movimientos que harán más efectiva tu práctica de higiene oral. Además, te recomendaré una pasta que combate el sarro.

El paciente estaba relajado y repitió activamente con su mano los movimientos que le mostré con un cepillo.

Como especialista, le ofrecí un consejo práctico (**informar**).

—Muy bien, puedo ver que lo estás haciendo mejor y mejor... Quiero verte de nuevo en dos o tres meses para revisar tus encías sanas y tu dentadura blanca.

Le pedí al paciente que regresara en un plazo muy tentativo (uno o dos meses), dejando en sus manos la decisión de hacerlo o no; y el tiempo era lo suficientemente amplio como para brindarle **sensación de control**. De igual modo, pronuncié el objetivo con firmeza (encías sanas y dentadura blanca) (**sugestión directa** y **orientación al futuro**).

El paciente regresó después de dos meses. Estaba de buen humor y sonreía ampliamente. Me dijo que tenía una nueva relación y era feliz. Por cierto, le mostró a su nueva novia sus trucos de limpieza dental.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente triste y deprimido.
- Boca descuidada.

Objetivos cumplidos

- Animarse adicionalmente al tratamiento.
- Motivar la higiene dental.

Nota

* Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

14. SANGRE EN VENTA*

Psic. Katalin Varga

En la unidad de cuidados intensivos, me pidieron darle consulta psicológica un joven de 24 años que sufría el síndrome de Guillain-Barré.** Según el informe médico, el joven padecía depresión, no podía evitar la inmovilidad, recibía respiración asistida y presentaba mutismo e impotencia. Lo veía de vez en cuando y le preparé grabaciones para uso entre sesión y sesión.

Un día, su familia con gran agitación se reunió conmigo. Me dijeron que el joven planeaba abandonar el hospital y el tratamiento. Cuando llegué a su cama, me murmuró exhausto:

—Quieren matarme. ¡Sáqueme de aquí! Me sacan sangre y la venden.

Me impresionó verlo en ese estado de inmovilidad, forcejeando impotente en su cama.

La orientación de la realidad de este joven era como la de cualquier persona en una situación similar. Un buen ejemplo de alguien en “estado paranoico”. Obviamente su preocupación se basó en una mala interpretación: pudo haber escuchado mal, soñado algo, o ambas cosas.

Un profesional en trance negativo pudiera haber dicho: **¡En vez de criticar, debería agradecer!** En cambio, le pregunté por qué pensaba así.

Construyendo en nuestro previo buen **rapport** y como primer paso hacia la solución, acepté lo que me dijo (**acompañar**), en vez de tratar de convencerlo de lo contrario.

Me dijo que le habían sacado mucha sangre y que escuchó que planeaban venderla en el extranjero.

Mi cuestionamiento le brindó oportunidad de darme detalles. Parecería contrario a nuestros objetivos, pero de este modo sintió que lo escuchaban y tomaban en serio (**acompañamiento**).

Tomé su queja seriamente. Le dije que pensaba que eso era muy improbable porque yo conocía muy bien al equipo del hospital. Además, le comenté:

—Tu sangre no tiene buena calidad, y por ello la estamos limpiando.

Como psicóloga sin vínculo formal con la unidad de cuidados intensivos, pude ser una buena mediadora. La protección del paciente me

resultó tan importante como el interés del hospital. Mi primera reacción tocó el hecho de que la suposición del joven era incorrecta (**fortalecer su orientación a la realidad**), y al mismo tiempo le recordé que estaba allí como un paciente que necesitaba un tratamiento. Este fue el primer paso vacilante para **conducirle**: “tienes que estar aquí y ser tratado”.

Acordamos que yo podría revisar lo que le pasara y después podríamos tomar alguna decisión. Estuvo de acuerdo.

Lo que antes era “su” problema se volvió “nuestro” problema (**cooperación**). Quedamos en que podríamos tomar cualquier decisión *juntos*.

Le pregunté a su médico por qué y cuándo le extraían sangre. Me explicaron todo y me mostraron los tubos y las gráficas médicas. De hecho, además de la rutina usual, se le realizaron muchas pruebas debido a su enfermedad. Tomé todo eso para explicarle al paciente los detalles.

Le **informé** al paciente lo que el médico me dijo de forma directa. Los objetos me sirvieron como prueba de que la entrevista tuvo lugar (**sugestión con objetos**) y al mismo tiempo me funcionaron como una explicación racional del porqué se habían necesitado tantas muestras (**recuperación de la orientación a la realidad**).

Como ya anoté, se quedó más y más calmado.

—¿Así que ahora entiendes el por qué?

—Sí.

—¿Ves por qué se necesitan constantemente las muestras de tu sangre?

—Sí.

—¿La situación es más fácil de soportar ahora?

—Sí.

—¿Te quedarás?

—Sí.

—Para que el tratamiento continúe, ¿podrás?

—Sí.

Al comunicar la información, resultó una serie de síes. Finalmente, logré que el paciente admitiera que quería quedarse en el hospital y recibir el tratamiento (esta era la base de la queja inicial).

Luego, llamamos a su esposa y a su madre, y repetí la conversación en su presencia. Además, les dije que ahora la situación estaba clara y que él quería el

tratamiento.

Compartir el resultado con la familia me ofreció una buena oportunidad de **repetir** los pasos previos para reafirmarlos, puesto que la última vez lo habían visto muy agitado.

Ya que el paciente consideró que el resultado fue “muy bueno”, mientras me despedía le dije que en el futuro, si le surgían más dudas, debía aclararlas con el personal:

—Siéntete libre de preguntar cualquier cosa. Puedes confiar en todos, sea la enfermera, el médico o yo. Y nosotros encontraremos respuestas para ti.

El formato de "pregunta o duda" debilitó la situación desesperante y de desconfianza (**reencuadre**). El cierre abarcó un amplio rango de especialistas que responderían a sus dudas (**doble vínculo terapéutico**), sin importar a quiénes eligiera. Esto permitiría prevenir la situación actual, así como situaciones futuras (**orientación al futuro**).

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente exhausto y desesperado (y la familia).
- Trance negativo; estado paranoide.

Objetivos cumplidos

- Romper el trance negativo y recuperar la orientación a la realidad.
- Reconstruir la confianza con el equipo.

Nota

* VARGA, K. (2005), *Comunicación sugestiva en medicina somática*, Budapest, Országos Addiktológiai Intézet, pp. 420-433.

** El síndrome de Guillain-Barré es un desorden autoinmunitario que rápidamente causa parálisis (incluso de los músculos respiratorios), sin afectar la plena conciencia del paciente.

15. EL VOLADOR*

Dra. Krisztina Varga

Un hombre de unos 50 años concertó una cita para tratamiento dental. Hablaba rápido y con entusiasmo. Mencionó que nos recomendaba un amigo, que había quedado muy satisfecho con el tratamiento recibido hacía poco.

El día de la cita estaba muy tenso, sudando y con la cara roja. Me presenté y nos sentamos un rato en el recibidor. Platicamos un poco acerca de su amigo y tocó el tema de lo feliz que este se encontraba con la reconstrucción de su dentadura.

El paciente mostró signos de trance negativo. Salí al recibidor para esperarlo (**acompañamiento**). Mi presentación fortaleció el **rapport**, que inició con una buena base por la recomendación de su amigo; utilicé eso e hice referencia a la felicidad causada por el tratamiento, lo cual obviamente era válido también en el presente (**enfoque en objetivos, orientación al futuro y modelado**).

—¿Me acompañarías al consultorio? —le pregunté capciosamente, como reconocimiento de su fuerte papel masculino.

Mi gesto amable reforzó que se deshiciera de su miedo. Sería muy difícil de rechazar esta petición.

Un mensaje negativo hubiera sido: **¡Ya viniste, entonces entra!** Extremadamente nervioso en el sillón, explicó que después de una mala experiencia no había visto a un dentista por ocho años.

—Entiendo que estés tenso, tal vez también asustado... Me pregunto si has estado así de tenso en otra situación de la vida.

Conceptualicé abiertamente las emociones negativas del paciente (**acompañamiento y respuesta empática**).

Después de pensarla unos segundos, respondió:

—Sí, antes de despegar en un avión. Sabe, volar es mi pasatiempo, ahí es donde tengo mi dosis de adrenalina.

Respuesta perfecta. El paciente mencionó una situación positiva voluntaria de la vida, dibujando un paralelo con el tratamiento actual (**modelado**); entonces, pudo tomarse a sí mismo como un modelo en una situación diferente.

—¡Eso podría ser fantástico! Así conforme te elevas en el aire, la tensión se desvanece gradualmente hacia un estado de pacífica calma... Podrías encontrar interesante que, mientras estás recordando esas emociones, los músculos de tu cara se han relajado más.

De hecho, el sonrojo desapareció, su respiración se hizo tranquila y normal.

Transformé la excitación en calma dentro del contexto de volar (**reencuadre**), y al centrarla en la situación presente comencé las sugerencias para la relajación.

Hablamos de los pasos y de los posibles logros del tratamiento (sonrisa hermosa, comer con placer, alivio y sonrisa feliz, etcétera) y se fue con la prescripción de tomarse unos rayos X.

Además de ilustrar los pasos del tratamiento (**informar**), es muy importante la conceptualización detallada de los posibles logros (**enfoque en objetivos, orientación a futuro y positividad**).

Acudió a la cita subsiguiente con una gran sonrisa. Antes y durante el procedimiento era suficiente aludir a su pasatiempo de volar con pocas palabras, para que pudiera cooperar muy bien en las dos horas de tratamiento. Su cara mostraba calma y su respiración era normal en todo ese tiempo.

La construcción del **rapport** en la cita previa y el motivo de volar (**repetición**) proporcionaron un fondo adecuado para el tratamiento de larga duración.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente nervioso y desconfiado.
- Experiencias previas desagradables.
- Buena referencia (modelo): recomendación del amigo.

Objetivos cumplidos

- Desarrollar confianza y cooperación.
- Desarrollar relajación física y psicológica.

Nota

* Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

16. CERCA DE MÍ...*

Dra. Zoltánné Gyurkovics

Janet era una joven de 23 años, amable y sonriente, una locuaz gitana. Había tratado de embarazarse sin éxito por años. Esta vez, ella y su pareja se sometieron a una revisión clínica de pies a cabeza, pero no se les encontró ninguna anormalidad.

Por fortuna, la situación cambió espontáneamente. Cuando los conocí, ella tenía 32 semanas de embarazo y yo iba bajando las escaleras para ver a un colega. Era muy noche, pero aún había mucho ruido en el pasillo frente al cuarto de admisión y difícilmente pude caminar por ahí debido a la multitud; después supe que todos los visitantes eran miembros de la familia de Janet.

Alcancé a escuchar cuando el médico a cargo informó extensivamente a la familia acerca de las pruebas necesarias, según el tratamiento planeado, y les pidió que se retiraran por ser muy tarde. Se fueron después de discutirlo brevemente entre ellos.

—Me alegro que estés aquí —dijo mi colega—. Acaba de llegar una mujer en su semana 32 de embarazo y tiene contracciones. El médico de la sala de prepardo ordenó medicamentos para detener las contracciones uterinas y prevenir el nacimiento prematuro.

Con estas palabras me confió a Janet. La joven estaba asustada, triste y agotada por su familia. Luego de presentarme, le dije que estaba a cargo de la sala de prepardo; y aludiendo a las indicaciones del médico, recolecté sus pertenencias y las coloqué en una bolsa de nylon. Después la tomé del brazo y la acompañé al cuarto de prepardo.

La escena previa me sugirió que la joven aún estaba conectada profundamente con su familia (**rapport**), lo cual era especialmente importante para establecer rapport exitosamente. La presentación, la exposición del objetivo y el contacto físico (tocar su brazo) me sirvieron para este propósito. Además, noté que la joven podría haber estado insegura y desconfiada por los fracasos previos para concebir.

Janet movió lentamente sus piernas y se veía asustada mientras subía las escaleras conmigo. Si por ella hubiera sido, habría regresado corriendo con su familia. Era ajena al ambiente del hospital, la limpieza, el olor a desinfectante y el trabajo coordinado del equipo. Por eso tal vez identificó su estadía aquí como perder su libertad.

Ya por llegar a la sala de prepardo le expliqué:

—Tienes mucha suerte de que nadie esté en labor de parto, así que puedes

descansar tranquila en un ambiente calmado mientras recibes los medicamentos prescritos. Con el tratamiento, las contracciones desagradables desaparecerán y el bebé podrá desarrollarse sin interrupción hasta que madure lo suficiente para salir.

Mi presentación del nuevo ambiente (**informar**) incluyó al mismo tiempo sugerencias acerca de lo tranquilo y calmado del ambiente (**implicación**). Expresé de manera personal el propósito de mi intervención: las contracciones desagradables desaparecerán y el bebé podrá desarrollarse más (**motivación**).

En ese momento entramos a la sala de preparto. Le invité con entusiasmo a escoger el cuarto en que quisiera acomodarse. Pensé que juntas podríamos considerar las posibilidades: le debería gustar una o la otra. Según mi experiencia previa, las mamás primerizas aprecian este pequeño gesto y se alegran de elegir. Algunas votan por un cuarto pequeño y amigable, mientras que otras prefieren espacios grandes.

Le permití escoger (doble o en este caso **múltiple vínculo**) y así brindé sensación de control a la joven. Hacía mi trabajo rutinariamente, así que por experiencia sabía qué tan bien beneficia a las mamás jóvenes la autenticidad de una especialista.

Le hablé felizmente, según mi experiencia, acerca de que las mujeres en este estado son especialmente buenas en detectar las sensaciones internas.

Al referirme a otras mujeres, establecí un **modelo positivo** para la joven madre. Su primera y única experiencia se volvió algo colectivo, lo que disminuyó su ansiedad y soledad.

Janet observó el cuarto vacío. Se detuvo enfrente de una cama de hospital convencional y preguntó ansiosamente:

—¿Realmente tengo que acostarme aquí sola?

—Voy a estar aquí cerca de ti.

Luego rompió en un llanto desesperado.

Los detalles del lugar hicieron que la mujer se diera cuenta de lo que le esperaba...

Después de constantes preguntas, finalmente admitió su verdadero sentir:

—¡Nunca he dormido sola antes! Me temo que no seré capaz de dormirme, a menos que alguien se duerma cerca de mí.

¡Bueno, eso parecía ser un problema sin solución! Le ofrecí quedarme cerca de ella, pero sin atreverme a sugerir quedarme físicamente junto a ella para reconfortarla.

La necesidad de la paciente y mi buena voluntad no eran idénticas...

Yo quería encontrar una solución para ganar su cooperación tan pronto como

fuerá posible. Luego pensé en una técnica que aprendí y comencé:

—Janet, ha pasado bastante tiempo desde que has querido un hijo, ¿no es así?

—Sí.

—El bebé se mueve en tu vientre aún en estos momentos, ¿verdad?

—Sí.

—¿Quieres un bebé sano, verdad?

—Sí.

—Este bebé aún no está maduro. Necesita un par de semanas para crecer adentro, ¿verdad?

—Sí.

—Tu familia quiere lo mejor para ti, ¿verdad?

—Sí.

—¿La razón por la cual te trajeron en primer lugar es para ayudar a madurar a tu bebé y prepararlo para la vida lo mejor posible?

—Sí.

—¿El doctor te examinó?

—Sí.

—¿El doctor es un especialista entrenado?

—Sí.

—¿Está todo bien en el cuarto de preparto? Hay una cama cómoda, hay medicina que ayuda a tu cuerpo si lo necesitas y además me tienes aquí para platicar amablemente contigo, ¿es verdad?

—Sí.

—Entonces, ¿estás deseosa de cooperar?

—Sí —respondió llorando.

Luego, finalmente se recostó y se entregó a lo incómodo. Requería más ayuda.

Es valioso notar la estructura de la **serie de síes**:

- En un inicio, mis preguntas se refirieron al bebé, primero específicamente al deseo y después a la experiencia indiscutible (moverse).

- Luego, pregunté acerca del problema (necesita tiempo para crecer) y la familia; la conexión con quienes querían lo mejor para ella

y tan acertadamente la llevaron al hospital.

- A partir de aquí, pregunté acerca del médico, un especialista bien entrenado.
- Enseguida, acerca de las circunstancias del cuarto de preparto.
- Y de ese modo, casi invisiblemente, pasamos del bebé deseado a las buenas intenciones de la familia, el especialista y la situación del momento.

Mi introducción de la sala de preparto sirvió de nuevo como un contexto para sugerencias positivas: comodidad, ayuda para el bebé y compañía amable (**sugerición indirecta y positividad**).

Lo más lógico, aunque contraproducente, hubiera sido expresar: **No se preocupe, nada le va a lastimar aquí**. La joven ya sabía que la cardiotocografía y los sensores no le causarían daño. Aun así, estalló de nuevo en llanto cuando preparé el medicamento para el bebé. Esta vez la felicité por la valentía maternal, en cuanto a lo mucho que estaba dispuesta a hacer por su nuevo y precioso bebé.

Cuando llegó el nuevo obstáculo (medicamento), fue suficiente con referirme a su actitud de valentía maternal (**motivar**)...

Luego usando un **doble vínculo** le pregunté:

—¿En qué brazo crees que sea más conveniente aplicar el medicamento?

En especial, si la madre tiene de dónde escoger (**repetición y doble vínculo**).

Estiró su brazo izquierdo y comentó que no había recibido ese tratamiento antes. Sintió miedo de quitar el brazo justo cuando la aguja entrara en su brazo, pero no lo hizo, y elogié constantemente su valentía.

A pesar de su anticipación negativa, mostró signos de cooperación al advertirme sobre un posible problema.

Me senté a un lado en su cama, y comencé a **reencuadrar** las cosas para ella:

—Janet, ¿alguien de tu familia ha tenido ese tipo de experiencia?

—No, a nadie le han picado el brazo, ni ha estado en un hospital.

—¡Entonces, estás participando en una aventura que nadie sabe a parte de ti! ¡Cuando vayas a casa, podrás decir con orgullo que exploraste toda la sala de preparto y que incluso probaste la inyección! ¡Vas a aprender muchas cosas aquí y muchos de nosotros podremos ayudarte cuando vengas en el futuro!

El hecho de que, como especialista, me tomara tiempo para

sentarme, sirvió por un lado para satisfacer su necesidad de compañía (dentro de mis límites de acción, **acompañando**); y, por otro lado, implicó atención y cuidado (**sugestión no verbal**).

Reencuadré la situación como una aventura para la paciente, que podía *beneficiarse con ella, y al mismo tiempo imaginarse a sí misma en el futuro* (**modelado, orientación a futuro**) cuando la familia la buscara por lo que había pasado y aprendido (**motivando**).

Mi sugerión contenía mensajes entremezclados acerca del nacimiento: explorar el cuarto de labor, aprender muchas cosas, el enriquecimiento y el regreso. Esto **implicó** que la terapia recibida era exitosa, del mismo modo que el futuro nacimiento.

Mientras tanto, se continuó con la administración de medicamentos lentamente. La medicación intravenosa también ejerció su efecto y las contracciones pararon. Janet finalmente se calmó por completo.

Posteriormente, ingresó otra mujer que esperaba a su tercer bebé. Se volvió su vecina. Estaban muy felices de conocerse, y pudimos escucharlas platicar y reír toda la noche.

La fe comenzó...

Un par de días después, la vi en la unidad de patología para mujeres embarazadas. Me recibió con una amplia sonrisa, me dio un abrazo y me preguntó amablemente:

—¿Puede estar conmigo en la sala de preparto? ¡Su presencia significaría mucho!

No pude resistirme a su petición.

Después Janet se fue a casa, su bebé creció sanamente en su útero y mantuvimos contacto constante por teléfono. Esperé que tuviera un parto agradable cuando le llegara el tiempo a su bebé. ¡Estaba segura de trabajar para esto!

El buen **rapport** construido hasta ese momento y la exitosa situación sentaron buenas bases para una futura colaboración. Es poco frecuente que se registren los testimonios de los pacientes, lo cual es bueno para los especialistas; a menudo se quedan cortos con la realidad, pero eso también está bien.

La joven pertenece al grupo de personas que pueden decir cuánto la beneficiaron las palabras de una especialista; en la mayoría de los casos, no sucede así, que también está muy bien.

Análisis del caso

Situación inicial

- Fuerte conexión con la familia.
- Mujer embarazada insegura y ansiosa.

Objetivos cumplidos

- Hacerse cargo de la conexión emocional.
- Motivación para la terapia.
- Calmarle y relajarle.
- Prepararla positivamente para dar a luz en el futuro.

Nota

* Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

17. P... máquina*

Dra. Réka Magassy

Una joven fue trasladada de urgencia a la sala de cirugía, por pérdida prematura de placenta. Difícilmente hablaba el idioma oficial, así que había que tomar en cuenta las variaciones de su tono de voz. Estaba en los últimos meses de embarazo. El sangrado se le detectó a tiempo, y su ritmo cardiaco era bueno. El equipo tuvo tiempo para organizarse.

Estuve tratando de tranquilizarla:

—Todos se están preparando para ayudar al nacimiento del bebé. Todo está bien y el bebé nacerá en un par de minutos. Luego mis colegas lo examinaran y podremos encargarnos de él para que descanses. Cuando despiertes después de la cirugía, te sentirás más fuerte que antes.

Expliqué el ajetreo de los especialistas (**informar** y **positividad**) y por qué era necesaria la cirugía (**objetivos** y **orientación a futuro**), enfatizando que el bebé estaba bien (**positividad**). Asimismo, expresé por qué la intervención era necesaria en ese momento.

Le dije a la paciente por anticipado lo que le ocurriría cuando estuviera inconsciente (**informar** y **positividad**). Le transmití el mensaje de que lo que ocurría era con cuidado, y enfaticé el interés por la salud del recién nacido.

Además, di por hecho que se recuperaría después de la cirugía: “descansarás y te pondrás mejor” (**positividad** y **orientación a futuro**). Esto brindó un marco positivo al hecho de que el bebé nacería por cesárea y que los separarían después del parto.

Mi colega estuvo de acuerdo y dijo:

—No hay nada malo en particular, pero será bueno si lo intentamos —expresó refiriéndose a la cirugía—. Ahora solo esperamos al doctor.

Desafortunadamente las palabras de mi colega involucraron posibles problemas (**implicación negativa**). La frase “ahora solo esperamos al doctor” no resultó tranquilizante en esta situación.

La futura madre me volteó a ver:

—¿Hay algún problema?

La paciente se preocupó. Es valioso señalar que ella me preguntó a mí, que antes le brindé apoyo y calma (**rappor**).

—Ninguno. La placenta se desprende como resultado de las contracciones. La razón por la cual vamos a la sala de cirugía es porque el bebé nacerá pronto. De ser necesario, le daremos oxígeno y líquidos. ¿Puedes escuchar qué tan emocionados se oyen los latidos del bebé? ¡Se conocerán pronto!

En este caso, hice lo correcto: negar (“ninguno”). La futura madre me preguntó abiertamente si había algún problema. De cualquier forma, mi respuesta fue corta y no repetí la palabra “problema”. Le **informé** continuamente sobre los hechos y de manera **positiva**.

Mi información enunció lo que ocurría como un hecho y las razones posibles de la cirugía (**positividad e informar**). Además, le informé acerca de las medidas para garantizar la seguridad del bebé (oxígeno, líquidos, etcétera).

Al decirle “vamos”, le transmití la idea de que yo estaría con ella, y expandí el **rappor** hacia los colegas que le habían proporcionado los cuidados previos.

Dirigí la atención de la paciente hacia “los latidos emocionados”, con lo cual reencuadré por completo el escenario: la situación apresurada se transformó en excitación positiva (**reencuadre**). El mensaje principal fue: “¡Se conocerán pronto!” (**positividad, orientación al futuro y motivación**).

Ella sonrió. Le ayudamos a pasar de su cama a la camilla transportadora y después a la mesa de operaciones.

Compuse la situación con éxito.

Creo que gané otra batalla. Esperen, no lo hice. El anestesiólogo exclamó cerca del rostro de la paciente (ya inconsciente):

—¡Esta *p...* máquina de nuevo...! Difícilmente puedo ver lo que pasa en la pantalla.

Sin comentarios.

Análisis del caso

Situación inicial

- Madre asustada.
- Intervención no planeada.
- Sugestiones negativas de colegas.

Objetivos cumplidos

- Calmarla.
- Enfatizar el resultado positivo.
- Proteger de las sugerencias negativas del ambiente. (La última sugerición resultó impredecible.)

Nota

* MAGASSY, R. (2010), Csata (Bagatell). /Battle/ Hipno-Info, 2010 téli száma, p. 165. Nota de la Editora: La expresión “p...” sirve para insinuar la palabra pinche, vocablo malsonante o inconveniente, que en este caso se utilizó para quejarse del mal funcionamiento de la máquina.

18. BOSQUE*

Dra. Ágnes Rákócziné Krämer

Conocí a Katalin seis años atrás, cuando esperaba a su primer bebé. En esa ocasión yo había estado trabajando en nuevo lugar por un año, cuando me llegó la oportunidad de practicar la partería. Ella fue la primera mujer que me pidió acompañarla en el proceso de dar a luz. Fue un deseo curioso, puesto que ella sabía de antemano que le practicarían una cesárea; *padecía hipertensión y sobrepeso, y el estatus del alumbramiento estaba impreciso.* Ella y el médico acordaron una cesárea.

El médico me dijo que Katalin quería conocerme. Al principio no entendí por qué quería a una partera si le harían cesárea. Por supuesto, el médico la conocía mejor y agregó:

—Incluso le interesa la persona que sujetá la sonda para hacerle un enema.

Cuando nos conocimos, comencé a entender las razones detrás de su decisión: Estaba constantemente ansiosa; un par de años atrás había desarrollado fobia a quedar embarazada, recibió tratamiento y desde entonces permaneció en contacto con su psicólogo. Para ser honesta, no sabía realmente cómo apoyarla aparte de ser amable y comprensiva.

Cuatro años después, volví a saber de ella por su doctor. Luego hace seis meses nos reencontramos en el hospital; ella estaba a la mitad de su embarazo, y al igual que su madre esperaba con emoción al nuevo bebé. Interesante: solo un par de días antes me pregunté qué había sido de ellas después del primer bebé.

Justo como la primera vez, estuvimos planeando el nacimiento, pero en esta ocasión podría aplicar lo que recientemente había aprendido del entrenamiento en comunicación sugestiva, al menos eso esperaba.

Mi conexión previa con la paciente proveyó una excelente oportunidad para restablecer un buen **rapport**.

En la mañana de la cirugía, siguiendo los preparativos usuales (enema, rasurado, baño y aplicación intravenosa de los medicamentos indicados por el médico), aguardábamos a su esposo y la cirugía en un cuarto con una cama, al tiempo que escuchábamos el ritmo cardíaco del bebé.

Katalin estaba muy nerviosa e intenté no dejarle sola. Tenía miedo de que se le acelerara el corazón o sufriera un ataque de pánico y estaba preocupada de lo que le pudiera pasar en el quirófano.

Mi presencia (conocida) fue de hecho un factor de relajación.

Como primer paso le dije:

—¡Qué maravilloso es estar aquí de nuevo, y pronto podrás sostener en tus brazos a tu muy anhelado bebé! Escucha su calmado y rítmico latir del corazón; está esperando en calma el alumbramiento.

Le pregunté qué tipo de aromas le agradaban y le llevé una vela perfumada. La luz de la vela podría recordarle una pacífica relajación. Me dejó escoger música, así que puse una grabación con ambiente de bosque.

Con la palabra “nuevo”, le recordé el previo y buen **rapport**, además de que anticipé un éxito innegable debido al primer nacimiento (**serie de síes**).

Entonces, proporcioné la **orientación al futuro** como sugestión clave (**objetivo**), “pronto podrás sostener en tus brazos”, mezclada con un nuevo factor (“el calmado y rítmico latir de su corazón”, que puede escucharse). Esto lo acentué aún más al seleccionar cuidadosamente los adjetivos que volvieron la situación agradable, rítmica y pacífica (**reencuadre**).

El esposo no había llegado todavía, cuando pude ver que el miedo la estaba invadiendo. Ella dijo:

—¡Siento que mi ritmo cardíaco se está incrementando!

—Es un fenómeno natural antes de la cirugía, como cuando alguien está a la espera de una situación. El ambiente biológico incrementa el nivel de adrenalina, que en este momento es útil porque activa al bebé y le ayuda a adaptarse al mundo exterior. Funciona de la misma manera cuando el nacimiento ocurre, pero a la inversa; ¡sabemos qué bien le ayuda al bebé en la labor de parto! —le expliqué mientras le tomaba la presión, que registré completamente normal—. Sabemos que ambos están bien y que se verán pronto, podrás tocar y acariciar a tu bebé.

La mujer en labor de parto puede anticipar la posible llegada del malestar. Respondí inmediatamente, **reencuadrando** como la espera natural del evento.

Habría sido un desacuerdo decir: **¡No se preocupe, nada saldrá mal!**

Acompañé el reencuadre con **informar** de manera profesional, en particular los beneficios. Siguiendo el principio de progresión, primero cambié el problema a una reacción y luego a un beneficio. Mientras tanto, regresé una y otra vez la antes mencionada palabra “ayuda”; pero ahora la madre ayudaba al bebé.

Cerré con una sugerión orientando al futuro: expliqué en

diferentes modalidades (ver y tocar) el primer encuentro con el bebé.

Ella se controlaba bien a pesar de que se notaba visiblemente nerviosa. Como mencionó que a veces hacia relajación, le dije que esta técnica podría ayudarle ahora también. Aceptó felizmente.

A pesar de los pasos previos, la relajación no pareció ser suficiente. Así lo noté y actué en consecuencia. Mi relación previa con Katalin fue una ventaja importante, porque estuve consciente de su experiencia en relajación.

—Katy, colócate en una posición cómoda para ti y para tu bebé, la que te relaje más. *En esta agradable y relajada posición, puedes sentir cómo tus músculos se relajan, tu cabeza descansa en la almohada y tus ojos se cierran; tu respiración llena tu pecho muy suavemente, de modo que el oxígeno fresco se disuelve en tu circulación y lleva sustancias valiosas a los lugares adecuados, en ti y en el bebé, bien... eso es... bien y poco a poco... como una sensación agradable en tu cuerpo... Imagínate en un lugar hermoso y agradable donde te sientes cómoda. Esto te relaja, es maravilloso estar aquí... sientes infinitamente calma y relajación. Disfruta este hermoso lugar y podrás recordar volver a este maravilloso lugar cuando quieras, tan con cerrar tus ojos y evocar tu lugar favorito... Y esta pacífica y relajante sensación resurgirá de nuevo... cuando estemos en el quirófano podrás escuchar muchos sonidos, incluidos los sonidos de las máquinas, que ayudan al personal médico a observar tus funciones básicas para que todo funcione de forma segura. Por lo tanto, puedes despreocuparte de estos sonidos y luces, y esperar calmadamente a que tu bebé llegue. Serás capaz de distanciarte de lo que está pasando en el quirófano en cualquier momento que quieras, al recordar las sensaciones de este lugar agradable. Ahora, con calma y poco a poco te vas haciendo consciente del cuarto de prepardo, donde podemos esperar tranquilamente que llegue el nacimiento de tu bebé.*

A una serie de sugerencias iniciales que apoyaron la relajación (postura, almohada y respiración), agregué la imagen del lugar favorito. Hablé abiertamente: no dije cómo era este lugar; dejé a la paciente usar su imaginación.

Mencioné adjetivos positivos, repetidamente (cómodamente, calma, relajada, agradable, hermosa, maravillosa). Tracé la escena relatada por las sugerencias en un lenguaje de “aquí y ahora”, lo que enfatizó más la realidad en tiempo presente, por ejemplo: “es maravilloso estar aquí”, en vez de “qué bien podría ser si estuvieras allí”.

Tomé la situación agradable y la transferí al futuro, en una forma controlable para la madre (**dando sensación de control**). Al final de la relajación, **reencuadré** las actividades del quirófano: di un significado de ayuda y seguridad a los “molestanos” sonidos y luces.

Repetí varias veces la habilidad para distanciarse a sí misma (**dando sensación de control**) y la acompañé de adjetivos en positivo: agradable y relajada.

Cuando su esposo llegó, los dejé para que pudieran estar juntos. Katalin se sintió visiblemente mejor y admitió que la relajación se sentía realmente bien. En el quirófano, luego de la anestesia, ocurrió lo usual: recostada, lavado, aislamiento y el vestido arriba. Esperé a que el recién nacido llegara.

Un par de minutos después de comenzar la cirugía, los médicos estaban muy ocupados cortando el peritoneo y la anestesia funcionaba perfectamente, cuando de pronto Katy dijo:

—¡Me siento fatal, me voy a desmayar!

Ninguna anomalía se veía en la pantalla. La presión sanguínea y la saturación de oxígeno estaban bien; y el pulso, un poco alto, pero en un buen rango. No había sangrado alrededor del área de la cirugía. Por lo tanto, no había ninguna causa física para su malestar.

Verifiqué si había alguna causa posible de su malestar, pero objetivamente hablando nada podía justificarlo.

Cuando llegué a una conclusión (acerca de las causas físicas), se la compartí inmediatamente:

—¡Katy, todo está bien! Recuerda lo que hablamos, tú puedes recordar ese lugar agradable donde acabas de estar.

—Sí, sí, yo sé.

Esto me ayudó para usar sugerencias que pudieran relajarla:

- En una situación crítica, el uso de series cortas de **sugerencias directas**, en un marco de referencia positivo, pero con la instrucción de recordar su lugar agradable.

- El fraseo referido de nuevo a la realidad subjetiva: “donde acabas de estar”; y que no mezclé con nada que pudiera opacar la sensación (por ejemplo, lo que ella se imaginó o de lo que hablé).

- La sugerición referida a la experiencia directa de que ella había estado allí.

Ese intermedio únicamente duró un par de segundos. Después los eventos ordinarios continuaron sin interrupción: Nació un bebé saludable y ella lo amamantó después de salir del quirófano. Los tres, madre, padre e hijo estaban muy felices.

La intervención fue un éxito.

Un par de días después del nacimiento, hablamos de la vez que Katalin estuvo en

el quirófano. Me dijo que a pesar de que otras personas imaginan playas o el mar en una situación similar, ella pensó en un bosque: ahí pasó su niñez y ahí llevó a su primer hijo un par de veces; estaba muy interesada en este bosque, y feliz de poder visitarlo pronto también con su otro hijo.

La música suave le ayudó a sentirse realmente relajada y descansada cuando abrió sus ojos. En el quirófano, cuando mencionó que se sentía mal, se refería a la misma sensación con la que comenzaban los ataques de pánico. Realmente se asustó de que algo malo le ocurriera a ella y a su bebé; pero al oír mi voz —yo estaba detrás de la pantalla plegable esperando al bebé con una toalla esterilizada— y recordar lo que habíamos platicado, se acordó del bosque y las sensaciones agradables que venían con ello.

Como no soy psicóloga, nunca antes había sentido el poder de las palabras con tanta contundencia. Fue una experiencia asombrosa.

Análisis del caso

Situación inicial

- Nerviosismo e impaciencia.

Objetivos cumplidos

- Calmar.
- Prevenir el desarrollo de un ataque de pánico.

Nota

* Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

19. BUSCANDO MI DINERO...

Dr. Gábor Székely

Durante el turno de noche, me llamaron tres veces de la unidad de cuidados intensivos. Me dijeron por teléfono que el señor J.K. estaba muy molesto. Fui a verlo y lo encontré acurrucado (como feto); le habían practicado una gastrostomía debido a una úlcera péptica y subsecuentemente lo enviaron a nuestra unidad por serias enfermedades concomitantes. La operación se desarrolló bien, y en el periodo posoperatorio parecía tranquilo hasta este incidente.

Cuando entré de guardia, alcancé a escuchar un intercambio extraño de palabras:

—No, nadie quiere robar su dinero, créame por favor.

Me aproximé al paciente.

Las repetidas llamadas sugerían que trataron de tranquilizarlo de formas diversas.

—Buenas noches.

—Váyase.

—¿Qué quieres hacer?

Llegué calmado y saludé al paciente acorde con las reglas básicas de un visitante (construyendo **rapport**). Después de la respuesta de rechazo, me dirigí hacia el paciente con una pregunta abierta, para brindarle **sensación de control** y transmitirle el mensaje de que él como paciente tenía (o puede tener) deseos, decisiones y un rango de acción, en contraste con la típica respuesta en negativo que escuchó al llegar: “No, nadie quiere robar su dinero, créame por favor”.

—Voy a conseguir mi dinero, ¡no voy a dejar que me roben todo mi dinero!

—Soy el médico Gábor Székely, el médico a cargo —me presenté estrechando su mano—. ¿Sabes dónde estás ahora?

—Por supuesto —contestó inseguro.

—Bueno, te diré: después de una cirugía, mucha gente no sabe exactamente dónde está, es absolutamente natural.

Pude medir la situación con base en lo que escuché al llegar (es decir, que el hombre estaba buscando su dinero). La conducta paranoica se

hacía inevitable.

Luego, me presenté estrechando las manos del paciente y enseguida profundicé el **rapport** y **lo orientó a la realidad**, ya que le mencioné hechos innegables de la situación real (dar su nombre y posición) y le pregunté: “¿sabes dónde estás ahora?”.

Después de la respuesta insegura del paciente (“por supuesto”), le proporcioné **información (orientación a la realidad)**, al mismo tiempo que agregué que ese fenómeno era natural. De esta forma, brindé información acerca de la situación real permitiéndole tomar control y dignidad (**comunicación indirecta**).

Interrumpió preguntando:

—¿Dónde está mi dinero?

—Creo que en el departamento de cirugía.

—Todas mis cosas han sido robadas —gritó enojado.

—J. —le hablé por su nombre—, debes recordar que ayer te practicaron una cirugía, y después llegaste aquí. Cuidaremos de ti algunos días. El Departamento de Cirugía está en el cuarto piso y ahora estamos en el segundo, así que todas tus pertenencias, ropa, papeles y dinero están allí, en el guardarropa, en donde las dejaste. ¿Necesitas algo ahora?

Le respondí con tranquilidad, cuando buscaba desesperadamente su dinero. Profundicé el **rapport** al llamarlo por su nombre.

Después de la **sugestión directa** (“debes recordar”), referí los eventos del periodo previo con varios hechos (**informar**). Terminé la información con una pregunta abierta, que fortaleció la **sensación de control**, justo como lo hice con la pregunta abierta anterior (**repetición**).

—Me quiero bañar.

—J., tú sabes que la operación fue buena y tu estómago se está recuperando bien. ¿Puedes sentir el vendaje que protege tu estómago? —dije tomando su mano para colocarla sobre la gasa de su estómago—. Para asegurar que la operación cure, debemos asegurarnos de que el vendaje permanezca seco.

El paciente cambió de actitud: quería bañarse. Este fue un paso en buena dirección, porque dejó de buscar su dinero y de hacer acusaciones; pero al mismo tiempo complicó la situación, ya que había que darle una respuesta negativa (“no podía bañarse”). En vez de una refutación abrupta a su nueva petición, le ofrecí opciones mediante un enlace de hechos con cuatro componentes (**serie de síes**):

1. La operación fue buena.

2. Tu estómago se está curando.
3. ¿Puedes sentir el vendaje?
4. Protegiendo tu estómago.

Utilicé la expresión “J., tú sabes” para la **repetición** y el fortalecimiento del **rapport**. A continuación, describí cómo cooperar más y mantener seco el vendaje (**rapport** e **informar**): nótese que nunca mencioné palabras como herida, resultados desfavorables, infectarse, llenarse de agua, etcétera (**positividad**).

—Quiero bañarme.

—Seguramente tendrás oportunidad de hacerlo y, más aún, de que te ayuden. Las enfermeras te ayudarán a bañarte dentro de una hora; te apoyarán en todo.

El paciente repitió su deseo: la pretensión de ir a casa quedó a un lado, para enfocarse únicamente en bañarse. La situación se hizo más fácil de aquí en adelante porque su interés podía ser satisfecho. Al final de la entrevista, dirigí la atención del paciente hacia la ayuda que recibiría de las enfermeras (transferencia del **rapport**).

La conversación duró unos minutos en realidad. El señor J. se calmó y no se fue por un baño. Tampoco siguió buscando su dinero.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente acusador y de mal humor.
- Orientación de la realidad temporalmente alterada, estado de trance negativo.

Objetivos cumplidos

- Detener el trance negativo
- Restaurar la orientación de la realidad.
- Promover la cooperación con todo el equipo.

20. DEL RECHAZO TOTAL A LA PETICIÓN DE CONSEJO

Psic. Eszter Biró

Una mujer de 49 años, acompañada de su esposo, fue trasladada en ambulancia desde la casa hogar hasta el hospital. La habíamos tratado antes por síntomas originados de un tumor cerebral. De todos modos, los síntomas se habían intensificado hacia poco tiempo como resultado del incremento de presión en su cerebro, razón por la cual requirió ingresar esta vez (con su consentimiento en una cita previa).

La doctora responsable me informó de su arribo y me solicitó la consulta porque la paciente estaba reacia a responder preguntas y había rechazado todo tipo de apoyo, incluida la inyección para aliviar la presión de su cerebro. La doctora me pidió “hacer algo”, porque ella necesitaba la cooperación de la paciente para actuar.

Al entrar en el cuarto de la mujer, su esposo se levantó y se dispuso a salir, pero le pedí quedarse.

Decidí incluir al esposo. A los familiares también les afecta la situación, especialmente si deben atender al enfermo. Por lo tanto, era importante que el esposo estuviera presente, para que fuera parte de las decisiones y se involucrara activamente.

Me presenté con la paciente y luego con el esposo. Y enseguida les solicité permiso para sentarme.

La presentación fue un factor requisito para la construcción del **rappor**; también me sirvió para invitar al esposo a quedarse (**repetición**). Sentarme **implicó** que planeaba permanecer allí tanto como fuera necesario para ponerles atención y escucharles. Al pedirles permiso, ellos asumieron la libertad de escoger y autonomía, lo que fue probablemente inesperado; un pequeño gesto transmitió que todo lo que sucediera allí sería con su consentimiento (“estás activamente participando en todo”).

Le pregunté cómo se sentía, de dónde venía y cómo llegó. Me enteré de que la transportaron en ambulancia desde su casa. Estaba asustada por desconocer qué esperar aquí.

—Apenas puedo pensar, me duele mucho mi cabeza.

A pesar de que la doctora me había dado información, de todas

maneras pregunté a la paciente acerca de su ingreso. Todas mis preguntas fueron abiertas y **positivas** (no expresé nada negativo como “¿se siente usted muy mal?”, o “¿ya no puede aguantar más?”).

Preguntarle “¿cómo llegó?” era importante porque le recordó a la paciente la razón por la que llegó y que obviamente ella lo quiso (**motivación**). Mis preguntas —especialmente la que destacó su motivo— acentuaron el mensaje aún más (que fue iniciado con el permiso para sentarme): ella no era un sujeto pasivo sino un participante activo en su tratamiento (**repetición**). Sus respuestas a mis preguntas abiertas me proporcionaron información importante (acerca de la incertidumbre y miedo de la paciente).

—Veo que encuentras difícil hablar.

—Sí, una doctora vino y también me hizo toda clase de preguntas. Intentó ponerme medicamento en la venoclisis, pero no quiero nada; ya tuve demasiados medicamentos.

Mi observación obviamente encontró las puertas abiertas (**acompañamiento**). Con su respuesta inmediata, la paciente apuntó al problema clave (aceptar el medicamento); por suerte, mencionó al mismo tiempo el motivo de su decisión.

—Has tomado un montón de medicamentos desde que enfermaste.

—Y no tienen efecto. Me enfermo más y más.

—Encuentras difícil confiar en los medicamentos. Te comprendo.

Estuve formando otro conjunto de afirmaciones indiscutibles (**serie de síes**). A pesar de sus cortas respuestas, la paciente se estaba abriendo más y más; y espejeé las respuestas (**acompañamiento**), pero las reencuadré un poco: en lugar de “no tiene efecto”, dije “encuentras difícil confiar”, que implicó un mejor efecto del medicamento. Mi respuesta aparentemente encontró la aceptación de la paciente y al mismo tiempo abrió otra oportunidad, en vez del rechazo por completo a la medicación. La frase “te comprendo” expresó mi empatía, y esto nos acercó.

—Y la doctora me atosiga demasiado. Ni siquiera sé si ha leído todos mis documentos médicos.

—Puedes tener la seguridad de los cuidados de la doctora. Ella siempre comienza sus visitas leyendo todos los documentos de los recién llegados.

Al estar en trance positivo, acertadamente evité decir: “**¿Por qué es tan desconfiada?**”.

Otro conjunto importante de información emergió: la paciente

sentía que la doctora se apresuraba demasiado, y abiertamente expresó desconfianza sobre ella (también). Mi respuesta significó una declaración basada en los hechos y llena de seguridad acerca de mi colega.

—Pensé que a todos les daban lo mismo aquí.

—Para nada. Es muy importante dar un tratamiento individual cortado a la medida. Cada persona es diferente y cada una recibe una combinación adecuada. Por eso la doctora está aquí, para *saber lo que necesitas*.

Remarqué que la paciente había malinterpretado al personal de la unidad médica. Para aclarar esto, le brindé información acerca de la práctica del hospital, de forma positiva y **repitiendo** mucho las sugerencias clave: “combinación adecuada” y “lo que necesitas”.

—Pero ya no puedo pensar. Ni siquiera sé lo que quiero o por qué me duele tanto la cabeza. ¿Qué debo hacer ahora?

—¿Me permitirías sugerirte algo?

—Pues sí. Sería bueno, porque ya no puedo pensar.

La paciente pidió consejo. Pasó del rechazo total a la petición, en un par de frases. A pesar de ello, no di una respuesta inmediata. En cambio, pedí permiso (**repetición**) para dar consejo, lo que además apoyó la **autonomía del paciente**. Era importante que el consejo llegara en respuesta a la solicitud explícita del paciente.

—Te sugiero aceptar el medicamento que la doctora recomendó. Esto te mejorará pronto, aliviará tu cabeza y podrás pensar con claridad. Después tendrás oportunidad de preguntar todo a la doctora: lo que quieras y no.

En este punto la psicóloga decidí sugerir “únicamente” (**repetición**). Enlisté una serie de sugerencias positivas: 1) el medicamento es bueno; 2) te mejorará pronto; y 3) aliviará tu cabeza. Esto podría “sanar” tus quejas y que no puedas pensar con claridad.

Reforcé el efecto al referir el tiempo posterior a la toma del medicamento (**orientación al futuro**): te hará bien platicar con la doctora acerca de lo que quieras (**motivando**). De este modo, volví a subrayar su **autonomía** e involucrarla en su tratamiento.

—Bueno, si usted lo dice... está bien.

—Entonces, ¿puedo llamar a la doctora y a la enfermera para que traigan tu medicamento?

—Claro, que vengan.

La paciente aceptó la propuesta: De cualquier forma, la incité a

reafirmarla de nuevo (**positividad y repetición**).

Luego de su respuesta afirmativa, le dije adiós y le deseé lo mejor con su medicamento:

—Verá que irá pensando con mayor claridad gota a gota.

Corré a decirle a la doctora que se apurara mientras la paciente estaba accesible.

Nombré otra vez las **sugestiones positivas** en relación con la administración del medicamento (**repetición y sugestiones directas**): no quedó duda de la efectividad del medicamento, y esperamos que todo vaya bien, etcétera.

Al final resultó que la paciente se benefició mucho por este pequeño acto, y se volvió uno de nuestros pacientes más agradecidos. Unos días de tratamiento implicaron una reducción significativa de sus síntomas. Después estaba lista para dejar el hospital y recibir cuidados en casa.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente resentida.
- Dolor.

Objetivos cumplidos

- Aceptación del tratamiento sugerido.
- Desarrollar confianza dentro de la unidad y con los especialistas.

21. DESCANSEMOS... GRITEMOS...*

Dra. Katalin Kondor

Llegué a mi turno nocturno en la sala de partos. El médico a cargo y una enfermera (responsable del baño de las mamás) estaban sentados en la sala de partos como un ejército derrotado, y ella me dijo:

—Por fin llegaste. Haz algo con la mamá para comenzar la labor, porque el doctor ya intentó de todo.

Ver a mis colegas exhaustos y ya sin ideas agregó una carga a la situación. La “invitación” de la enfermera era pública, así que el resultado de la intervención también lo sería. Estas circunstancias constituyan una fuente de inspiración para algunos (no para todos).

La futura madre estaba de pie en el baño, gritando tenazmente que ya no podía esperar más.

Los signos de trance negativo eran evidentes. Y si hubiera carecido de entrenamiento en técnicas sugestivas habría dicho: **¡No pierdas tiempo gritando porque quedarás exhausta!**

Ella tenía 21 años y estaba esperando a su primer bebé. Por la época, era raro ver a una madre tan joven —en Hungría. Usaba tatuajes y aretes en el cuerpo. Su pareja se encontraba en el baño con ella, pero al parecer también estaba desesperado. Me dio la impresión de que el bebé no había sido planeado y que no llevaban mucho tiempo de relación.

Basándome en una primera impresión, mi opinión de la pareja no era muy favorable.

La joven luchaba con todas sus fuerzas en contra de los dolores, desde la mañana había estado en labor de parto y tenía tres centímetros de dilatación. Me presenté y en el siguiente momento tuvo una fuerte contracción, se tensó todo su cuerpo y sintió un fuerte zumbido de oídos.

Presentarme fue un factor crucial para establecer **rapport**. Al principio nada más había observado.

La felicité por manejarlo muy bien. Durante la siguiente contracción, la animé para dejar salir la voz cada vez más fuerte, para que toda la sala de partos supiera que su matriz estaba trabajando y que su bebé estaba abriendose paso a su manera.

La clave de la solución: no traté de “aconsejar” en contra de gritar, sino que lo acepté y, es más, lo alenté (**sugestión paradójica**, primer elemento del **acompañamiento**). En contraste con lo sucedido previamente, le di un significado diferente a gritar (**reencuadre**): “es la señal, el mensaje de los procesos naturales de nacer, el trabajo de tu matriz”; y lo asocié con el objetivo esperado, la salida del bebé (**positividad y orientación al futuro**).

Así lo hicimos durante varias contracciones. Entonces, le pedí que notara cuándo su abdomen se relajaba y su matriz tomaba un descanso, para que pudiera descansar también; le sugerí que me lo indicara inhalando lento, muy lentamente, y exhalando aún más lentamente.

Dirigí la atención hacia el funcionamiento rítmico de la matriz. Y anticipé la posibilidad de “descansar” (**motivar**), ya que al haber estado en labor desde la mañana debía estar muy cansada. Le solicité indicios de todo ello (**fortaleciendo el rapport**), y le asigné una tarea (por ejemplo, respirar lento) para apoyar el objetivo buscado: mantener la calma y disminuir la agitación fisiológica.

Al comienzo, el descanso no se logró entre las contracciones. Ella quería por todos los medios seguir gritando “no puedo soportarlo más”. Le sugerí prestar atención cuando llegaran los dolores (yo necesitaba saber para ayudarle), y gritar únicamente durante la contracción, pero ahora lo más fuerte posible.

A pesar del aparente fracaso (que el descanso no se había logrado) continué con la misma estrategia: gritar únicamente durante las contracciones (y no en los dolores) era un signo de **positividad**; permitírselo constituyó un **acompañamiento** y al mismo tiempo una restricción y **conducción** (solo durante la contracción).

Seguí dictando el ritmo con el “descansemos... gritemos...”, por otro cuarto de hora; y luego gradualmente sustituyó los gritos por un lento exhalar y un involuntario pujar. Su cuerpo ya no estaba tenso tampoco. Después de dos horas dio a luz a su bebé, sin gritos exagerados.

En línea con el **rapport** creado, tomé el liderazgo de la situación y alcancé el objetivo mediante elementos de acompañamiento y conducción. Usé el fraseo “descansemos... gritemos...” en conjunto (**rapport** sostenido y complicidad).

No esperaba resultados inmediatos (**principio de aproximación sucesiva**), el lento respirar, la relajación y conseguir la sintonía del ritmo natural del nacimiento emergieron lentamente.

Análisis del caso

Situación inicial

- Mujer en labor de parto en trance negativo.
- Paciente focalizada en el dolor.

Objetivos cumplidos

- Establecer *rapport*.
- Introducir periodos de relajación en el continuo estiramiento.
- Redirigir la atención a los signos del cuerpo durante el parto.

Nota

* Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

22. LAVADO DE VÍAS RESPIRATORIAS*

Dr. Gábor Székely

El paciente difícilmente podía comunicarse, debido a la respiración artificial después de la intubación. Nos enteramos por la familia que él no sabía leer ni escribir. Había recibido atención médica previa por enfermedades respiratorias, pero nunca antes requirió asistencia para respirar. Durante el tratamiento se intentó intubarlo tres veces, pero cada vez se retiraba la sonda por agotamiento.

La sombra de la derrota evidentemente se basó en el cuarto intento.

—¿Cómo te sientes?

—Nada bien.

—¡Te ves mucho mejor que ayer! —dije con sinceridad, sin obtener respuesta—.
¡Ya respiras por tu cuenta! ¡Sin ayuda! Lo estás haciendo muy bien.

—Pero es difícil.

—El estado saludable y normal regresa.

En trance positivo, obviamente descarté preguntar: **¿Cuál es el problema?**

Comencé con una pregunta abierta, sin mencionar la fatiga, frustración u otros sentimientos que lógicamente podrían haber surgido en sus circunstancias. En cambio, enfaticé hechos positivos (**serie de síes**) y asenté sugerencias importantes. Elaboré una última frase sin ninguna referencia a la incertidumbre (por ejemplo, esperemos que quizás si todo va bien...) y declaré un resultado positivo (**positividad y orientación al futuro**).

—¡Pusieron *eso* en mí varias veces! —se quejó señalando el respirador.

—Sí, ya hicimos tres pausas. Debes recordar que has estado sin *eso* un poco más cada vez. La revisión de hoy muestra que te has recuperado completamente de la neumonía. ¡Estás totalmente recuperado! Ahora será más fácil sin todo *eso*, hoy romperemos récord. ¿De acuerdo? Estás respirando tan bien que *eso* ya no lo necesitarás.

Inmediatamente **reencuadré** el comentario afligido del paciente, y resignifiqué el “aparente” error como una pausa (en plural): “ya hicimos tres pausas” (**rapport y cooperación**). Inmediatamente, cité hechos (“has estado sin esto un poco más cada vez”, de acuerdo con la última revisión).

Al mencionar la **orientación positiva al futuro** acentué más el mensaje principal (el cual había sido preparado por un par de factores): “te has recuperado completamente”.

Repetí su palabra “eso” tres veces, con lo cual lo **acompañé**. Todos los factores juntos llevaron a resultados positivos (**conducción**): “será más fácil”, “romperemos récord”, y “eso ya no lo necesitarás”.

Me expresé de nuevo en el plural “nosotros” y afirmé la **cooperación** entre el paciente y yo.

—Quiero ir a casa.

—¡Bien! ¿Cuándo quieres irte a casa?

—Ahora.

—¿Quieres saber qué necesitas hacer para irte a casa tan pronto como sea posible?

—Sí.

A primera vista, “ir a casa” era una necesidad irrelevante que clarifiqué con mi pregunta. No cuestioné que pudiera irse; únicamente requerí aclarar el momento exacto, así que se le ofrecí una razón para **motivarlo** más. A la rápida expresión “ahora”, contesté con una pregunta que derivó en una respuesta afirmativa, lo cual fue el primer signo de cooperación por parte del paciente.

—Te diré, nosotros tenemos una psicoterapeuta aquí. Dentro de poco te la presentaré. Le ayudarás hoy: le dirás qué tan bien puedes usar tus pulmones ahora que has ganado fuerza en este par de días. Ella te mostrará ejercicios de respiración para que puedas hacerlos por tu cuenta. Toserás y descargarás todo lo que necesite salir, ¿está bien?

—Sí.

Otra **serie de síes** de seis pasos: 1) te diré; 2) tenemos una psicoterapeuta; 3) te la presentaré; 4) le ayudarás hoy; 5) te mostrará; 6) la ayuda, que dirigí hacia la sugerión importante (*usar mejor tus pulmones ahora que has ganado fuerza y para que puedas hacerlos por tu cuenta*). Así expandí la cooperación a la psicoterapeuta (transferencia de **rapport**) y ofrecí una **orientación positiva al futuro**.

El paciente trabajó muy bien con la psicoterapeuta, pero cuando ella se fue comenzó a rendirse; no tosía a menos que se lo pidieran, aun cuando en estas situaciones hubiera mucha descarga.

Aquí es donde el efecto de la última conversación pareció desaparecer...

—¿Qué te gusta hacer en casa?

—Lavar.

—¿Tú haces las tareas del hogar?

—Sí.

—¿Tienes algún otro trabajo?

—No.

—Entonces, ¿tú te ocupas de toda la familia?

—Sí.

—Ellos esperan que vayas a casa, ¿no?

—Sí.

—¿Cuál es tu tarea favorita?

—Lavar.

—¿Qué te gusta lavar?

—Platos.

—¿Ya ves? Aquí hay que hacer el mismo trabajo. Lo que te gusta. Solo que no es necesario lavar los platos, sino tus propias vías respiratorias. ¿Has manejado platos que están muy sucios?

Le recordé al paciente el principal motivo de ir a casa (**motivación**). Nótese la pregunta directa (“qué te gusta”, en vez de “qué te gustaría”). Asocié la labor favorita del paciente (lavar trastes) con lo que se necesitaba hacer ahora (**metáfora**).

—Sí, ya lo creo.

—¿Qué haces con ellos?

—Los froto.

—¿Con qué los frotas?

—Con Hypo —mencionó un fuerte antiséptico y entonces me sorprendí con algo de distracción.

—Y entonces quedan brillantes, ¿no es así?

—Sí, así es.

—Así que los frotas hasta que quedan bien y brillantes.

—Sí.

—¡Bien, lava bien tus vías respiratorias de la misma forma, para que brillen también! ¿Recuerdas lo que aprendiste de tu psicoterapeuta?

—Sí.

—Has aprendido y ahora puedes hacerlo por tu cuenta. Mientras toses, la descarga irá saliendo de tus vías respiratorias, y estas se volverán más y más limpias. Continuarás hasta que sea necesario. ¿Lavarías un plato hasta que ya no esté sucio, verdad?

—Sí.

—Bueno, solo tienes que toser hasta que sientas que ya no hay nada allí.

—Muy bien.

Evidentemente, el paciente limpiaba platos muy sucios, así que el “sí” no era de sorprender. Después de la distracción del detergente, presenté el objetivo brillante y limpio en las series de imágenes de lavado. El número de afirmaciones preparó otra importante sugerión (**serie de síes**): “solo tienes que toser hasta que sientas que ya no hay nada allí”.

—Para estar completamente limpio por dentro, a medida que tomes una respiración profunda entonces tose para sacar y facilitar tu respiración. Y cuando estés completamente limpio, puedes ir a casa y lavar los platos de la familia. Ellos estarán muy felices de tenerte de regreso en casa.

Con la ayuda de las imágenes del lavado, le di más fuerza al ir a casa (**motivar, metáfora y repetición**). Las actividades requeridas adquirieron sentido como un objetivo positivo. Adicionalmente lo vinculé a la felicidad de la familia.

No pude opinar sobre el cuarto intento de intubación, pero el paciente se veía bastante bien seis horas después del evento. Estaba sosteniendo en su mano un pañuelo de papel lleno de descarga.

Análisis del caso

situación inicial

- Preconcepciones negativas para el siguiente intento de intubación.
- Paciente que no estaba suficientemente motivado.

Objetivos cumplidos

- Construir orientación positiva hacia el futuro.
- Activar y motivar al paciente.

Nota

* *Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática*, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

23. ASÍ DEBERÍAMOS COMER TODOS, PORQUE ES SALUDABLE*

Dra. Krisztina Kertész

Un médico me pidió consejo acerca de un paciente. Según supe, en otro hospital a este último le habían informado que sufría de colesterol alto y dos semanas antes le habían diagnosticado diabetes, así que le prescribieron insulina. Llegó con su esposa e hija. Estaban algo ansiosos y la pequeña niña reflejaba aburrimiento.

Para mí era una situación “usual”, pero que afectaba a la familia; y la clave para una buena cooperación era una actitud positiva de toda la familia.

Comencé a construir **rapport**:

—Mi nombre es Krisztina Kertész. Soy dietista. Hicieron bien en venir aquí para revisar los detalles de la dieta. El médico no le recetó ningún medicamento para el colesterol porque usted puede lograr mucho con la dieta apropiada.

Durante la **construcción del rapport** presenté un informe basado en los hechos: ellos me vinieron a ver, habían hecho bien al acudir (**positividad**) y —otra gran ventaja— la dieta ayudaba cuando había colesterol (**positividad** de nuevo e **informar**).

Entonces comencé la consulta. Mencioné brevemente el nivel de glucosa en la sangre y lo que el paciente podía comer. Su esposa respondió con sorpresa:

—¿En serio? ¿Puede comer eso?

Luego, pregunté qué le habían dicho en el otro hospital. Resulta que durante dos semanas, desde que recibió el diagnóstico de la diabetes, su esposa había estado ansiosa y no hacía más que llorar de desesperación; ella había querido proveer la mejor dieta posible a su esposo, pero les prohibieron todo.

Y ahora se hallaban más desesperados porque el nuevo problema con el colesterol vino a colmarlos. Sintieron que no podían lidiar con todo esto. En el otro hospital recibieron asesoría solo convencional: les dijeron que una persona con sobrepeso usa pastillas y que alguien de peso normal requería insulina. Les pareció recibir información “extraña”, y el golpe del diagnóstico los dejó impotentes por las

restricciones (y las actitudes negativas hacia ellos).

Situación sensible. Había que manejar las cosas sin interferir con otros colegas. Me enfoqué en un buen **rappor**t y honestidad: construí la confianza para que la familia ahora aceptara mejor lo que escucharon en otro lugar.

Comencé a alentarlos y a reencuadrar la información y las prohibiciones previas.

—De hecho, no es una dieta, sino una forma saludable de comer. Todos deberíamos comer y vivir de acuerdo con esto. Aquí hablaremos acerca de un estilo de vida saludable. Desarrollaremos una dieta a la medida, tomando en cuenta los hábitos de ejercicio, festejos y ocasiones especiales. Usted puede llevar una vida completa; no necesita renunciar a nada.

En vez de enlistar las prohibiciones y decirles “**No deben caer en la desesperación; si sigue la dieta, es de esperar que no habrá ningún problema!**”, enfaticé que cualquier persona debería seguir esta forma de comer porque es saludable (**reencuadre**) y afirmé que juntos desarrollaríamos la solución que se ajustara mejor al estilo de vida de la familia (**cooperación y rapport**).

Les pedí cooperar:

—Espero un trabajo en equipo.

Saqué al paciente (y a la familia) del trance negativo causado por el golpe del diagnóstico (**disociación**), al enfatizar la cooperación y el trabajo de equipo. De esta forma, facilité apoyo emocional e informativo también.

Comencé con lo básico. Expliqué con dibujos las causas, la función y el mecanismo de la insulina

—El número de comidas depende del tipo de insulina.

Dibujé un gráfico con el efecto y así comprendieron por qué era necesario comer seis veces al día.

Aclaré las razones detrás de lo que “había que hacer”, para ayudarlos a que se adhirieran al tratamiento (**informar**).

Les di opciones: resalté la importancia de comer pan de grano entero y enlisté muchos para escoger. Hice lo mismo con las verduras, que podían comer en la mañana y en un sándwich por la tarde:

—Lo que les guste o haya en casa está bien, eso no importa.

Les di a escoger y con ello brindé sensación de control (**doble o múltiple vínculo**). Las opciones guiaron a la familia del “hay muchas

cosas que no se pueden” hacia algo más agradable: “estas son las posibilidades, puedo escoger”. Se trató básicamente del principio de **positividad**: puedes comer o hacer esto, en vez de “no puedes comer o hacer esto”.

Me mantuve en constante contacto con los tres. La niña participó, y a ellos les gustó. Le pregunté a ella acerca de qué cenaban, algo que bien podría saber.

Durante el asesoramiento di una atención especial para crear un buen **rapport**, ya que la familia no era un observador pasivo, porque la dieta afectaba el estilo de todos ellos.

El señor jugaba bádminton con su hija, pero supe que en las últimas dos semanas había dejado los deportes; estaba muy asustado. Le pedí a la niña un interesante desafío:

—¡Lleva a papá a entrenar y asegúrate de que sude bien!

Vislumbré nuevas oportunidades y había que decirlas. Los deportes eran otra área donde la cooperación de la familia era esencial (**cooperación y dar sensación de control**).

Pude ver que su esposa se fue relajando cada vez más. Dejó de ser hostil conmigo y más bien ya confiaba. Hizo varias preguntas; al principio, yo mencioné que podían hacer cualquier pregunta mientras estuviéramos allí.

Las preguntas del paciente o la familia me complacieron: comprobé que estaban involucrados en lo que escuchaban, y que confiaban en mí y en la información que les brindaba. Era importante tener paciencia y dedicar tiempo a responder estas preguntas; así lo hice.

Di un ejemplo de la vida diaria, sobre las ventajas de la pasta de grano entero (pasta de trigo duro):

—Seguramente han experimentado esto antes. Después de una hora y media de comer pasta, les da hambre de nuevo.

Asintieron, y con este ejemplo expliqué el efecto y rapidez de la absorción de los diferentes carbohidratos. De paso, agregué:

—¡Este tipo de pasta no contiene colesterol!

En la propia experiencia de la familia construí nuevos elementos de información (**acompañamiento-conducción e información**).

Comencé preguntando a la esposa acerca de sus platillos favoritos y lo que normalmente guisaba. Comentó haber renunciado a muchos durante esas dos semanas. Sin embargo, replanteé los platillos ofreciendo un par de nuevas alternativas para evitar quitarlos por completo.

Brindé asesoría individual cortada a la medida, como otro ejemplo

de **cooperación** con la familia.

Observé sus registros de la presión. Lo halagué por lo bien que lo había llevado. El resultado ya era visible; tenía buenos niveles de sangre. Hablé de cómo revisar el nivel de sangre y reaccionaron con sorpresa:

—¿Por qué no nos dijeron esto antes? Antes lo hicieron diferente, pero se ve mejor de esta forma.

Con un cumplido, incrementé la **sensación de control** del paciente en un área en la cual no estaba familiarizado antes (**positividad**). Además, di un consejo práctico para revisar el nivel de sangre (**informar**).

Criticar a los colegas es una situación incómoda. Uno no debería comenzar a criticar a otros enfrente de los pacientes; a menudo es mejor ignorar el asunto, y así lo hice en esta situación.

Al final del asesoramiento, quise saber si tenían más preguntas. Les brindé la oportunidad de retomar el control, pero sugiriendo que debían regresar a las pruebas como un procedimiento de rutina y no porque tuvieran un problema.

—Son libres de regresar si lo quieren.

Ofrecí la oportunidad de regresar. Así sensibilicé en vez de implicar la posibilidad de un posible fracaso (“**si tienen cualquier problema, regresen**”), de modo que establecí que lo mejor para todos era cuando había control regular. Esta oportunidad sirvió también como herramienta para mantener el **rapport**, así como ampliar la confianza en el futuro (**orientación al futuro**); me mantuve abierta a una futura cooperación.

Quedaron totalmente agradecidos. Pude ver una sensación de alivio y relajación.

Análisis del caso

Situación inicial

- Diagnóstico reciente, desesperación por las prohibiciones.
- Información incompleta o interpretación negativa del informe de otro hospital.

Objetivos cumplidos

- Construcción de confianza y cooperación (también con los integrantes de la familia).
- Ofrecer posibilidades y opciones.
- Reencuadrar positivamente la situación.

Nota

* *Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática*, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

24. ¿ACEPTARÍAS UN PAÑUELO?*

Psiq. Kovács Zoltán Ambrus

Luego de intentar suicidarse, una joven mujer fue trasladada a cuidados somáticos previa evaluación psiquiátrica. Platiqué con ella después de su desintoxicación. Había estado alerta, pero aún en un estado mental muy crítico.

—Me informaron que ayer te llevaron al servicio de urgencias en estado inconsciente. Estabas en una situación crítica y parece que te envenenaste —comencé de esta forma, luego de presentarme y definir la situación.

Usé los hechos conocidos para **informar** a la paciente e iniciar una **serie de síes**. Presentarme y definir la situación eran esenciales para construir **rapport**.

—¿Cómo estás ahora?

Obviamente había que desechar por completo preguntar y exclamar “**¿Cómo pudiste hacer eso? ¡Qué irresponsabilidad!**”.

En cambio, mi pregunta “**¿cómo estas ahora?**” implicó que ella podía estar en un mejor estado mental comparado con el estado que la llevó al intento de suicidio (**implicación**). Al mismo tiempo, mi interrogación abierta mostró un interés real, transmitiendo la oportunidad para una conversación sustantiva y sin prisas con ella.

—No siento nada.

La respuesta no necesariamente era un rechazo. Podía ser la expresión de una experiencia momentánea e inexplicable.

—Veo que estás triste... conteniendo las lágrimas. Te debes sentir terrible, ¿no? —dije a modo de **acompañamiento-conducción**.

La interrogante en negativo sirvió como una reconstitución de la resistencia.

—Así es —respondió llorando y limpiándose las lágrimas con las manos.

—¿Aceptarías un pañuelo?

Al ofrecer un pañuelo especialmente acompañando con la palabra “**¿aceptarías?**”, fortalecí la **serie de síes** previamente presentada.

Ella asintió... todavía sollozando y buscó a tientas el pañuelo.

—Tú sabes que nuestro pañuelo está hecho de un material super absorbente, y absorbe las lágrimas mucho más eficientemente que el papel comercial.

Cuando dije que nuestro pañuelo era mejor que el de tipo comercial, le envié el mensaje de que ella se encontraba en un lugar especial donde las lágrimas eran bienvenidas y apropiadas. Así, subrayé la posibilidad positiva mencionada antes (“¿cómo estás ahora?”). Enlacé el objeto al efecto de una **sugestión indirecta**, que además dirigió su atención hacia el mundo exterior.

—Gracias... —expresó llorando menos y secándose las lágrimas.

Esperé pacientemente observando en silencio sus emociones y lo que hacía, sus variaciones al llorar... Buscando el momento apropiado para volver a hablar.

Me ajusté a la paciente (**ritmo y pausas**).

—Me gustaría que me dijeras lo que te pasó.

—Nada.

Tal vez este intento de conducir fue demasiado pronto, y la paciente lo rechazó. Pero tómese en cuenta la naturaleza neutral de mi pregunta exploratoria: ninguna mención de problema, tragedia, "querer morir", etcétera. Habría sido muy inconveniente preguntar: **¿Cómo hiciste eso? ¿Quieres tirar tu vida?**

—Quizá no te sientas capaz... o no sientas ganas de hablar de eso...

—No.

Retrocedí un paso con una sugestión indirecta sofisticada (**acompañar-conducir**).

—No es fácil para ti... quizás ni siquiera estás segura de si quieres ayuda... Si prefieres descansar, puedo regresar mañana.

En un doble vínculo terapéutico ofrecí una seudoalternativa, lo que implicó que sin duda hablaríamos nuevamente de su historia.

—Si me aguantas y no te importa que llore... prefiero hablar ahora.

—Muy bien, mira —dije señalando hacia la repisa en la pared—, hay suficientes pañuelos de papel aquí y te estoy escuchando.

—Ya los vi —expresó aun sollozando y con una tímida sonrisa de *gracias*.

La paciente estuvo lista para conversar, y mi “fracaso” previo (mi pregunta antes de tiempo) pudo ser una ventaja: Ella sintió que yo me ajustaba a su ritmo para la conversación. Me referí a los pañuelos como a

un “amigo mutuo”, para expresar abiertamente que le brindaría atención. Me mantuve escuchando, esperando y comunicando una atención activa hacia ella.

—¡Quiero morir! —exclamó con determinación.

Hubo una cierta rebeldía infantil en su tono, como diciendo “ahora... ¿qué te parece?...”.

En una situación como esta, era difícil mantener el silencio que ella requería para abrirse más. Muchas personas tal vez se sentirían tentadas a llenar el silencio hablando.

—Entiendo, los colegas que sacaron todas esas pastillas de tu estómago estaban en lo cierto: fue un intento de suicidio... te salvaron...

—No pude morir.

—Estás viva.

Como una clave importante, redefiní lo que ocurrió. Reemplacé la “incapacidad” de morir señalando “estás viva” (**reencuadre**) y presagiando (**orientación a futuro y positividad**).

—Sí —admitió pensativa—. Todavía no puedo ver nada por delante.

Su mirada se quedó fija, aparentemente perdida, y dejó de llorar. Parecía bastante preocupada. Mostraba signos de trance espontáneo.

—Me parece que estás preocupada por el futuro, como diciendo “¿qué sigue?”. ¿Estoy en lo correcto?

Ella asintió ligeramente, con una cara sombría y sin levantar la mirada.

Me mantuve enfatizando la **orientación al futuro**, pero ella aún mostraba signos de trance espontáneo.

—¿Quieres que te traiga más de ese *fantástico* pañuelo absorbente?

Levanté mi voz y, al hacerlo, usé una expresión inusual tratando de desviar su atención de una fantasía que yo no podía controlar.

En esta situación, mi objetivo era sacar instantáneamente a la paciente de su trance —intentando redirigir su atención hacia el mundo exterior. Aun en una situación tensa es apropiado el uso del humor.

—Gracias, doctor, vea, ya no lloro —manifestó buscando contacto visual.

Mi maniobra tuvo éxito. El uso de las palabras y la búsqueda de contacto visual implicaron un **rappor** activo *aquí y ahora*.

—Ayer decidiste que querías morir... y ahora tienes estos revueltos y mezclados

sentimientos de incertidumbre. Estás viva... —le dije, tratando de traerla a nuestra conversación.

Mediante el fraseo, fortalecí la **sensación de control** de la paciente. Seleccioné cuidadosamente los indicadores emocionales (en vez de fatal, horrible, sin esperanza) y tipifiqué sus sentimientos como capaces de modularse, cambiar e incluso volverse positivos.

—Será más fácil si buscamos hablar acerca de lo que ocurrió... tal vez pueda ayudarte a que lo manejes. Será bueno aclarar las cosas.

Con **sugestiones directas** (“será más fácil” y “puedo ayudarte”) y sugerencias cinestésicas y submodalidades visuales (manejarlas y aclararlas), la motivé a realizar más intentos de hablar.

—Me gustaría que me dijeras qué te ocurrió.

—Está bien...

Pregunta anterior **repetida**. En vez de: “**¿Por qué querías morir?**”.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente resistente con menor capacidad de atención...

Objetivos cumplidos

- Construir la cooperación y el procesamiento de su motivación.
- La construcción de una perspectiva orientada hacia el futuro.

Nota

* VARGA, K. (2011), *Beyond the words. Communication and suggestion in medical practice*, Nueva York, Nova Science Publisher.

25. SENSACIÓN DE FUERZA*

Dra. Zoltánné Gyurkovics

7:00 a.m., cambio de turno. Al llegar a la sala de partos, llamó mi atención un grito apagado. Me dijeron que llevaba horas así. No habían podido persuadir a la futura madre de usar su energía más eficientemente. Me contaron que estuvo cerca de la fase de dilatación, pero que sus caderas eran estrechas y esperaba a un bebé grande.

Los eventos de la noche anterior insinuaron agotamiento en la paciente y un fracaso general.

Entré al cuarto privado. Vi a Ágnes que esperaba a su primer bebé y se retorcía frenéticamente en la cama. Joszef, su esposo, caminaba en el cuarto como un león enjaulado, impulsado por la rabia y la desesperación.

Según mi primera impresión directa, había signos de un obvio trance negativo, no solo de la madre sino también del padre.

Entre las contracciones, me presenté ante ambos. Ágnes no me respondió a nada e incluso volteó su cara hacia otro lado. Abruptamente retiró su mano cuando la toqué, y se echó para atrás resignada. Joszef podría haberme asesinado con sus ojos:

—¿Por qué no la han operado? ¿Qué son, charlatanes o qué? —refunfuñó.

Ambos irradiaban desconfianza, desprecio y desesperación.

A pesar de la obvia tensión y un trance muy negativo, comencé presentándome (construcción de **rappor**).

Hice el intento de calmarlos, asegurándoles que todo transcurría bien: el ritmo cardíaco del bebé era normal y el cuerpo de la madre estaba abriendo paso a una nueva vida hacia el mundo exterior. Les pedí confiar en el funcionamiento natural del cuerpo, afirmando que el final de la noche y de la ordalía estaba muy cerca y que pronto sostendrían a su hermoso bebé en sus brazos.

Les comenté que cualquiera se sentiría así en esas circunstancias, y que seguramente su paciencia y determinación les llevarían a lograrlo. Desafortunadamente, no conseguí mi propósito de animarlos. Creyeron que les decía eso por rutina, que nada podría cambiar su predicamento y que los dejaría solos en esa situación desesperante.

Intenté calmar y bajar la tensión negativa de la mujer (**informar, positividad, orientación al futuro y motivar**), pero sin éxito (por el momento).

Desconfiaron de mí por completo y en su agotamiento solamente me vieron como una enemiga. Entonces, cambié mi táctica.

Percibí que la situación aún no estaba bajo control y modifiqué mi acercamiento.

Me senté en la silla cerca de la cama y observé en silencio. Me quedé observando las contracciones y cómo reaccionaba a ellas el latido del bebé; observando cómo estaba funcionando el cuerpo de la madre. Pasaron largos minutos.

Cambié a la técnica de la paciencia (aparentemente), a pesar de la marcada observación (del esposo) para exigir la intervención.

Joszef se detuvo y se sentó. A la vez, los gritos se alternaron rítmicamente con resignación.

Serví de **modelo** para el esposo: él también se sentó.

Durante una de las pausas, Ágnes repentinamente giró hacia mí y dijo:

—Gracias por quedarse

Mi nuevo acercamiento tuvo éxito: la paciente inició calmadamente la comunicación e incluso expresó gratitud. El **rappor**t estaba emergiendo...

—Sé que sufres y estoy aquí para hacer tu labor más fácil.

Mi reacción: frasear los sentimientos de la mujer (**acompañar-conducir**) y definir su propio rol y el **objetivo** mutuo (**rappor**t).

—¿Cree que podamos hacerlo?

—Por supuesto, tan solo observen llegar la sensación de fuerza.

La mujer se abrió a mi opinión de experta, a pesar de su pregunta dudosa al principio. De todos modos, mi respuesta fue firme y clara, dibujando la clave de la solución: “tan solo observen...”. Brindé la “sensación de fuerza” (**reencuadre**) como el objeto de atención, lo cual fue un fraseo positivo y útil de lo que la mujer podría estar experimentando de forma insoportable.

Evité preguntas inútiles referidas a sugerencias negativas: **¿Hay dolor? ¿Se sienten fuertes las contracciones?**

Luego, comenzó una relación atenta, mutua y creativa entre nosotras.

Se desarrolló la **cooperación** y un suficiente **rappor**t.

—¿Qué posición podría ser más cómoda ahora, sentarte en la pelota o de pie cerca de la cama? —indiqué motivándola a cambiar de posición para su comodidad.

En una pregunta incluí varios elementos sugestivos: **positividad**,

implicación y doble vínculo. En vez de la pasiva vulnerabilidad, ofrecí **sensación de control**.

Llevé su atención a la utilización benéfica de las pausas:

—Dale algo de oxígeno fresco a tu cuerpo con un par de inhalaciones. Luego deja que tus músculos se relajen. Mientras tanto, podrás sentir tus extremidades más pesadas y todo tu cuerpo podrá ruborizarse por una tibieza agradable. Déjate absorber por esta agradable sensación; incluso puedes tomar una siesta. Despues experimentarás una oleada de energía. Mientras más fuertes las contracciones, mejor sentirás relajarte entre ellas.

Llevé su atención a los efectos positivos del ritmo.

En esta fase resultó apropiado decir esas bellas y **positivas** sugerencias a una mujer exhausta. Introduje seguridad y palabras (**sugerencias directas**) basadas en mi experiencia de experta. No hubo duda del resultado positivo. Recurrí **de nuevo** a la **fuerza** mencionada en el primer reencuadre (**repetición**).

Desde ese momento sus músculos se relajaron. Ella estaba poniendo atención a los signos de su cuerpo y concentrando conscientemente su energía en el siguiente desafío, en vez de estar recostada con apatía y resignación. Durante el siguiente periodo tempestuoso de contracciones más fuertes, los gritos frenéticos dieron paso a gemidos más primitivos, mientras generosamente celebré sus esfuerzos:

—Muy bien, lo estás haciendo muy bien.

El cambio de conducta de la madre mostró la efectividad de mis sugerencias. Mi abierta repetición de afirmaciones positivas resultó especialmente importante.

Esto ocurrió por más de una hora, mientras Ágnes lograba relajarse más y más al usar la fuerza de sus músculos y al poner atención a los signos de su cuerpo. Ya no había rastros de la previa desesperación, acusaciones ni rabia impotente. Fue todo un duro trabajo coordinado.

Y su hijo, lenta y gradualmente, recorrió el pasaje hacia la vida exterior. A las 8:20 a.m., Ágnes dio a luz a un sano y gran varón de 4.8 kilogramos.

La mujer que previamente se veía exhausta y que hizo un enorme trabajo, ahora estaba llamando a sus amigos y familia con un llanto jubiloso:

—¡Lo hice! ¡Lo logramos! —ella estaba gritando al teléfono.

Análisis del caso

Situación inicial

- Trance negativo construido sobre la rabia y agotamiento.
- Cansancio físico e impotencia.
- Esposo en trance negativo también.

Objetivos cumplidos

- Construir *rapport* y cooperación.
- Volver positivo el trance negativo.
- Construir confianza en el funcionamiento natural del nacimiento y en su cuerpo.

Nota

* Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

26. EL HADA DE LOS DIENTES*

Dra. Krisztina Varga

Un niño de seis años llegó a mi consultorio dental acompañado de su madre. Había sufrido dolor de cabeza por días, su cachete estaba inflamado, y lucía cansado y malhumorado. Me senté junto a ellos en la sala de espera, y me presenté.

Acudí con ellos en vez de aguardarlos en mi consultorio (una forma no verbal de **acompañamiento**). Con este acto expresé adaptación, atención y paciencia hacia el paciente (me di el tiempo para hacerlo). Podría parecer una pérdida de tiempo al principio, pero de hecho esto era una buena inversión a futuro si la cooperación se desarrollaba bien.

No ignoré al niño, impulsando su autonomía (**dar sensación de control**); e inicié la construcción del **rapport** que debía crear también con la madre.

Por mi entrenamiento en las técnicas sugestivas, prescindí del habitual “**¡Siguiente, por favor!**”.

—Probablemente sabes que las doctoras trabajamos para ayudarte a ti y a otros niños también.

Me referí al conocimiento del niño, iniciando una **serie de síes** para reforzar también la **sensación de control**. Anticipé la colaboración al decir “ayudar” (**reencuadre**).

—Frecuentemente ocurre que, antes de irse a casa, niños con síntomas similares a los tuyos le dicen a estos peces lo valientes que fueron en el sillón —le dije señalando con la mirada una pecera con un par de peces coloridos en la sala de espera.

Agregué nuevos elementos de la **serie de síes** previamente comenzada y los antepuse a la sugerión principal: “ser valiente e irse a casa” (**orientación al futuro**). De este modo, dirigi la atención inmediatamente al periodo posterior al tratamiento. Me enfoqué en lo probable: él estaba asustado y quería irse a casa (**motivación**). Impliqué un tratamiento exitoso como un paso hacia el muy deseado irse a casa. Al mencionar que “otros niños” habían sido valientes, mostré un ejemplo al asustado niño (**modelado**).

—¿Tal vez quieras hablar con ellos también, no?

Mi cuestionamiento (**sugerión indirecta**) dirigió una poderosa respuesta

(interna) en el niño: “Por supuesto”. Sonrió y valientemente entró al consultorio, dijo su problema sin esperar mi pregunta y señaló dónde le dolía. Le enseñé el espejo dental y lo tomó con su mano para examinarlo. Juntos revisamos su dentadura.

Apoyé y desarrollé la cooperación en el niño mediante la introducción al instrumental, la explicación de los pasos del tratamiento y la revisión médica (**sensación de control**).

—¿Notaste cómo se mueve este dientecito? Quizás el hada de los dientes está esperando bajo tu almohada. Mira, esta esquinita es el primer signo de que un nuevo diente podrá salir. Ayudémosle a salir, ¿le ayudamos? —pregunté, mientras él revisaba el diente en el espejo con sus ojos brillantes y la boca ampliamente abierta.

Hice dos preguntas amigables referidas al inevitable hecho de que necesitaba extraer el diente, debido a que el diente nuevo estaba tratando de salir (**informar y orientación al futuro**).

Le invité a **cooperar en la toma decisión** (“ayudémosle”), y obtuve aceptación por la previa sugestión de **sensación de control**.

—Tan solo mantén tu boca abierta. Empujaremos tu diente de leche hacia afuera, como un copo de nieve que se cae al final del invierno. Mira, ¡ya salió! Lo envolveremos para que puedas ponerlo debajo de tu almohada para el hada. ¡Lo has hecho muy bien!

Expresé la conducta esperada (**positividad**). Reencuadré el acto mismo como empujarlo hacia afuera y hacer algo juntos. Y acompañé esto por una dulce metáfora y la imagen mágica del hada. Ningún niño olvida un halago explícito.

Por supuesto, examinó de nuevo su diente y notó el resultado con alegría. Cuando les conduje hacia la sala de espera, le dijeron felizmente al pez lo bien que había salido el diente como una gota de nieve.

Mi sugerencia previamente construida ganó validez ahora. Esta experiencia positiva obviamente siguió siendo una buena base para futuros tratamientos en mi consultorio.

Análisis del caso

Situación inicial

- Niño cansado y de mal humor.
- Dolor en el diente.

Objetivos cumplidos

- Construir colaboración.

- Prevenir o desechar el posible miedo.
- Reducir el dolor.

Nota

* *Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática*, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

27. VENDAJE APRETADO

Dr. Gábor Székely

Una mujer con una compleja fractura fue admitida en la unidad de cuidados intensivos enseguida de su cirugía. En la mañana del día anterior su herida sangró mucho. El cirujano ortopedista sugirió colocarle un vendaje apretado, el cual había comenzado cuando llegó a la unidad. La mujer gritó de dolor. Yo supe, en el cambio de turno, que el anestesiólogo aplicó anestesia en la espina dorsal y bloqueó el nervio. La cirugía duró tres horas y media, y la paciente recibió tres unidades de sangre. Inmediatamente después de la operación todo transcurrió bien: la anestesia parecía funcionar, no había hemorragia y la paciente no se quejó de ningún dolor antes de sentir la presión en su herida. Cuando me acerqué a su cama, estaba sin aliento con sus ojos cerrados y gritaba ocasionalmente por el dolor.

—Buenos días, soy el doctor Székely. Puedo ver que te duele mucho.

—Sí, me duele.

Me presenté con la paciente y le di la bienvenida conforme al momento (**estableciendo rapport**). Estos fueron elementos importantes del **rapport**, especialmente porque incluyeron los “buenos días”, lo cual transmitió el mensaje de que su problema no era tan grave como para utilizar el protocolo usual.

—Soy el anestesiólogo de este hospital, como el que ayer hizo tu cirugía libre de dolor. Vine a ayudar.

Ella me miró sin decir nada.

“Establecí el **rapport**” de mis anteriores colegas y me defini a mí mismo como ayuda (**positividad**), partiendo desde donde ocurrió algo bueno: la cirugía libre de dolor del día anterior. A lo largo de la conversación previa, estuve formando una **serie de síes**: 1) “soy el doctor Székely”; 2) “puedo ver que te duele mucho”; 3) “soy el anestesiólogo de este hospital”; y 4) “como el que ayer hizo tu cirugía libre de dolor”. Así preparé la sugerión principal: “vine a ayudar”. En la interacción, logré establecer contacto visual con la paciente.

—¿Ayer todo estuvo bien, no? ¿No sentiste ninguna molestia durante la operación, o sí?

—No, todo estuvo bien ayer.

Dije “ayer todo estuvo bien” esperando una respuesta afirmativa de la paciente (lo que sucedió). En segundos, ella pasó de “me duele mucho” a “todo estuvo bien”.

—Podemos ayudarte hoy también para que estés tan cómoda como sea posible. Y tú también puedes ayudar para esto.

—¿Cómo?

Al vincular ayer con hoy, hice otra oferta de ayuda (**repetición**). Sumé el objetivo sin mencionar “dolor” esta vez (**positividad**): “tan cómoda como sea posible”; esto **motivó** a la paciente a hablar de éxito.

—Mírame y sujetá mi mano. Te ayudaré a calmar tu respiración. ¡Te sentirás ligera! —anticipé tomando enseguida una respiración profunda al mismo tiempo que levanté un poco su mano, para luego exhalar lentamente conforme bajaba su mano.

Todavía no estaba tratando de lograr un rango de respiración normal; luego comenzamos de 40 a 50 respiraciones por minuto.

Lo anterior fue mejor que decir: “**¡No te quedes sin aliento, eso lo empeorará!**”.

Di instrucciones simples y directas a la paciente, que entonces se abrió a la colaboración. Hicimos contacto visual y físico, lo que profundizó el **rapport**. Repetí mi intención de ayudar. Con los ejercicios sencillos de **control**, asocié la **sugestión directa**, que encadené con nuevas sugerencias relativas a la respiración. Respirar más lento de hecho ayudó al manejo de dolor. Conduje a la paciente también con el movimiento de su mano.

—¡Ahora juntos! —la animé acompañando su respiración y sujetando su mano al levantarla y bajarla conforme disminuía lentamente el ritmo—. ¿Puedes ver lo fácil que es? ¡Puede que no hayas pensado en lo sencillo que podría ser!

Expresé la sincronicidad de dos personas psicológicamente y explícitamente en el nivel conductual (**acompañamiento-conducción**). Marqué también una pauta: anunciando el éxito y describiéndolo como “sencillo”.

Lo habíamos hecho muy bien, cuando ella gritó de nuevo:

—¡Oh, duele!

—Seguramente sientes la presión en tu muslo. Esto ayuda a detener el sangrado, lo cual es vital. Es muy importante para que te recuperes más rápido. El sangrado se detiene. *Se detiene mientras respires más lento y más lento... Sentirás cómo la presión es más tenue y más tenue... Y el sangrado se detiene.*

Acompañé con explicaciones y sugerencias la nueva reacción ante el dolor. Comencé con lo obvio: por supuesto que ella lo podía sentir, si acababa de decir que le dolía. De cualquier modo, no lo llamé dolor, sino presión (**reencuadre**). Nombré la razón (**objetivo**) para esto también: “detener el sangrado”. A continuación, señalé lo que ayudaba —como un nuevo elemento— y la importancia del propósito, que sirvió para motivar a la paciente: recuperarse rápido. Expresé varias veces el propósito directo (detener el sangrado), como una sugerición directa (**repetición**). Solo después asocié la previa sugerición exitosa con la reducción de la respiración, mediante un fraseo positivo (presión tenue), que repetí.

Inserté un elemento clave al preparar las sugerencias para el alivio del dolor: favorecer la susceptibilidad de la paciente explicándole la situación de forma positiva y nombrando el resultado deseado.

Ella hizo más lenta su respiración. No me atreví a levantar su mano porque se aferraba con mucha fuerza y solamente la habría forzado a moverla.

—¡¿Observas cuan valientemente lo estás haciendo?! ¡Bien hecho! Podría ser que ocasionalmente sientas la presión un poco; pero será temporal. De cualquier modo, esto es exactamente lo que necesitas ahora —pues esto contribuiría a detener el sangrado—. No necesitas hacer nada más. Si vuelve a ocurrir, tan solo sigue concentrándote en tu respiración. Respira lentamente y luego exhala, adentro y afuera. Esto también te relajará. Solo tienes que respirar y te relajarás. Ves, ya no te aferras a mi mano —y así era—. ¿Puedes ver qué tan bien va?

Finalmente, ella me miró y sonrió un poco.

En un nuevo periodo tranquilo, repetí la previa sugerición (“lo haces bien”). Además, “le traté” por anticipado algún episodio de dolor. Usé los mismos elementos que antes: le llamé presión (en vez de dolor); dije que solo era *temporal*; lo justifiqué con una sugerición enfocada en la recuperación (“esto es exactamente lo que necesitas”), e inmediatamente ofrecí una solución (concentrarse en la respiración y en la relajación). Nombré el éxito (“va bien”), y me lo confirmó la sonrisa y el contacto visual de la paciente.

A partir de aquí, se las arregló para manejar el vendaje. Pude notar que se concentraba en su respiración, pero el dolor se le veía. El sangrado se detuvo prácticamente y no necesitó ninguna transfusión más.

Análisis del caso

Situación inicial

- Dolor agudo.

- Tensión y dificultad para respirar.
- Sangrado fuerte.

Objetivos cumplidos

- Normalizar la respiración y el tono muscular.
- Alivio del dolor.
- Aceptar el vendaje apretado.
- Detener el sangrado.

28. LA ROSA*

Anest. Zsolt Benedek

El teléfono sonó en la sala de espera de anestesiología y me llamaron:

—Zsolt, ven a la clínica de consulta externa. Vamos a drenar un absceso en una adolescente y necesitamos sedarla.

Me dirigí a preparar la máquina de anestesia con la medicación apropiada. Mientras esperábamos a la paciente, llegaron todos: la enfermera, el instrumentista y el cirujano.

La puerta se abrió y entró la paciente, que sujetaba fuertemente la mano de su madre y se le pegaba mucho. En su archivo médico, leí que se llamaba Vali, tenía 13 años y nunca se le había aplicado anestesia. Evidentemente estaba muy nerviosa y luchaba por no llorar; lucía muy ansiosa y con la respiración tensa porque intentaba ocultar lo que sentía.

Me pareció que los signos del trance negativo dominados por la ansiedad eran obviamente intensificados por el fuerte vínculo con la madre.

—Hola, Vali. Soy Zsolt. Estamos aquí con la doctora Erika para asegurar que durante el procedimiento puedes tener un buen descanso o incluso un maravilloso sueño.

En principio, intenté establecer el **rapport** de la forma usual: presentación, exposición de los roles y definiendo el propósito.

Ni siquiera me miró y se mantuvo viendo a su mamá.

Mi presentación resultó insuficiente para romper el **rapport** con la madre y conectarme con la paciente.

—Creo que puedes estar un poquito nerviosa; pero cuando lo superes y lo recuerdes, te darás cuenta de que fue más fácil de lo que pensabas. Te explicaremos todo antes de empezar. Nada inesperado te ocurrirá. Haremos todo en la mejor forma posible para ti.

Mis expresiones de experto reflejaron los sentimientos de la paciente (**acompañamiento**). Además, en cierto modo, inferí el cambio (**implicación**): “puedes estar” y “cuando lo superes”. Asimismo, dejé entrever que a este le seguiría una modificación de perspectiva de la situación presente al futuro (**orientación al futuro**) y aparté a la paciente

de la situación desgradable y momentánea (**disociación**).

—Por favor, acuéstate en esta cama y ponte cómoda. Eso es... —le indiqué y ella se acostó sin quitar la vista de los ojos de su madre, que le devolvió la mirada y me pidió ayuda.

Ofrecí una sugerión positiva (**positividad**) en las instrucciones acerca de la posición en la cama, y la motivé a ponerse cómoda dándole la **sensación de estar en control**. Aunque tímida, ella siguió mis instrucciones; y entendí que aún estaba fuertemente vinculada con su madre por lo que había que trabajar más en el **rappor**.

—Vali, puedes ayudarte y a nosotros, si tomas una respiración profunda y luego exhalas lentamente. Puede ser como cuando la furiosa tormenta del mar se calma lentamente y todo se vuelve pacífico.

Mi nueva instrucción se compuso de **cooperar** ahora (con ella y con todos) junto con una **metáfora**.

Sin embargo, no hubo gran variación, así que intenté otra cosa:

—Vali, ¿te gustan las flores?

—Sí —respondió mirándome de pronto, en un primer contacto visual conmigo.

Al darme cuenta de que la situación aún no estaba bajo control, cambié de estrategia y conseguí el primer signo positivo: contacto visual y un “sí”.

—A las jóvenes por lo general les gustan las flores. ¿Tienes alguna favorita?

—Me gustan más las rosas blancas...

—¿Qué tal si durante este procedimiento te imaginas como si caminaras por un jardín de rosas? —le sugerí.

La motivé a interactuar con el tema de las flores, ella me escuchó y comenzó a responder.

—¿Me picarán? ¿Me dolerá?

Podría haber interpretado esas preguntas inesperadas ya sea en relación con la situación presente o con el jardín de rosas. Lo usual hubiera sido responder: **“Sí, por desgracia, te picaremos pero no duele tanto...”**. Pero en vez de ello, reaccioné con una motivación.

—Pondré medicamento en tu brazo. Esto es algo bueno, porque a través de esta guía puedo darte medicina que te ayudará a no sentir nada y dormir bien.

Antes de responder si dolerá, expliqué la esencia del objetivo y las ventajas del procedimiento (**motivar**) que había que realizar.

—Lo que sentirás se podría comparar al roce de una pequeña espinita de una rosa, y se desvanece al mismo tiempo.

Para hacer posible ciertas emociones, regresé a la **metáfora** del jardín de rosas, y llamé de nuevo su atención al siguiente procedimiento (**orientación a futuro**). Así evité palabras como pinchazo de la aguja, dolor, etcétera (**positividad**).

—¿Podemos empezar? —pregunté y ella asintió.

Le pedí su aprobación para comenzar el procedimiento (**dar sensación de control**) y obtuve su respuesta afirmativa.

—Toma una respiración profunda y exhala lentamente.

Siguió mi indicación y entonces inserté la aguja en su vena. Se encogió un poco, pero se mantuvo tranquila.

La paciente siguió mi instrucción respecto de la respiración.

—¿Ves? Listo, eso fue todo. ¿Ahora podemos ir al jardín de rosas?

No dijo nada, pero cerró los ojos.

Mi comentario enfatizó que eso era todo lo que ocurriría allí, como habíamos acordado, justo como lo prometí. Pedí permiso de nuevo (**repetición y sensación de control**) para comenzar la visita al jardín de rosas (**metáfora**), y le ofrecí mi compañía para la caminata (**rapport, acompañamiento y cooperación**).

Al inyectarla, le sugerí:

—Estamos en la entrada del jardín de rosas. Cuando entras, ves dos hermosas rosas blancas de tu lado derecho...

Tampoco comentó nada y lentamente le suministré la anestesia.

—Si sigues caminando, allí hay tres rosas rojas del lado izquierdo. Tú puedes oler su fina fragancia... Muy bonitas, ¿no es así?

Seguí los pasos del procedimiento al desplegar la **metáfora y sugerencias directas**.

La doctora Erika indicó:

—La paciente está dormida, el procedimiento inicia.

Hice una nota mental: sorprendentemente todos estaban callados, lo que no era típico del ambiente; quizás estaban interesados en el resultado. No dije frases con sugerencias negativas como: **“No te preocupes, no dolerá, te pondré esta aguja dentro de ti”**, etcétera.

Mi comunicación positiva además tuvo efecto en las personas

alrededor. Una de las principales ventajas fue que la paciente se liberó de los típicos mensajes negativos. Más aún, la bella metáfora ejerció un efecto calmante en todo el equipo al mismo tiempo.

El procedimiento completo tomó de seis a ocho minutos. Cuando acabamos, la despertamos.

—Vali, ¡buenos días! —expresé aproximándome a ella y con cuidado acaricié su cara con ambas manos—. Puedes tomarte tu tiempo para despertar suavemente siquieres.

Di la bienvenida a su despertar con palabras positivas y toques gentiles. El ritmo del proceso de despertar dependió de la paciente (**sensación de control**).

—¿Cómo estuvo el jardín de rosas?

No respondió pero comenzó a moverse un poco. De pronto, una amplia sonrisa surgió en su rostro.

Al preguntarle acerca de la metáfora con una gran sonrisa, pude transformar la primera experiencia de anestesia en un factor determinante para la vida.

La doctora Erika también acompañó, y la paciente se despertó por completo junto a su madre.

Puse en práctica la **transferencia del rapport**.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente ansiosa.
- Fuerte vínculo con la madre.

Objetivos cumplidos

- Soltar el miedo y la ansiedad.
- Desarrollar el *rapport* y la cooperación.

Nota

* Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

29. ¿CUÁNDΟ ME SACARON?*

Dr. Csaba Diószeghy

Una joven mujer rodó con todo y coche a una zanja. En el accidente se lastimó el pecho y probablemente se rompió algunas costillas porque refería un intenso dolor al respirar. Pero, afortunadamente, no sufría lesiones más graves. Sin embargo, no podía salir sola; el automóvil estaba seriamente atascado. El equipo de rescate técnico también fue requerido por su labor de rescate. Llegué al lugar en una ambulancia y ya había más de un centenar de espectadores, la policía y el equipo de bomberos. Cuando llegamos, dos bomberos estaban arrodillados junto a la mujer atrapada, que continuaba gritando por ayuda, expresaba terror en el rostro y decía que no podía respirar y que se ahogaría.

Observé un evidente trance negativo debido a las heridas, los signos de estrés y la desorientación. Al parecer, los especialistas en el lugar no habían podido de calmarla. Era necesario resolver la situación en frente de una gran audiencia.

Cuando llegamos al automóvil, primero hice contacto con la mujer.

—Mi nombre es Csaba** Diószeghy. Soy el médico de la ambulancia. Te ayudaré a salir de aquí, y te llevaré al hospital tan cómoda y rápidamente como sea posible. El equipo ya te espera y pronto te sentirás mejor.

Quise crear contacto dando mi nombre completo, a modo de ejemplo y como elemento básico de la **construcción del rapport**. En el fraseo transmití profesionalismo: “de aquí en adelante un médico de la ambulancia (también) te atenderá”. Todo esto pudo además funcionar como una **serie de síes** preparando las sugerencias siguientes: informé acerca del objetivo inmediato (llevárla al hospital), y usé las palabras “cómoda” y “rápidamente” que denotan **positividad**. Di esta **información** concerniente al **futuro**, previo a la clara **sugestión directa** de “te sentirás mejor”.

Deseché la expresión lógica de un trance negativo: “**;No va a ser fácil! Difícilmente podemos tener acceso a...**”.

En este caso, sin embargo, la mujer siguió quejándose de dolores de pecho y problemas para respirar. Después de una rápida revisión, me pareció obvio que sus funciones psicológicas permitirían el comienzo del rescate. A pesar de sus lamentos, se le proporcionó la debida oxigenación y su circulación fue compensada. Sin embargo, su falta de cooperación dificultaba la operación de rescate. Debido a los obstáculos para

examinarla, no podía descartar con seguridad una posible contracción de pulmón —neumotórax, es decir, trauma debido a la acumulación de aire alrededor del pulmón—, como una causa subyacente de la sensación de asfixia.

Considerando el espacio reducido, asegurar las vías respiratorias y de ventilación hubiera sido complicado; aplicar anestesia local o analgésicos potentes habría incrementado los riesgos, por los efectos depresores secundarios. Traté de retrasar su aplicación hasta tener un mejor acceso a ella.

La situación me limitó las opciones.

Entonces, volviendo a las quejas de la mujer acerca del dolor del pecho y la dificultad de respirar, le pregunté:

—¿Dónde te duele más del pecho?

Al mismo tiempo coloqué mi mano en su pecho. Al momento, se enfocó en mi mano e indicó:

—Sí, duele justo allí.

Preguntar acerca del dolor permitió a la mujer expresar justo lo que quería (**acompañamiento**) y al mismo tiempo justificó el contacto físico y los siguientes pasos. El toque tierno significó además una manera de profundizar el contacto; mi maniobra completa preparó el **acuerdo** al dirigir su atención. Tal vez la mujer podría haber pensado “al menos aquí hay alguien que me cuida y que entiende mi dolor”. Su respuesta, era la reacción adecuada a mi pregunta de especialista involucrado en la relación (**rapport**).

—Bien, ahora te ayudaré mucho mejor y tu respiración será más cómoda, ¿está bien?

—Está bien.

Mi oferta era difícil de resistir. En el fraseo, evité las expresiones “dolor” o “sofocamiento”, y proyecté hacia un resultado favorable (**positividad** y **orientación al futuro**) con la suficiente claridad como ya lo había hecho (**repetición**) durante la presentación. Además, pedí la aprobación (“¿está bien?”), y con esta acción reforcé el **rapport** y proporcioné **sensación de control**. El trance negativo comenzó a tornarse en una situación positiva de **rapport** y creación de cooperación.

—Todo lo que te pido es que veas mi mano y mientras tanto relajes tus músculos. Cuando tus músculos están tensos, incrementan innecesariamente el dolor, así que lo más útil que podemos hacer ahora para ti es ayudarte a relajar tus músculos; la forma más sencilla de hacerlo es ponerte más y más relajada con cada exhalación.

Dirigí la atención hacia mí, ya que era fácil que se enfocara en mí

mano. La relajación de los músculos era exacto lo opuesto de lo que había ocurrido hasta el momento (el dolor y el miedo tensaban los músculos), así que fue importante explicarle (**informar**). Al mismo tiempo, en el fraseo permití que el dolor tuviera un “adecuado” nivel, más allá de lo cual sería un dolor innecesario (**implicación**); en esta declaración establecí la sugerición de que el dolor actúa como una señal (**reencuadre**).

Ahora con valentía apoyé el fraseo en el acuerdo: “podemos ayudar”. Y en conjunto transmití que la situación se encontraba bajo control, pues el médico sabía qué hacer (**sensación de control**). Lo que es más, mi expresión “lo más útil” **implicó** que había más posibilidades, lo cual intensificó la sensación de control y al mismo tiempo la preparó para un nuevo enfoque en caso de que este no fuera exitoso.

Al llamar su atención para exhalar, presioné su pecho —¡el doloroso pecho!— con mi mano, ayudándole prácticamente a exhalar. Posteriormente, le dije las frases en sincronía con sus exhalaciones.

Sincronicé el toque, la ligera presión y las frases (me adapté en esta fase con su respiración, como demanda la situación, **acompañamiento**).

—*Te estás relajando más y más. Y tal vez estás notando qué tan fácil se hace tu respiración de este modo; con cada exhalación te sientes mejor y mejor.*

A pesar de que presioné ligeramente en el pecho adolorido, fue evidente el efecto positivo de las sugerencias.

La consciente sincronización con la paciente me permitió cambiar a las sugerencias clave (**conducción**), las cuales pudieron haber sido rechazadas por la paciente al principio: respirar tranquilamente, comodidad física, estado soñoliento, etcétera.

Su respiración se hizo lenta, profunda y fácil, mientras se enfocaba en mí atentamente. Y dejó de manifestar dolor durante todo el rescate. Antes de concluir el rescate, aún en la misma situación, le había dicho:

—Ahora que estás tan bien relajada, te dará un poco de sueño y tal vez te duermas. Cuando despiertes, estarás en la ambulancia y sentirás qué tan fácil se ha hecho tu respiración.

La paciente mostró signos evidentes de seguir mis sugerencias palabra por palabra. Conecté su estado soñoliento a la actual relajación lograda, fraseando las **sugerencias indirectas**: “un poco de sueño”, y “tal vez”.

Con las sugerencias mostré de antemano lo que ocurriría **en el futuro**. Pretendí claridad y seguridad en la secuencia, así que, en lugar de

“si te despiertas”, expresé “cuando despiertes”. En el caso de los pacientes que siguen las sugerencias de forma directa (**literalidad**) cada palabra es significativa.

Pronto, con la ayuda del equipo de bomberos y acorde con el protocolo apropiado, la paciente fue retirada de los escombros. Estuvo despierta durante la operación de rescate. Se le dio solución intravenosa y soporte a su cuello. Fue levantada de los escombros e inmovilizada en una camilla sobre un colchón de vacío. Posteriormente, mientras estábamos empujando la camilla hacia dentro de la ambulancia, la paciente —que estuvo despierta todo el tiempo—, no dijo ni una palabra; después, calmadamente y con curiosidad preguntó:

—¿Me puso a dormir? ¿Cuándo me sacaron?

De hecho, en este punto me di cuenta de que no le había suministrado ninguno de los medicamentos ya preparados.

Siguiendo las sugerencias previas, la paciente “despertó” mientras se la llevaban a la ambulancia. En estado de trance, la orientación de la realidad se distorsiona, lo cual es natural en estas situaciones (ya que no sabía si le habían aplicado anestesia o no).

El cuidado de la paciente se llevó a cabo con las reglas de ahí en adelante, y a pesar de que, con el ajetreo de la ambulancia, mostró signos de un poco de dolor en el pecho, ella lo describió así:

—Ahora lo siento de nuevo. Por supuesto, no tan intenso como antes en el coche. Ahora se siente mucho menos, pero todavía duele.

Ya no mencionó la falta de aliento.

El dolor por la lesión se ubicó en la zona “aceptable”. Sintió los zangoloteos normales de la transportación. En este caso, fue buena idea establecer sugerencias de que el dolor era una señal útil porque era un mensaje del cuerpo. Resultó valioso proyectar el periodo de recuperación; el mensaje más adecuado era acerca de la regeneración del cuerpo, o el descanso y tranquilidad requerida.

Análisis del caso

Situación inicial

- Trance negativo.
- Dolor y agitación.

Objetivos cumplidos

- Neutralizar el trance negativo.
- Establecer acuerdo para calmar al cuerpo y al alma.
- Analgesia.

Notas

* VARGA, K. y Diószeghy Cs. (2001), *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztiókszerepe a mindennapiorvosigyakorlatban* [Cooling fee, or suggestions' role in the everyday medical practice], Budapest, PólyaKiadó, p. 49.

** No existe equivalente al español para el nombre Csaba, así que se mantuvo a lo largo del caso. Se pronuncia: CHA-ba.

30. DOS DOSIS EN LUGAR DE TRES*

Dr. Csaba Diószeghy

Una señora fue ingresada al hospital por problemas del corazón. Al ver su electrocardiograma, le sugerí al médico residente comenzar con adenosina.^{**} La señora descansaba plácidamente, conectada al monitor y con una venoclisis. Todos estaban tranquilos y relajados. El joven médico residente caminó hacia ella con una ampolla de adenosina en su mano. Logré escuchar su explicación:

—Te daré el medicamento, que espero normalice tu ritmo. Mientras te inyecto, tendrás una sensación desagradable, como si fueras a desmayarte; pero no te preocupes, no lo harás. Además, podrías sentir un dolor insopportable, bastante molesto. Pero es el mejor medicamento del que disponemos y, como tu corazón late demasiado rápido, necesitamos detenerlo por un rato.

No pude ver la cara de la señora. Pero luego de escuchar al médico residente comencé a caminar hacia ellos... Justo cuando puso el medicamento en la sonda..., la señora gritó y se puso gris; se tocó el pecho y se agarró de él respirando con dificultad. Gritó que no podía respirar y que iba a morir. Por supuesto que no lo hizo, pero su ritmo no volvió a la normalidad.

Fui allí. En este caso, desafortunadamente tuvimos que repetir la inyección con dosis doble.

El informe del joven colega constituyó un ejemplo de sugestiones negativas: transmitió duda (“espero que...”); prescribió efectos negativos (“tendrás una sensación desagradable”, y “podrías sentir un dolor insopportable, bastante molesto”); usó conjuntos de negaciones “no te preocupes, no lo harás”; hizo que toda la intervención pareciera dudosa (“pero es el mejor medicamento del que disponemos”); y olvidó que para la gente ordinaria “detener el corazón” es un objetivo caótico. Por supuesto todo esto causó un efecto.

—¡Bien, casi estuvo perfecto! Me parece que necesitarás otra dosis para un resultado completo. ¿Sientes que el medicamento está haciendo efecto?

Ella me observó con recelo y desdén.

Mi entrada fue sorpresiva (apoderándome del **rapport**): en vez de subrayar el error, etiqueté la situación con “casi estuvo perfecto” (**reencuadre**). Incrementé la sorpresa aún más, con la pregunta “¿sientes que el medicamento está haciendo efecto?”. Y por supuesto ella se

sorprendió. Esta vez vinculé esta experiencia con un resultado agradable (y deseable): “está haciendo efecto”.

—¿Te sientes bien ahora?

—Sí, estoy bien.

Las preguntas a la paciente me permitieron promover una activa interacción (obsérvese esto más adelante también) y también desempeñaron un rol importante en el **mantenimiento del rapport**: poner atención aquí y no en otra parte y especialmente no en el joven médico residente. Este método es útil cuando se intenta prevenir a un paciente de otras sugerencias negativas.

—¿Acaso no es extraordinario que este medicamento tenga efectos apenas unos segundos y que además surta un poderoso efecto a largo plazo? ¡Estos nuevos medicamentos son, de hecho, una maravilla!

La señora me observó con mayor duda y desconfianza que antes.

Con preguntas raras reforcé de nuevo la efectividad del medicamento (**repetición**). Al mismo tiempo, transmití hechos (**serie de síes**).

—De hecho puede ser un poco atemorizante no saber qué esperar. Pero lo mejor de todo es que puedes sentir que tu corazón se normaliza; es una extraña sensación, ¿verdad?

—Fue muy doloroso.

Desensibilicé la experiencia de la paciente con la expresión “un poco atemorizante” (**reencuadre**), al mismo tiempo que describí su sentimiento (**acompañamiento**). Esto es una ventaja cuando además se enfoca positivamente: “Lo mejor de todo” (**implicación**).

Aquí es donde llega la sugerión clave —que había sido preparada por previas sugerencias—, “tu corazón se normaliza” (**conducir**).

Otro **reencuadre** que desensibiliza la experiencia de ser atemorizante a “extraña”.

—¿En serio? Muchos pacientes dicen que es como un empujón y que de hecho pueden sentir cómo su corazón regresa a la normalidad. Claro, cada quien lo experimenta de modo diferente, pero lo que tienen en común es que únicamente dura un par de segundos, como es tu caso.

—Oh, cierto.

Transformé la queja de la paciente en sorpresa, al darle inmediatamente una razón citando la descripción de otros pacientes (anécdotas y **modelado**). Añadí otro reencuadre de sensaciones posibles (“como un empujón”), y enseguida la **repetición** del efecto esperado: el ritmo del corazón regresa a la normalidad. A pesar de que, como en blanco y negro, señalé que “cada quien experimenta de modo diferente”, también afirmé que el efecto “únicamente dura un par de segundos” (**sugestión directa**).

—Así que lo mejor es si repetimos la inyección, puesto que observo que tu corazón reacciona muy bien. A veces se necesitan tres dosis para regresar el ritmo normal al corazón; pero, yo creo que en tu caso hay una alta probabilidad de que únicamente se requieran dos.

—Bueno... —dijo sin parecer muy contenta con ello—. Está bien, usted sabe qué hacer.

Aquí traje la idea de una segunda dosis. Hice referencia a nosotros con la palabra “repetimos” y usé la sugestión tentativa para implicar al paciente en tomar la decisión (**proveer sensación de control**). Desensibilicé el efecto de dos dosis al compararlo con el de tres. Cité una actividad común (regresar) y **repetí** la sugerencia-objetivo (ritmo normal al corazón).

—Sí, yo sé. ¿Podrías ser tan amable de observar si sientes algo inusual? ¿Si dura seis o nueve segundos? Yo estaré observando detenidamente tu ritmo cardíaco ¿Está bien?

—¡Muy bien! —respondió con mucha confianza.

Ahora sin dudar tomé el rol de ser competente (**sugestión directa**). Impliqué la posible “sensación inusual” (**reencuadre y repetición**) dentro de un doble vínculo: seis o nueve segundos. Di a la paciente la tarea de observar externamente (**estrategia disociativa**).

Después de esto, le inyecté la segunda dosis. La señora se sentó sin hacer ningún sonido. Su corazón volvió a la normalidad.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente espantada, quejándose de molestias físicas extremas.
- Colega dando sugerencias negativas.
- La necesidad de una nueva dosis.

Objetivos cumplidos

- Alejar los miedos.
- Crear *rapport*, establecer confianza y cooperación.
- Contrarrestar las sugerencias negativas.

Notas

* DIÓSZEGHY, Csaba (2006), “Van egyjópofaeset” [There is a good fellow case] *Hipno-Info, ősziszám*, pp. 135-136.

** Nota original del autor: La adenosina requiere ser inyectada cuando ocurre un problema de ritmo cardiaco. Uno de los efectos desagradables, consiste en que por unos segundos puede causar síntomas similares al desmayo y algunas veces dolor de pecho. Sin embargo, la adenosina se descompone rápidamente de 9 a 15 segundos, así que cualquier efecto desagradable pasa enseguida, lo mismo que la sensación de desmayo. Todas las descripciones implican ese efecto secundario. Se recomienda a los médicos prevenir al paciente, aunque no se describe cómo hacerlo. Cuando enseño, siempre explico cómo reencuadrar al paciente los efectos secundarios. Yo uso este medicamento frecuentemente y siempre lo platico con el paciente. Nunca he visto a alguien quejarse de la inyección o de la experiencia desgradable; al contrario, mencionan ¡bastantes alegres! que de hecho están sintiendo el efecto y qué tan maravilloso es.

31. CÁMARA Y TRACTOR*

Anest. Zsolt Benedek

Estábamos preparando un estudio de imagen por resonancia magnética (IRM) para un niño bajo anestesia. Solamente funcionaba si nuestro pequeño se quedaba quieto durante todo el procedimiento; y esto era más difícil en el caso de los niños, ya que debían superar el miedo a lo desconocido y excluir totalmente el mundo exterior: la máquina hacía un ruido fuerte y estrepitoso durante el estudio. La situación era más complicada por el hecho de que el niño permanecería solito hasta el final de la revisión.

Francisco tenía siete años, sufría de retraso mental y por esta otra razón se indicaba la anestesia: no podía quedarse quieto por ocho o diez minutos. Por las conclusiones de las previas imágenes por resonancia magnética, fui a la sala de espera donde estaba con su mamá, y le llamé:

—Busco a Francisco P.

—Aquí estamos.

Me presenté y le dije a la mamá que pronto sería su turno. Me agaché con el pequeño y nos dimos la mano.

Comencé a establecer **rappor**t cuando fui a la sala de espera, en vez de esperar al paciente desconocido detrás de la puerta (**acompañamiento**). Hice contacto con la mamá y luego con el niño. El gesto varonil de darnos la mano era símbolo de **cooperación**, y el contacto físico en sí mismo puso las bases para una relación de confianza.

—Hola Francisco, soy Zsolt. Estoy aquí para ayudarte en el estudio. Me aseguraré de que todo salga bien... ¿Quieres saber qué va a pasar?

—Sí —respondió con confianza, una reacción inesperada para mí.

—Muy bien, entonces vamos a echar un vistazo con mami. Vamos.

Los detalles del **establecimiento del rapport** fueron importantes: en este caso, consideré suficiente decir mi primer nombre, ya que el rango y especialidad podrían ser confusos. Esta frase inicial determinó el marco de trabajo de **cooperación** y el resultado: el niño recibiría ayuda, y todo estaría bien (**positividad**).

Sobraba decir: “**Para que nada salga mal**”.

El niño era, en efecto, curioso acerca del procedimiento, por lo

que una solución práctica fue invitarlo a dar un vistazo a la máquina (**sensación de control**). Todo esto tuvo lugar en presencia de la mamá (la transferencia de **rapport** fue gradual), pero pude sentir todo bajo control.

Entramos con confianza, pero se detuvo ante la enorme puerta de la sala y se quedó viendo la enorme máquina.

—¡Acércate y le daremos un vistazo más de cerca! Esta es una cámara, una muy, muy grande cámara. Es la más grande que tenemos aquí.

Luego le extendí mi mano... y la tomó, pese a su timidez.

Percibí la inseguridad del niño y reaccioné de inmediato: me ajusté a su nivel de conocimiento llamando a la máquina “cámara grande” (**reencuadre**). Él aceptó mi mano, tal vez por el previo saludo de manos. Estos pequeños pero importantes pasos permitieron que el niño, que antes se aferraba a la madre, se atreviera a estar solito durante el examen. Fue muy importante observar “qué tan” preparado estaba para quedarse solito en la máquina sin su mamá.

—Mira, aquí se toman las fotos, y tienes que acostarte aquí hasta que se hagan todas. Bueno, no se ve difícil, ¿verdad? Tal vez estabas un poco nervioso hasta ahora, pero en realidad esto es todo de lo que se trata.

Cuando hablé sobre la máquina, saqué de nuevo lo de “tomar fotos” (**reencuadre y repetición**). Logré una **serie de síes** consistente de tres elementos ocultos en la explicación: 1) “mira, aquí se toman las fotos”; 2) “y tienes que acostarte aquí hasta que”; y 3) “no se ve difícil ¿verdad?” (**enfoque en objetivos**). El nerviosismo debido a la situación quedó en pasado, y clarifiqué cada vez más lo fácil de acostarse allí.

Me pareció que se había relajado un poco más. Caminó hacia su mamá y me acerqué:

—Sé que has venido para un estudio con anestesia. Pero hay otra alternativa —me agaché hacia él—. Podemos hacerlo diferente y más rápido, y no tienes que dormirte. De esta forma irás a casa antes, y al final del estudio ¡habrá un regalo para ti!

Como percibí que el niño podía cooperar bien, les ofrecí una alternativa más simple y le describí los detalles al niño. Las características de la alternativa sin anestesia eran obviamente atractivas para el niño (**positivas y motivantes**). El regalo estaba conectado con el final del estudio, pero ya estaba implícito que la prueba terminaría muy bien (**orientación al futuro**).

—Tenemos una gran caja llena de juguetes. La gente que trabaja aquí lo ha coleccionado para niños como tú.

—¿Un regalo? —expresó abriendo los ojos.

Le mostré la caja y su contenido.

—Los chicos que han hecho un buen trabajo pueden escoger algo de la caja.

Lo que es más, mostré los regalos para la comprobación tangible y para incrementar su atractivo (**sugestión con objetos**); y la anterior sugestión (vinculada a ellos) se convirtió en una certeza concreta: el estudio se llevaría a cabo sin ningún problema. La frase “han hecho un buen trabajo pueden escoger algo...” transmitió que también podía hacer un buen trabajo y, por tanto, elegir un juguete (**modelado, repetición y orientación a futuro**).

—Te diré lo que tienes que hacer.

—¡Bien!

—Acuéstate en esta cama y lo más importante es que te quedes quieto hasta que te avise. ¿Lo hacemos? —dije cuando ya estábamos junto a la máquina.

—Sí —afirmó subiendo a la cama.

Después de tal preparación, estuvo más abierto y motivado para las instrucciones que le di. Al preguntarle “¿lo hacemos?”, lo invité a la **cooperación** e inmediatamente generé una respuesta.

—Francisco, mientras te toman las fotos escucharás un ruido fuerte como un tractor... pero tal vez será más fácil que, mientras estás en la cámara, imagines que estás cortando el pasto de un jardín con el tractor.

—¿Bien?

Informé sobre qué ocurriría y así ofrecí un marco neutral de interpretación, incluso positivo y juguetón (**reencuadre**), el cual aceptó.

Para estar en trance positivo con el niño, eliminé la expresión: “**No dejes que te moleste el ruido**”.

Ahora algo inesperado pasó:

—¿Puede estar mi mami conmigo? —preguntó tímidamente.

Su mamá estaba esperando un bebé, y por eso no se recomendaba para nada que estuviera allí.

—Mami está cuidando de tu hermanito, que todavía está dentro de su pancita y no puede venir ahora.

Le dije algo real (su mamá debía quedarse afuera), de modo positivo (cuidando de tu...). No dije “ella no puede estar aquí”; únicamente mencioné la razón noble de ello (**informar**).

—¿Crees que te ayudaría si estoy aquí y toco tu pie durante el estudio?

—¡Está bien!

Inmediatamente ofrecí mi presencia y **repetí** el contacto: que comencé al darnos la mano... Estos detalles se tornaron cada vez más importantes. Aunque formulé la oferta a modo de pregunta, esta tuvo un poderoso poder sugestivo, especialmente por el tono similar a la frase afirmativa: “te ayudaría...” (**positividad**).

Lo característico de un trance negativo hubiera sido: “**No vas hacer un berrinche, ¿verdad?**”.

—Entonces acuéstate, ponte cómodo y coloca tu cabeza en esta almohada.

El asistente del IRM se acercó a mí para indicarme que se requería ponerle una mascarilla en la cabeza.

—Ahora, Francisco: este es un casco espacial; hace que las fotos salgan muy bien. Cierra tus ojos suavemente, relajado. Mientras, yo sostendré tu pie como prometí.

Se introdujeron accesorios adicionales con la ayuda de la imaginación (**reencuadre**), y fáciles de escoger para el niño (foto, tractor, espacio y casco). Le brindé información positiva todo el tiempo (cómodamente, las fotos saldrán bien, suavemente, relajado).

Rechacé obviamente expresarme en términos de “**;No te debes mover, porque entonces todo será en vano!**”.

El estudio comenzó... momentos difíciles... ¿Se espantaría con el ruido? ¿Sería capaz de permanecer completamente inmóvil? Y hubo únicamente unos cuantos segundos de pausa (silencio) entre “las fotos”. Tuve que concentrarme en no preguntarle, para evitar que asintiera con la cabeza o se moviera involuntariamente.

En el aparente periodo pasivo, enfoqué mi atención en el niño, me mantuve en sintonía con él y así se lo transmití a través de contacto continuo.

Durante los pocos segundos de pausa entre las tomas, le dije:

—Estás haciendo un buen trabajo. Como puedes escuchar, el tractor ha comenzado... Pon atención únicamente en cortar el pasto por todas partes. Lo estamos haciendo bien. Ya has cortado la mitad del pasto del jardín... Sigue así, compañero... Ahora es el siguiente turno... Casi acabamos.

En 10 minutos concluimos el estudio.

Cuidé continuamente el **rapport**. Utilicé las imágenes previas para informarle que todo iba bien conforme al plan. Resalté su valentía y el éxito mutuo (**positividad** y **sensación de control**).

—Francisco, ¡felicidades! Hiciste un buen trabajo. Ven a escoger por ti mismo tu regalo.

Vacié toda la caja y después de una larga búsqueda eligió algo que felizmente llevó con su mamá.

Se merecía el regalo prometido.

No creía que este pequeño pudiera hacer el procedimiento. Temía que no lo lograra, pero lo dije a su mamá:

—Francisco hizo realmente un buen trabajo. Él es capaz de hacer más de lo que cree.

El exitoso procedimiento tuvo un notable resultado junto con el resultado del estudio...

Nos despedimos. Francisco volteó a verme desde la puerta despidiéndose con una sonrisa:

—¡Adiós!

Análisis del caso

Situación inicial

- Niño apgado a su madre y presumiblemente con miedo ante el procedimiento.

Objetivos cumplidos

- Establecer *rappor* y cooperación.
- Reencuadre positivo de la situación.
- Desarrollar una posición relajada e inmóvil para la prueba.

Nota

* Examen del Programa de Entrenamiento de Posgrado en Comunicación Sugestiva en Medicina Somática, coorganizado por la Asociación Húngara de Hipnosis y la Universidad Semmelweis de Medicina en Budapest.

32. ¿TENEMOS UN SACO DE MEDICAMENTOS?*

Dr. Kovács Zoltán Ambrus

Un día me llamaron para una consulta. Esto siempre era una oportunidad emocionante y desafiante para implementar una revisión de salud mental e intervenir en compañía del médico, asistentes y otros especialistas.

Un paciente de la unidad de otorrinolaringología llegó agitado y a la defensiva, un día después de su cirugía de garganta por cáncer en amígdalas. Muy enojado, le reprochó al médico a cargo que la gente hablaba y se reía de él en el pasillo.

Entendió que ellos querían ponerlo en internet para que lo molestaran. Declaró que quería dejar el hospital —lo cual lo pondría en riesgo— y exigió ver a su propio médico allí mismo y en el acto —desafortunadamente él ya estaba en el extranjero en ese momento. Se rehusó a que lo examinaran y rechazó la medicación, incluyendo los tranquilizantes. En menos de media hora, yo estaba con él como el médico a cargo.

Cuando entré al cuarto del paciente, junto con un colega y la enfermera, él estaba parado junto a la ventana viendo hacia la calle. Nos miró asustado, retrocedió un poco y se quedó observándonos. Lentamente me moví hacia él, busqué su mano para saludarle y me presenté. Aún asustado, aceptó mi mano y se presentó rápidamente. Estaba visiblemente muy agitado y quizás seriamente asustado.

La conducta del paciente mostraba, sin lugar a dudas, signos de un trance negativo. La entrada de nuevos médicos le indicaba que había nuevos miembros; a pesar de que no había un **rapport** favorable, eso reflejaba la realidad. En esta situación era especialmente importante poner en evidencia los elementos de la realidad del paciente. Como nuevo médico en escena, comencé construyendo **rapport** pacíficamente al ofrecer mi mano (**implicación y sugerición no verbal**). El paciente lo aceptó, en un primer signo de cooperación.

Podría haber dicho “**Por favor, ¡no se ponga nervioso!**”, pero afortunadamente me abstuve de ese trance negativo.

—El médico me pidió que te visitara, para ver si yo podría ayudarte. Me han dicho que tienes sensaciones desagradables y que quieres dejar la clínica.

—¿Y qué quiere aquí? ¿Qué quiere?

Informé acorde con la situación evitando la palabra examinar.

Definí la situación y sugerí aceptación de la ayuda médica: “si yo podría ayudarte”. Juzgando por lo anterior, me dirigí al paciente en el nivel en que se encontraba (**acompañamiento**). A pesar de esto, el paciente reaccionó indiferente y molesto.

—¿Me permitirías sentarme?

Aceptó. Entonces coloqué lentamente una silla cerca, me senté y esperé unos momentos. Había otra silla cerca de él.

—Quiero que encontremos la mejor solución —le dije al mismo tiempo que señalé que él también podía sentarse, y enseguida así lo hizo.

Reforcé el acercamiento amigable con el ritmo, la pausa y la posición corporal simétrica (**repetición** e **implicación**). Al acomodar el mobiliario, puse un excelente ejemplo de **sugestión con objetos**. Ofrecí **cooperación** (encontremos). Sugerí que había opciones (“la mejor solución”), entre las cuales se podía escoger (**implicación positiva** y dar **sensación de control**). Además de las palabras, mis gestos corporales también jugaron un rol importante en la comunicación (**sugestión no verbal**) y ello sirvió de guía elegante (intento de **conducción**).

El hecho de que el paciente tomara asiento me indicó de manera positiva que aceptó mi acercamiento.

—¿Está grabando lo que estoy diciendo? —preguntó con un tono de voz que me hizo sentir que temía que lo hiciera.

—Desafortunadamente no traje mi grabadora. ¿Te gustaría que grabara nuestra conversación?

—Prefiero que no —respondió aliviado.

Mi sorprendente respuesta (**sugestión paradójica**) tranquilizó al paciente respecto de que yo no estaba usando una grabadora y él no tenía nada que temer.

—Puedo ver que aún tienes un vendaje y un drenaje en tu cuello. ¿Te acaban de hacer una cirugía?

—Sí.

—¿Ayer?

—Sí.

—¿Estuviste dormido durante el procedimiento?

—Sí.

—Me parece que la operación fue exitosa. ¿Tienes dolor ahora?

—No.

—¿Dónde vives? Por cierto, ¿de dónde eres?

—¿Realmente quiere interrogarme por todo ahora?

Comencé a enlistar los hechos obvios para lograr una **serie de síes**, como una herramienta para mantener la interacción con el paciente (**construir rapport**). El rechazo a responder la última pregunta me sugirió que la paciencia del paciente tenía límites para cooperar.

—No de todo. Sé, por ejemplo, cuándo naciste.

—¿Cómo lo sabe?

—Está tatuado en tu mano.

—Sí, es cierto.

—Puedo ver que estás ansioso, desconfiado y nervioso. Te sientes incómodo y te preguntas si yo podría ayudarte.

Mi explicación racional del tatuaje le proporcionó una sensación de alivio y disminuyó la paranoia, inmediatamente después de nombrarle su ansiedad y nerviosismo (**acompañamiento**). Mediante la frase “si yo podría ayudarte” intenté que el paciente aceptara la ayuda (**implicación**).

—Usted estaría nervioso si alguien hablara de usted.

—¿Quieres decir que puedes escuchar lo que la gente dice en el pasillo?

—Sí, y también los visitantes se ríen de mí todo el tiempo. Ya me cansé de eso.

—Eso debe sentirse terrible.

—Ahora piensa que lo estoy inventando.

Intenté clarificar su problema con la pregunta “¿quierew decir que puede escuchar...?”. Di otro paso de **acompañamiento**, y sugerí que estaba tomando en serio su queja y que quería entender exactamente lo que ocurría. Mi respuesta (“eso debe sentirse terrible”) estuvo llena de empatía. Únicamente después de esta declaración, mostró el primer signo vago de que consideraba cuestionable su creencia o experiencia.

—Yo creo que realmente sientes lo que sientes, y no puedes mejorar bajo esas circunstancias incómodas. Ahora entiendo por qué quieres ir a casa. ¿Has tenido visitas?

Con otra respuesta **empática** pude transmitir que allí ya había alguien que lo entendía (**acompañamiento**).

—Ninguna.

—¿Esperas que vengan?

—Mi hijo y su familia viven lejos...

—Así que estás solo en esta situación. Creo que no estás muy seguro acerca de qué hacer ahora.

—¿Sabe? Estoy completamente inseguro...

Y aquí llegó la primera respuesta abierta y honesta.

—Te entiendo completamente. Sería genial deshacerse de esta sensación desagradable, ¿no?

—Sí.

—Creo que tenemos medicamento para esta clase de ansiedad...

Tras aceptar mi nueva respuesta empática, intenté “la carta” de que aceptara la medicación. Este movimiento algo apresurado y radical inmediatamente disparó resistencia.

—¿Quiere golpearme con un saco de medicamentos?

—Enfermera —me volteé con la asistente—, ¿tenemos un saco de medicamentos?

—No tenemos doctor.

Mi reacción sirvió como una fuente elegante de humor, también para incluir al equipo. Además, así intenté expandir la confianza. Afortunadamente la enfermera captó el sentido.

—Pero debe tener dos pastillas de Haloperidol, ¿no? Por favor, traiga la caja y ábrala aquí, para que yo pueda ver...

Mi desconfianza artificial iba con la actitud del paciente (**acompañamiento**).

Luego noté el vaso del paciente en la mesa.

—¿Tienes vaso?

—Sí.

—¿Quieres té o preferirías ir por agua del garrafón?

Usé las palabras “té o agua” como detalles insignificantes para lograr que tomara su medicamento (**doble vínculo e implicación**).

El paciente comenzó a caminar hacia el garrafón, sin ninguna duda aceptó y tragó la pastilla.

—¿Pasó suavemente?

—Sí, ya me la tragué.

—Muy bien. Entonces ahora preguntaremos al especialista, quien después de todo es el experto en esto, para revisar si la pastilla pudiera haberse atorado en tu garganta... Bien... Dentro de poco te sentirás aliviado y espero que las sensaciones no placenteras se vayan.

Luego de la exitosa administración del medicamento, era momento de **transferir el rapport** al colega. El especialista sirvió de facilitador de buenos resultados (**direcccionamiento, positividad y orientación al futuro**).

—¿Me permites visitarte mañana?

Mi pregunta ofreció la opción y superficialmente transfirió **sensación de control**, ya que la respuesta era predecible por la interacción previa.

—Como guste, doctor.

Análisis del caso

Situación inicial

- Paciente desconfiado y agitado.
- Falta de cooperación con el personal de otorrinolaringología.

Objetivos cumplidos

- Construir la cooperación.
- Evitar la hospitalización psiquiátrica.

Nota

* VARGA, K. (2011), *Beyond the words. Communication and suggestion in medical practice*, Nueva York, Nova Science Publisher.

33. ¿PUEDO LLAMARTE MARÍA?*

Dra. Katalin Judit Tóth

En su admisión, la vimos muy deteriorada, cansada, desnutrida, pálida y con los ojos apretados fuertemente. El personal de la ambulancia la acostó en la cama, y las enfermeras le quitaron la ropa y le pusieron los electrodos del electrocardiograma; se observó un ritmo cardiaco muy rápido. Le pusieron el monitor de presión sanguínea en la parte superior del brazo izquierdo, y registró una presión arterial baja. Se le colocó la sonda en la nariz, para darle oxígeno a tres litros por minuto. Había goteo salino periférico por su venoclisis. Las enfermeras notaron sus extremidades derechas inmóviles. Para realizar la prueba de deglución, le pusieron un par de gotas de agua en su boca y se atragantó de inmediato, así que querían ponerle una sonda gástrica, cuando la paciente gritó:

—No lo permitiré.

Aquí fue cuando llegué y me paré de su lado izquierdo. Me presenté y le dije que sería su doctora y que le ayudaríamos. Le pregunté cómo le podía llamar, pero no respondió, así que continué:

—¿Puedo llamarte María? —siguió sin contestar, y proseguí—. Quiero examinarte.

Entré en contacto comenzando con la presentación (**rapport**). En mi trance positivo, se me hizo impensable advertirle: “**Si no cooperas, no te podemos ayudar**”.

Luego, giró la cabeza hacia su derecha, un poco hacia mí, abrió los ojos y comenzó hablar con mucha dificultad, debido a su parálisis facial derecha.

—¡No, nada más déjeme sola, váyase! No me haga nada, tan solo déjeme. Me quiero morir...

Una de las enfermeras interrumpió:

—¡Oh, no diga eso, María!

Pedí una cobija, la tapé y pedí que la dejaran sola.

—Si quieres morir, puedes hacerlo. Nadie puede detenerte.

Construí el **rapport** al taparla con la cobija y al proteger su privacidad. Con esto transmití que algo diferente estaba llegando: el tratamiento no sería como antes. En la nueva fase, mi frase de apertura (“si

quieres morir, puedes hacerlo") fue muy provocativa; no solo rimaba con la frase de la paciente (**acompañar**), sino que era un despertar de conciencia. Le aseguré que nadie la detendría allí.

Me miró y por un segundo curveó hacia arriba la esquina derecha de su boca. Cerró sus ojos.

Los signos pequeños pero significativos de la paciente me mostraron la formación del **rapport**.

Luego me quité los guantes y puse cuidadosamente mi palma en su pecho. No la retiró. El monitor mostró un 33 en su rango de respiración.

Quitarme los guantes fue otro signo sofisticado de que algo nuevo pasaría (**rapport**). El hecho de que la paciente no me retirara la mano y aceptara el contacto fue otro signo favorable de que ella estaba bien con esa conexión.

Esperé cinco minutos con mi mano sobre su pecho, sin decir nada.

Hacer nada y saber esperar han sido partes importantes para resolver situaciones difíciles. Esto también fortaleció la intención de ayudar; significó ser paciente y acoplarse a las necesidades de la paciente.

La paciente se calentó con la cobija y se acostumbró a mi mano. Luego, , acorde con el ritmo de su respiración, tiernamente apliqué presión en su pecho y comencé a hacer más lenta su respiración. Seguí sin decir nada. Pasaron cerca de 10 minutos. Ahora el monitor mostraba un rango de 20 y su pulso además disminuía. Luego, discreta y lentamente le pregunté:

—María, ¿tienes jardín?

—Sí.

—¿Tú plantas flores?

—Sí.

—¿Tienes nietos?

—Sí.

—¿Los amas?

—Sí.

—¿Quieres verlos de nuevo?

—...sí.

—Me gustaría ayudarte a que lo hagas, ¿me dejarías?

—...sí.

—¿Tienes dos hijos, verdad?

—Sí.

—¿Llegaste en ambulancia?

—Sí.

—¿Ves que aquí estás a salvo, verdad? ¿Me dejarías examinarte?

—Sí.

Después del comienzo difícil con una paciente resignada a morir, ahora esta respondía a preguntas que no tenían nada que ver con la situación (flores y nietos). Con las preguntas desplegué una **serie de síes** y establecí las bases para lo que vendría después. Primero, obtuve la confirmación de la paciente en cuanto a la sugerencia clave “me gustaría ayudarle, ¿me dejarías?”, por la cual definí que trataba de ayudarle y ella aceptó (**rapport**). Aquí, transformé en **conducción** la fase preparada por el **acompañamiento**.

En la segunda parte de la **serie de síes**, dentro de la recién lograda cooperación, dejé claro que habría una revisión, pero esta vez con el consentimiento de la paciente (**rapport**). Cuando mencioné a los miembros de la familia (hijos y nietos), imprimí **motivación** para la recuperación y al mismo tiempo abrí una perspectiva positiva al hablar sobre la oportunidad de reunirse (**orientación al futuro**).

La examiné. Los resultados fueron peores de lo que esperaba. Estaba seriamente deshidratada y olía a acetona. Encontré su nivel de glucosa en 16 mmol/l. Probablemente había perdido peso recientemente y estaba muy débil antes del ataque. Perdió visión del lado derecho. Tenía parálisis de nervio facial con reflejos patológicos muy intensos. No observé alguna dificultad grave de sensación de confusión. No podía tragar, pero hablaba con un poco de dificultad; entendía todo, reaccionaba adecuadamente, claramente consciente, y en todos los aspectos estaba orientada. Sin embargo, estaba deprimida. Protegía su estómago, que era sensible a la presión, y era incapaz de controlar la orina.

—María, se ve que tienes diabetes y que has tenido un ataque, pero juntas podemos mejorar mucho ambas condiciones. Primero, es necesario estabilizar la glucosa en la sangre y restaurar la movilidad de tu lado derecho. Es suficiente por hoy; mañana avanzaremos otro paso más. ¿Cuándo fue la última vez que comiste?

Informé los hechos a la paciente acerca de la revisión (**informar**), e inmediatamente enfaticé las posibilidades subrayando la importancia de la **cooperación**. Tracé rápidamente un plan, definiendo el **objetivo** diario y estableciendo que al siguiente día habría cosas por hacer (**orientación al futuro**).

—Bueno, no lo sé... Además, vomité en casa. Nada está bien desde que mi

marido murió.

—Debe ser duro estar sola. Por suerte tienes a tus hijos y nietos.

—Sí, sí...

Cuando la paciente expresó su duelo y dolor, reaccioné de manera breve (**respuesta empática y acompañamiento**) pero rápida refiriéndome a los vínculos familiares existentes (**positividad y orientación al futuro**).

—Tragar debe ser difícil ahora. Hasta que mejores, te pondré una delgada sonda desde la nariz hasta el estómago, para que podamos alimentarte y ponerte fuerte rápidamente.

—¡No lo permitiré! Mi marido murió después de una gastroscopia. No, no, no permitiré eso. Si tengo derechos, ¡no lo permitiré!

La paciente se rehusó a la intervención que propuse. Afortunadamente, reveló de inmediato la razón: su marido murió después de una gastroscopia (**modelo negativo**).

Pedí una sonda. La desempaque ante su vista. Se volteó y cerró los ojos. Puse su mano izquierda sobre la mía y no la quitó.

La paciente no quiso ver la sonda, pero usé exitosamente la modalidad táctil previamente trabajada.

—María, esto no es una gastroscopia como la que tuvo tu marido. Tuviste un ataque y por eso se te dificulta tragar. Bueno, ¿no puedes morir de hambre, verdad? Mírala, ¿sientes lo delgada y suave que es la sonda? Como un popote.

Abrió sus ojos un poco y luego los cerró.

—¡Espera! No la pondremos a la fuerza, te lo prometo.

Luego coloqué la sonda en su mano izquierda, y la estuve tocando.

—No la quiero, ¿no hay otra solución?

Traté de dirigir a la paciente, con la información de los hechos: de una falsa interpretación a una adecuada (**informar y reencuadrar**). Elaboré el razonamiento “no puedes morir de hambre” y lo convertí en **motivación** básica. La paciente no tomó en cuenta mis palabras, pero al tocar la sonda y abrir sus ojos un poco mostró que con mi guía se estaba orientando a la realidad; fue más constructiva en vez de descartar por completo, ya que la pregunta “¿no hay otra solución?” indicó que entendía el objetivo pero que el método le resultaba inaceptable.

—No por ahora. Pero te puedo decir que otros pacientes que tuvieron sonda, y que habían estado muy temerosos, me dijeron no habrían estado tan asustados después de haber sabido que era tan fácil ponerla. Por supuesto, podemos dar anestesia a quien

sea; y si quieres, te podemos poner a dormir por un minuto.

Mi respuesta fue negativa pero ofrecí pistas de posibilidades alternas futuras (**implicación** y **orientación al futuro**). En vez de mencionar el modelo negativo del caso de su marido, me referí a otros pacientes como **modelos positivos**, y en referencia a sus miedos mostré que entendía sus sentimientos (**respuesta empática** y **acompañamiento**).

Rápidamente continué clarificando los detalles, como si la decisión hubiera sido tomada (entre usar o no la sonda) y lo único pendiente fuera el empleo de la anestesia (**doble vínculo**).

—No quiero que me nublen la cabeza. ¿Y cuándo me la quitarán?

La paciente no quería anestesia pero indagó acerca de cuándo se le quitaría: su perspectiva se volvió **orientada al futuro**.

—Espero que en un par de días, si te pones fuerte y si tu deglución mejora o si encontramos una mejor solución. Así que ¿me dejas ponerte un rocío de anestesia en la nariz con este atomizador? ¿En cuál de tus fosas nasales la prefieres?

—La izquierda...

Mi respuesta fue una sugerión que delineó el **objetivo** (“si te pones fuerte y si tu deglución mejora”). Debido a los pasos previos, obtuve el consentimiento de la paciente, al dejarla elegir en qué fosa nasal quería la sonda (**doble vínculo**).

La sonda pasó con facilidad, lo que favoreció que diera el permiso de colocar la línea central —la puse a dormir para esto— y se le administró una sonda vesical. Le suministramos insulina lentamente. Obtuvo líquidos e iones, y se elevó artificialmente la presión de su sangre. Le administramos la fórmula especial para diabéticos en dosis de incremento gradual. A medida que sus signos fisiológicos mejoraban y se estabilizaban, se puso lánguida y se quedó dormida.

Al siguiente día, en las primeras rondas, la paciente estuvo despierta y reclinada en una posición de 30 grados. Me reconoció al verme y sonrió. De allí, sus parámetros psicológicos se ubicaron en rangos normales. Le pedí que levantara su brazo derecho y luego su pierna derecha. Para mi sorpresa lo hizo muy bien, pero luego de pronto dejó caer su pierna y dijo:

—No, no puedo hacerlo.

—¡Pero esto está muy bien! Has progresado mucho. Ya verás, con cada día, en todos los aspectos, te pondrás mejor y mejor.

Repetí: con cada día, en todos los aspectos, te pondrás mejor y mejor.

Mi apreciación abierta de su desempeño actual, ayudó a la evaluación realista de la situación mientras que con confianza delineé la

mejora potencial (**positividad** y **orientación al futuro**). Con una repetida sugerición clave abrí espacio a considerar el resultado posible de la mejora (**implicación**).

Análisis del caso

Situación inicial

- Rechazo y hostilidad.

Objetivos cumplidos

- Construir cooperación.
- Construir motivación por la recuperación.

Nota

* TÓTH, Katalin Judit (2008), “Szuggesztíós terápia lehetőségei a neurointenzív ellátás során” [Suggestive therapy's possibilities in the neurointensive care], *Hipno-Info, tavaszi szám, pp. 18-23.*

34. CHICO VALIENTE

Dra. Zsuzsa Vass

A Dionisio, un joven de 28 años con retraso mental, se le tenía que retirar un tejido (una bolita) de su cara. Lo enviaron al Departamento de Cirugía creyendo que la extirpación podía realizarse con anestesia local, pero ni tres personas pudieron sujetarlo porque se asustó; solo pensaba que saldría lastimado. No podría calmarse hasta que la anestesia general se aceptara como una solución posible.

El trance negativo era obvio: el paciente seguramente no entendía lo que le ocurría, temía a situaciones y personas desconocidas, y actuaba de acuerdo con sus emociones. La violencia —sujetarlo hacia abajo— no funcionaría; había que hallar otra solución.

Esto podría resultar, pero ¿cómo podríamos lograr que acudiera a la sala de cirugía y se acostara en el quirófano? Luego un colega recordó que desde hacía tiempo, en la clínica de cirugía bucal yo me había encargado de la anestesia para personas con capacidades diferentes. Así, la madre y el hijo me contactaron en la unidad de anestesiología.

Mis experiencias previas crearon la posibilidad de manejar la nada simple tarea de aplicar la anestesia general al joven, para quien esto sería tan desconocido como la fallida anestesia local. Es importante mencionar que el paciente tuvo una mala experiencia médica. Por otra parte, se dejaba llevar por la decepción —por ejemplo, viéndome de su familia— acerca del fallido error.

El joven se sentó con la cabeza hacia abajo sujetando la mano de su mamá. En esa posición estaban mientras la mamá me explicó en pocas palabras que a su hijo le molestaba la protuberancia en la cara y que él se quejaba del dolor cada vez con más frecuencia. Vinieron para resolver esto y propusieron que la cirugía se realizara sin anestesia general.

El paciente obviamente estaba en **rappor**t con su mamá; él debería “ganar” del aletargamiento de ese estrecho vínculo. Por supuesto, en este caso, la mamá no era simplemente una asistente: todo lo que le pasara también sería mediado por sus sentimientos.

—Hola Dionisio, soy la anestesióloga. Ahora vamos a jugar algo. Únicamente las cosas que “tú también” quieras van a ocurrir. ¿Ves esto en mi mano? Se llama estetoscopio: vamos a escuchar cómo dice tu corazón, ¡tum, tum!, y vas a hacer una

respiración profunda y luego sacar el aire. Vamos a escuchar qué dicen tus pulmones. ¿Podemos empezar? ¿Puedo escuchar?

Tomar el **rapport** fue una mezcla de comunicar los hechos y sugerencias directas. Al principio hice una promesa importante, en la que la frase “tú también” implicaba cooperación. Clarifiqué por adelantado lo que estaba a punto de hacer, de forma que él pudiera entenderlo (**informar**), y escondí la sugerencia meta en los sucesos (**serie de síes**): “vamos a escuchar” (**repetición y cooperación**). De hecho, pedí permiso para comenzar un procedimiento simple, justo como prometí antes (**brindar sensación de control**).

Estuve sonriendo, mirando sus ojos y acariciando su hombro izquierdo mientras le hablaba. Él, por su parte, se sujetaba de las manos de su mamá.

Mis señales no verbales, más que mis palabras, le dijeron (en un nivel más básico) acerca de mis útiles intenciones y que podía sentirse seguro. Repetí varias veces el contacto físico directo de ponerle mi mano en el hombro. Este gesto “carecía de función” en el sentido de que no era una parte inevitable de este tipo de examen, pero sí un elemento del canal emocional en donde los mensajes de “tranquilidad” eran transmitidos. Sin embargo, al sujetar la mano de su madre, el paciente “indicó” que ella era la fuente de su seguridad.

La revisión pudo hacerse exitosamente. Lo felicité por hacerlo tan bien, por comportarse excelentemente. Durante este tiempo, soltó las manos de su madre y se puso frente a mí. Le recompensé con una paleta que aceptó y tomó de mis manos.

La revisión médica se realizó con éxito. Alcanzamos el objetivo común de que soltara las manos de su madre. Para ella, el hecho de ver mi nueva forma de comunicación debió haber sido relajante y transmitió esta calma a su hijo: “estás seguro aquí, podemos confiar en la doctora”. El paciente se volteó hacia mí y se profundizó el **rapport**.

El siguiente paso fue medirle el pulso en su dedo. Primero puse el dedal en mi mano izquierda y escuchamos juntos el sonido rítmico, observamos los números y las ondas en el monitor. Luego le propuse:

—¿Te lo pondrías en tu dedo o te ayudo?

Mostré el uso del oxímetro de pulso en mi propia mano (**modelando**), y entonces demostré que todo lo que ocurría era simple, entendible y seguro. Observamos juntos el monitor, lo cual evidenció de nuevo la cooperación (**dando sensación de control**).

Miró a su madre, quien le animó, pero finalmente volteó su cabeza hacia otro lado y se apoyó en el hombro de su madre. Ella lo abrazó, y él no se atrevía a tomar el

dedal. Le pregunté:

—¿Puedo ponerlo en tu dedo?

No obtuve respuesta, así que me lo quité y se lo coloqué en el dedo índice.

Le propuse el dedal (**doble vínculo**) y él retrocedió buscando contacto físico con su madre; probablemente significaba que esto era demasiado para él. Sin embargo, a pesar de detectar estos signos, no me detuve; se lo coloqué interpretando el silencio como la falta de voluntad de ponerse el dedal él mismo —como fue indicado en una de las opciones del **doble vínculo**—, aun cuando pedí permiso para dar **sensación de control**.

El joven se puso rígido, no se movió ni protestó, y el oxímetro emitió un sonido; comenzó a sonar rítmicamente acorde con la frecuencia de su pulso. Aunque se puso tenso, afortunadamente no protestó.

Puse mi mano en su hombro izquierdo y lo acaricié. Lo felicité por ser tan valiente y hacerlo tan bien. Lo invité a que escuchara el sonido conmigo porque era el ritmo de su corazón.

La mano en su hombro indicó otro paso exitoso, el cual prolongué con la **repetición** de un cumplido.

Le hablé a la asistente, que estaba sentada en silencio frente a la computadora casi de forma invisible; no daba vueltas ni hacía preguntas, tan solo veía el monitor en silencio. Le dije:

—Saturación de oxígeno, 98%; pulso, 96.

La asistente fue de gran ayuda en el establecimiento del **rappor** al hacer su trabajo pasivamente. De esta manera, la atención del paciente se enfocó únicamente en su madre y en mí, no hubo otra “fuente de ataque” que debiera verificar.

A partir de allí, me permitió tomar su presión (110/70). Luego abrí mi boca tanto como pude y dije “Aaaaaaa”. Entonces, le pedí:

—Hagamos juntos, Aaaaaa.

Y lo hizo. Por ello, pude observar la característica normal de la apertura de su boca y de su faringe: *Mallampati = 1*.

Después del éxito en la toma de presión, demostré (**modelando**) la apertura de la boca.

Lo felicité de nuevo. Luego tomé una silla y me senté junto a él. Y ya que había sido tan valiente y lo había hecho tan bien tantas veces, le canté algo:

—Sal, sol, sol luciente, mis pequeños gansos se están helando en el jardín — canción infantil húngara *Süss fel nap*.

Y de nuevo le canté mientras balanceaba la cadera y le pregunté:

—¿Te gustaría cantar conmigo?

Con el cumplido **repetido**, me senté a su lado (**acompañando**) y comencé a cantar, a modo de recompensa por la valentía del joven. Continué la canción sencilla y familiar, mientras me uní al paciente (**acompañando**), y luego lo invité a cantar juntos (**conduciendo**).

Y toqué su hombro izquierdo y canté de nuevo, y él se balanceaba, hacia atrás y hacia adelante con su cadera. Su madre se nos unió en el canto y también en el movimiento. De igual modo, movíamos nuestras cabezas. Repetimos esto un par de veces. Luego puse mi mano en su hombro y le dije:

—Estarás bien. Ahora detengámonos.

Coloqué la mano de nuevo en su hombro, cantando y moviéndonos juntos: la madre se nos unió en una armoniosa cooperación, y el proceso de **transferir el rapport** se profundizó. Fue importante repetir el canto y el movimiento: la situación se hizo comprensible y predecible, **dando sensación de control**.

Cerré el episodio con una sugerición directa (“estarás bien”), lo que podía indicar tanto el cierre de esa situación en particular como la sucesiva cooperación exitosa (**orientación al futuro**). Transmití en todo que estaba en control, sabía lo que hacía y que yo estructuraba la situación.

—La próxima vez, cuando nos veamos en la sala de cirugía, cantaremos así de nuevo y habrá un micrófono también. Y tu mamá puede estar con nosotros si quieres.

Debido a la reciente cooperación, mencioné la cirugía de forma firme con una **sugerición directa y orientando a futuro**. Le dejé la decisión acerca de que si quería que su madre estuviera con él (**sensación de control**). Con esta declaración indiqué el cambio de **rapport**: “Seguramente cooperaremos ahora, la única pregunta es si tu mamá debería venir con nosotros, la decisión es tuya” (posible interpretación de la oferta engañosa). Esto era además un **doble vínculo**: “vamos a cooperar definitivamente, con o sin tu mamá”.

—Mañana vendrás al hospital y tendrás que tomar tu medicina normalmente con un poco de agua en tu casa. Puedes ponerte la pijama en el Departamento de Cirugía, si quieras; pero también puedes permanecer con tu ropa. Tu mamá conseguirá algunas camisas y pantalones verdes; yo también los voy a usar. A las 8:30, la enfermera te llevará a la puerta de la sala de cirugía, y allí nos encontraremos.

Le expliqué lo que ocurriría acerca de la cirugía (**informar**) y me dirigi a él aunque estaba frente a ambos: después de todo, prometí que todo ocurriría justo como él quisiera. Planteé el regreso a la cirugía con

otro doble vínculo: ropa verde o normal.

Los detalles acerca de la cirugía eran importantes (**informar**), especialmente los referidos a los momentos en que no me verían todavía. Podría tranquilizar saber con anticipación lo que ocurriría: ropa verde, la enfermera que los escolta, etcétera.

—Entonces entraremos juntos. Tu mamá te sujetará la mano todo el tiempo, cantaremos un poco y te quedarás dormido. Cuando despiertes, tu mamá estará sujetando tu mano, te regresaremos al cuarto y, si te da hambre o sed, puedes preguntar qué hay y desayunar lo que quieras. Tu mamá sabrá lo que te gusta comer, estará contigo todo el tiempo y podrías quedarte dormido de nuevo un rato; y cuando hayas descansado lo suficiente, podrás levantarte y caminar. Regresarás a casa en coche justo como llegaste.

Describí con detalles todo lo que experimentaría mientras estuviera consciente. Enfaticé las circunstancias importantes para el paciente: la cercanía con su madre, comer y el regreso en coche a casa (**acompañamiento**).

—Nada te lastimarán. Solamente sentirás tu cara un poquito entumecida. ¿Está bien, no?

Llenamos los datos faltantes en la hoja médica. Su mamá firmó el consentimiento acerca de la anestesia, y luego se retiraron tomándose de las manos y sonriendo.

Prometí al paciente la ausencia de dolor, y luego le pedí permiso (**sensación de control**).

En la mañana siguiente nos encontramos en la entrada de la sala de cirugía. Llegaron de la mano. El joven usaba pijama y un gorro verde de cirugía. Sonreía. Para mi sorpresa, su mamá no quería venir al cuarto de cirugía, dijo que se detendría allí y soltó la mano de su hijo.

—¡Hola, Dionisio! ¡Qué sombrero tan bonito tienes!

Lo saludé y me tomó de la mano. No habló ni me miró. Acaricié sus hombros con mi otra mano y nos fuimos. Caminaba a mi lado, mientras su cabeza se fue hacia abajo y apretaba mi mano.

En un cambio inesperado, la mamá no quiso entrar, pero esto no me detuvo. Llamé al paciente por su nombre, le di un cumplido y sujeté sus manos. Él me siguió a la sala de cirugía (**rapport**). Se reflejó el efecto real del fortalecimiento del **rapport**, cuidadosamente creado. Recordé la cooperación previa, lo calma y le di seguridad reconfortando su hombro.

Entramos en la sala de cirugía. El cirujano y el asistente de anestesiología estaban haciendo su trabajo; no nos prestaban atención y el asistente salió —tal como lo planeé con ellos. Le expliqué a mi asistente lo que haríamos y en qué orden. El conjunto

estaba preparado, así que cuando entramos todo era consistente y seguro.

El comportamiento de los colegas fue ejemplar. Así el paciente no tuvo que dividir su atención, todo se trató de su **rappor** conmigo.

—Ahora nos sentamos aquí.

Y me senté en la cama cubierta con papel verde. Lo invité a sentarse a mi lado, pero cantó conmigo como el día anterior. Sujetó mi mano todo el tiempo, pero ya sin apretarme. Se sentó y me apretó la mano de nuevo.

Lo invité a entonar el canto que ya le era familiar y me senté para exemplificar (**modelar, efecto, repetición** y **acompañamiento**). Su apretón debía indicar su nivel de calma y sentido de seguridad, lo cual constituyó una señal importante.

—Dionisio, puedes sujetar mi mano con las tuyas si quieres.

Lo hizo y reconfortó su hombro.

Sujetar mi mano con las suyas fue un gesto de absoluta entrega y búsqueda de seguridad, justo como lo hacía con su mamá. Acaricié su hombro para hacer más profunda la calma de nuevo.

Le dije de nuevo, serena y lentamente:

—Vamos a cantar ahora y aquí está el micrófono que te prometí. Te quedarás dormido y te quitaremos esta bolita de tu cara. Te despertarás y tu mamá estará sujetando tu mano, regresaremos al cuarto y cuando estés completamente despierto puedes comer y tomar lo que quieras.

Usé un tono de voz también calmado (**ritmo y pausas**), repetí otra vez todo lo que estaba por suceder (**repetición e informar**), enfocándome en los elementos más importantes para él (**acompañando**).

El asistente me dio una mascarilla transparente. Dionisio estaba sentado a mi lado, como ayer. Acaricié su hombro y tomé la mascarilla con la mano izquierda y comencé a cantar la misma canción del día previo:

—Sal, sol, sol luciente...

Y empecé a balancearme. También movía mis pies para un lado y otro; él se mecía como yo e intentaba cantar. El asistente abrió el gas anestésico (Sevoran) en la máquina y yo sujetaba su mascarilla para que pudiera cantar en ella.

El “micrófono prometido”, acariciar el hombro, el canto y los movimientos constituyeron elementos familiares: ayudaron a empezar la anestesia.

Pronto sentí que el apretón de sus manos se debilitaba, y al encorvarse pude sujetar la mascarilla directamente en su cara. El asistente lo sujetó por atrás y llamamos a

un colega que nos ayudó a recostarlo.

Descripción técnica

Se le realizó una venoclisis con Vygon en el brazo derecho de forma que no se metiera en su codo. Se aplicó el oxímetro, y ECG; monitoreo no invasivo de su presión sanguínea, gas anestésico y ventilación. Se suministró propofol y 1 mg de midazolam durante la capnografía; después, 1 ml de fentanil. Le coloqué una mascarilla laríngea. Durante la asistencia respiratoria se efectuaron varias inhalaciones con balón. Pedí al cirujano que inyectara anestésico local. La cirugía llevó 20 minutos. Al final, quité la mascarilla laríngea y se le dio suficiente ventilación para la profunda narcosis; recibió por unos minutos 100% de oxígeno a través de la mascarilla.

Después de eso, lo colocamos en la camilla y lo llevamos al vestíbulo donde ya le esperaba su mamá.

La anestesia resultó un éxito.

La mamá le estaba hablando, sujetando sus manos. Dionisio primero abrió sus ojos por unos segundos, sonrió y luego se volvió a dormir unos minutos. Entonces lo llevamos de regreso al cuarto, colocándolo en su cama. En ese momento, se volteó de lado, y alzó sus manos buscando a su mamá con los ojos; ella se sentó a su lado y acarició su cabeza. Después de media hora, se despertó, pidió bebida de coco y se sentía bien. Se tocó la cara, y notó el vendaje, pero no se lo quitó.

El paciente y su mamá pudieron conectarse de nuevo.

Lo felicité de nuevo por ser tan valiente y cantar tan hermoso. Por eso y ya que no le habían llevado ningún juguete, le di un guante inflado como globo y ahí le dibujé una carita con un marcador permanente para que jugara con su “globo”.

Lo elogié de nuevo, le di un regalo y gradualmente regresé el **rapport** hacia la madre.

El paciente fue dado de alta en cuatro horas, cerca del mediodía. También pudo quedarse con el gorro verde desechable. Los padres firmaron el informe. Le dije adiós a Dionisio, que no dijo nada, pero movió su mano y sonrió. La operación resultó ser una experiencia positiva en lugar de “mantenerlo sujeto”.

Análisis del caso

Situación inicial

- Trance negativo por miedo.
- Intento infructuoso de anestesia local.

Objetivos cumplidos

- Construir cooperación.
- Manejar el *rapport* de la madre.
- Preparar las circunstancias para la anestesia.

Nota

* Escala del 1 al 4, en donde 1 hace referencia a una total visibilidad de las amígdalas, úvula y paladar blando. Es una abertura que facilita el proceso. El valor 4 sería estrecho (inflamado o característica orgánica).



TÉCNICAS

concierto para cuatro cerebros en psicoterapia, quince años después por Teresa Robles

Te invitamos a que conozcas un libro ya clásico en español sobre psicoterapia ericksoniana, que es la referencia obligada, no sólo para los estudiosos del tema, sino para todo público interesado en conocer nuevas propuestas para mejorar su calidad de vida.

terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig por Teresa Robles

Trascipción del seminario impartido por el Dr. Jeffrey K. Zeig en la ciudad de México, que propone una comunicación más eficiente, cortando las intervenciones a la medida de cada paciente y envolviéndolas para regalo (conversación hipnótica).

la magia de nuestros disfraces por Teresa Robles

En este libro la autora muestra las bases teóricas que sostienen intervenciones ericksonianas, aparentemente muy simples. Está escrito de manera que nos lleva a reconocernos en cada párrafo, en cada página y abre las puertas al cambio.

compartiendo experiencias de terapia con hipnosis editado por Elizabeth Méndez

Recopilación de nueve capítulos escritos por terapeutas ericksonianos latinos, de los cuales dos son de corte teórico y los siete restantes presentan técnicas originales que se pueden aplicar en distintos estilos de terapia.

hipnosis y terapia sexual por Daniel Araoz

Este libro, establece un puente entre la terapia sexual y la hipnoterapia. Propone el concepto de autohipnosis negativa, así como un método para transformarla en positiva. El autor presenta su esquema de trabajo, junto con numerosas técnicas, fáciles de aplicar por cualquier terapeuta.

destrezas teatrales psicoterapéuticas por Pedro H. Torres-Godoy con la colaboración de Mario J. Buchbinder y Elina Matoso

A partir de una interesante experiencia con un grupo de actores, este práctico libro te enseñará cómo aprender amenos ejercicios que te permitirán desarrollar habilidades teatrales que podrás utilizar en la terapia y en la vida diaria.

la psicoterapia, un proceso de autoconstrucción: I. los cimientos por Yolanda Aguirre

Primero de dos volúmenes. Un libro de texto sobre Epistemología constructivista y Teoría de Sistemas que ilustra las explicaciones racionales con cuentos, haciendo que el lector aprenda con sus dos hemisferios cerebrales.

la psicoterapia, un proceso de autoconstrucción: II. la propuesta por Yolanda Aguirre

Este segundo tomo nos presenta una propuesta psicoterapéutica que utiliza la capacidad creadora que todo ser humano tiene, y la posibilidad de ponerla a nuestro servicio en la construcción de nuestro propio ser.

jardineros, princesas y puerco espines, construyendo metáforas por Consuelo Casula

Este primer libro de la autora en español es un verdadero tratado sobre la metáfora, uno de los elementos esenciales del lenguaje hipnótico, para ser aplicada tanto en la psicoterapia como en la enseñanza. Los distintos lectores y estudiosos del lenguaje hipnótico, de la comunicación indirecta, encontrarán en este libro justo lo que les interesa.

estrategias de comunicación para el paciente crítico por Katalin Varga

En este libro está plasmada la experiencia de más de 20 años de Katalin Varga y sus colegas trabajando en el sistema hospitalario. Ofrece ideas prácticas, para lograr una comunicación eficiente y emocionalmente positiva con el paciente crítico. Estas técnicas de comunicación nos ayudan a lograr la cooperación del paciente, evitar las resistencias y, sobretodo, que tanto pacientes como profesionales de salud establezcan una relación más humana entre ellos.

constelaciones familiares ericksonianas, una nueva mirada por Cecilia Fabre

Cecilia Fabre integra las aportaciones de tres grandes maestros: Bert Hellinger, Milton H. Erickson y Teresa Robles para desarrollar una herramienta muy poderosa, eficiente y agradable: las Constelaciones Familiares Ericksonianas. Un libro para consteladores, ericksonianos y otros tipos de terapeutas.

para volver a disfrutar la vida, manual para trabajar la depresión por Carlos Castro

Un Manual sencillo, práctico y muy eficiente, con sólidas bases científicas, que integra el enfoque cognitivo con el ericksoniano. Ofrece muchos ejercicios prácticos y estrategias para utilizar con los pacientes. Aunque está escrito para terapeutas, es interesante y útil también para cualquier persona que sufra depresión.

MANUALES ERICKSONIANOS DE GRUPOS

manual del grupo de crecimiento por Teresa Robles

El primero de una serie de manuales de técnicas ericksonianas para trabajar con grupos, escritos en forma tal que cualquier terapeuta puede aplicarlos. En cada capítulo se ofrece con conversación hipnótica una visión original sobre el tema que trata, así como ejercicios para trabajarlos.

manual de grupo para aprender a manejar el estrés, y evitar el síndrome de fatiga profesional crónica, por Teresa Robles editora

Este es el segundo título de la Serie de Manuales. Como todos nuestros Manuales, trabaja con temas universales para aprender a manejar en forma sencilla, automática y agradable, los distintos factores, internos y externos que facilitan la aparición del estrés poniendo el trabajo y dejándolo en manos de la Sabiduría Universal que,

Teresa Robles propone y que es en este momento el eje de su trabajo. Está escrito en forma sencilla y clara para el coordinador del grupo y ofrece a los participantes, herramientas no sólo para manejar el estrés, sino para su vida cotidiana.

manual de grupo para terminar con las dependencias por Armelle Touyarot y Teresa Robles

La Terapia Breve orientada a las soluciones y la Psicoterapia Ericksoniana basada en la Sabiduría Universal se integran en este Manual para trabajar, a través de temas universales, cualquier tipo de dependencia. Las autoras llevan de la mano al coordinador del grupo con indicaciones precisas para asegurar su éxito.

CASOS CLÍNICOS

salir del túnel y olvidar, hipnosis ericksoniana con sintomatología psicótica por Cinthia de Gortari.

Este libro muestra en cada sesión, cómo la actitud cercana, la mirada compasiva del terapeuta y las técnicas ericksonianas, pueden resolver problemáticas frente a las que otras psicoterapias se muestran escépticas.

ELIZABETH Y MILTON H. ERICKSON

homenaje a Elizabeth Moore Erickson, mujer extraordinaria, profesional, esposa, madre, compañera por Marilia Baker.

Te recomendamos este primer libro de la serie que se crea en conmemoración del padre de la terapia breve, la hipnosis moderna y de su compañera de vida. La obra nos muestra la contribución de Elizabeth a la obra del Dr. Erickson a través de la sinergia de una pareja que duró cerca de 16 mil días, uno tras otro. Publicado en inglés y español. *seminarios de introducción a la hipnosis, california 1958* por Milton H. Erickson

Este seminario, dictado a un grupo de médicos en la época de madurez de su trabajo, muestra paso a paso su forma de hacer hipnosis. Es así un excelente punto de partida para principiantes, y aclara ideas a quienes ya trabajan con hipnosis.

estrategias psicoterapéuticas de Milton H. Erickson, por Dan Short

El autor propone una sistematización de las estrategias psicoterapéuticas del Dr. Erickson, ilustradas con casos clínicos. Se incluye un capítulo de la terapeuta italiana Consuelo Casula donde explica dos conceptos Esperanza y Resiliencia, que marcaron la obra del Dr. Erickson.

Milton H. Erickson, un sanador americano, editado por Betty Alice Erickson y Bradford Keeney

Es un honor y un placer contar con la publicación de este libro en español, porque además nos ofrece una visión diferente del Dr. Erickson. Una visión que propone que su trabajo era también espiritual. Y esto queda claro a través de las aportaciones de las personas más cercanas a él, y de sus amigos, discípulos y colaboradores.

NUEVOS PARADIGMAS DE LA CIENCIA

tejiendo sueños y realidades, aportaciones del paradigma holográfico a la psicoterapia ericksoniana por Guillermina Krause.

La autora nos presenta en forma sencilla las últimas propuestas de la física cuántica para entender el Universo. Estas propuestas fascinantes, ofrecen una explicación a los cambios “milagrosos” que se dan a través de la psicoterapia ericksoniana. Es un libro de interés general que nos lleva a expandir la conciencia.

AUTOAYUDA – Libros

revisando el pasado para construir el futuro por Teresa Robles

A partir de elementos autobiográficos, la autora nos presenta en lenguaje cotidiano, conceptualizaciones teóricas, junto con sencillos ejercicios de autohipnosis. Lectores y lectoras se reconocen en estas páginas constando que, si bien somos únicos e individuales, en el fondo somos muy parecidos.

síndrome de pánico, una señal que nos despierta por Sofía Bauer

La autora menciona que el síndrome de pánico o crisis de angustia, es una señal que aparece para que cambies tu estilo de vida. Si escuchas su mensaje, puedes curarte. Ofrece ideas y ejercicios prácticos para disminuir la ansiedad.

la granja de la esperanza, transformando las huellas de la vergüenza editado por Cecilia Fabre.

La vergüenza es universal y puede surgir a partir de distintas experiencias que generan una maraña de emociones. Este libro de cuentos terapéuticos para niños y grandes te ayudará a manejarla mejor.

abriendo puertas con amor, caminos en la educación de los hijos y en la prevención de problemas futuros por Angela Cota Guimarães Mendonça y J.Augusto Mendonça.

Es un libro dirigido especialmente a los padres, psicólogos y educadores, donde a través de relatos sencillos, sobre temas universales, los autores ofrecen ejemplos prácticos y útiles de su vida para enfrentar situaciones de todos los días.

guía de auto-preparación para el parto que sueñas tener, por Armelle Touyarot

Este libro es una guía de auto-preparación para el acontecimiento “nacimiento” y está construido como un programa. El objetivo de la autora es que tengas una buena experiencia de tu parto utilizando la hipnosis ericksoniana. En la medida que vayas avanzando en su lectura podrás darte cuenta si responde a tus dudas, si tranquiliza tus miedos, si te da las herramientas que necesitas para sentirte lista para ese momento.

creando, sanando, disfrutando, la neuroplasticidad y las metáforas para tu salud o enfermedad, por Elsa Lesser.

Este libro muestra el valor de saber cómo funciona el cerebro humano y cómo lo podemos usar para mejorar nuestra existencia, aprendiendo nuestras propias

metáforas. Casos clínicos como una sólida introducción a la plasticidad neuronal y a las metáforas y lenguaje de nuestro cuerpo.

las muertas que no son de juárez, siete historias de amor y una canción desesperada: infidelidad y abandono por Laura Chávez Cázares.

Es un libro que presenta: la problemática de las mujeres que viven violencia, ideas para que los terapeutas mejoren su práctica en estos casos y ejercicios de auto hipnosis que las mujeres que están en esta situación pueden utilizar para estar mejor.

Gran parte del texto es la presentación de casos.

constelaciones familiares alegorías y mandalas, construyendo mi arcoiris por Elida Montoya de Gómez y Fabiola Esmeral Vélez.

El trabajo con constelaciones familiares y las técnicas ericksonianas son complementarios, como se muestra en este libro para trabajar con niños. Las autoras unen las técnicas de constelaciones, la narración de cuentos (técnicas ericksonianas) y el dibujo (arte terapia) y nos presentan esquemas de trabajo para diferentes problemáticas.

AUDIO

Y si quieres trabajar contigo mismo, evitar la terapia o salir de ella en poco tiempo, prueba nuestra serie de audio presentada en CD y en audio-cinta. El Centro Ericksoniano de México, a través de Alom Editores, promueve esta serie con ejercicios sencillos, seguros, protegidos, para que puedas trabajar en casa.

recupera tu fuerza de vida por Teresa Robles

Es como un servicio general que todas las personas deberíamos hacernos de vez en cuando para estar bien en la vida, como hacemos servicio a nuestros coches y aparatos.

música para entrar en contacto contigo producción Francisco Robles

Dos versiones producidas a partir del Canon de Pachelbel, que te ayudan a entrar adentro de ti. Una, con instrumentos musicales mexicanos. Otra, con el sonido del mar y un sonido producido con diferentes cantos de sanación. Esta música es el fondo de los otros materiales de audio. Al escucharla, se reactivan y refuerzan los procesos desencadenados con los ejercicios que realizaste con ellos.

Yo Soy sanando por Teresa Robles

Estamos en nuestro lugar cuando disfrutamos la vida y tenemos paz interior. Yo Soy Sanando te ayuda a encontrar tu lugar, cumpliendo tu Misión, resolviendo las dificultades que encuentras en el camino y despertando tu Sabiduría Interior.

escuchando mi cuerpo, mis emociones y mi espíritu por Iris Corzo

El ser humano es integral: es mente, cuerpo y espíritu. Si vivimos como un todo unificado, obtendremos la armonía. Esta grabación te invita a atender estos aspectos para favorecer tu bienestar.

salud y enfermedad por Iris Corzo

Salud y enfermedad son partes de la vida. Este audio te invita a enfrentar la enfermedad de una manera diferente, participando activamente en tu curación, recuperando tu independencia y autonomía, utilizando tus recursos internos.

para quererte tú a ti justo como necesitas por Teresa Robles

Aprendemos a mirar hacia fuera y olvidamos mirarnos a nosotros mismos. Dejamos de percibir las señales de nuestro cuerpo, tragamos nuestras emociones. Este CD te ayudará a reconocer tus emociones, escucharlas y digerirlas. Es ideal para personas que sufren de depresión, ansiedad y/o estrés.

la herencia. música que desata imágenes producción Francisco Robles

Esta música compuesta te lleva a entrar adentro de ti, desencadenando los procesos naturales que requieres en este momento de tu vida. Contiene una introducción de Teresa Robles para proteger el proceso y un final para facilitar que te pongas nuevamente en contacto con el mundo externo.

para relacionarte mejor contigo y con los demás por Teresa Robles

Si la vida es una escuela, las relaciones con los demás son la universidad. Este compacto constituye un servicio general a tus relaciones para ayudar a pasar al postgrado donde nos toca disfrutar la vida con paz interior.

para volver a dormir como antes, por Montserrat Ramos

Los sueños son parte de nuestros mecanismos para digerir las emociones que vamos acumulando día tras día. Cuando tenemos muchas indigestas, viene el insomnio. Este CD te ayudará a digerir las emociones viejas y nuevas de forma agradable y protegida mientras descansas y vuelves a dormir como antes.

construye tu realidad y ayúdanos a construir un mundo mejor, por Teresa Robles

Hoy en día, la Física Cuántica nos dice que el mundo que consideramos real es una proyección, algo como una ilusión y que nosotros construimos la realidad material. La construimos con nuestra intención, nuestro deseo y la imaginación. En este CD, aprenderás algo sobre estos temas, pero sobre todo te invitaremos a hacer un pacto entre tu parte humana y el Dios adentro de ti, para construir tu mundo a tu estilo y ayudarnos a, entre todos, construir un mundo mejor.

cuentos terapéuticos para chicos y grandes, por Cecilia Fabre

Los cuentos abren la puerta a una comprensión diferente de los problemas abriendo opciones más saludables para contactar con nuestras emociones y con nuestras experiencias de vida. Con este CD verás que los cuentos permiten que tanto adultos como niños se conecten con vivencias pasadas de una manera segura y protegida, poniendo a distancia los problemas mientras de manera cercana se resuelven, aprendiendo de ellos, cómoda y protegidamente.

para relacionarte mejor con tu cuerpo a través del ejercicio y la comida, por Teresa Robles

Nuestro cuerpo es tan sabio que nos provoca hambre cuando le falta combustible y

sed cuando necesita hidratarse. Y para que nunca dejemos de alimentarnos, nos regala el disfrutar la comida. Cuando éramos chicos, disfrutábamos el ejercicio, que nuestro cuerpo necesita para funcionar bien. Crecemos y mal aprendemos a comer a la hora de comer, a llevarnos a la boca cualquier cosa cuando tenemos hambre, que hay comidas sabrosas y otras obligatorias y que hacer ejercicio es una obligación. En este CD, recordarás cómo escuchar las señales de tu cuerpo y atenderlas para vivir con salud.

aprende autohipnosis, por Teresa Robles

El Dr. Erickson decía que adentro de ti, de mí, está todo lo que necesitamos para resolver las dificultades que día a día la vida nos presenta para crecer: las grabaciones en nuestra mente inconsciente de nuestras experiencias de vida. Hoy día la Física Cuántica propone que toda la información del Universo está en cada una de sus partes, adentro de mí, la misma información que el mar, el sol, la luna y las estrellas. En este CD aprenderás a despertar esa Sabiduría Universal y a utilizarla conscientemente para resolver esas dificultades.

metáforas universales para el crecimiento personal, por Teresa Robles

El Dr. Milton H. Erickson decía: la vida es dura, es injusta, el dolor existe, pero cómo la vivamos depende sólo de nosotros. A mí me gusta decir que la vida tiene de todo, también hay muy buenos momentos. Y si es injusta en nuestra contra, también es injusta a nuestro favor. La vida tiene de todo y siempre estamos creciendo como las plantas, los animales, como todo en este Universo. Este CD te ofrece en forma agradable, reflexiones y anécdotas que te ayudarán a disfrutar más esta vida, en los buenos y en los malos momentos.

para relacionarte mejor con tu cuerpo a través del ejercicio y la comida (para personas con diabetes e hipertensión), por Teresa Robles

La diabetes es una enfermedad, pero también puede ser tu mejor amiga. Puede enseñarte a vivir saludablemente, cosa que muchas veces hemos olvidado. Nuestro cuerpo es tan sabio que nos provoca hambre cuando le falta combustible y sed cuando necesita hidratarse. Y para que nunca dejemos de alimentarnos, nos regala el disfrutar la comida. Cuando éramos chicos, disfrutábamos el ejercicio, que nuestro cuerpo necesita para funcionar bien. Crecemos y mal aprendemos a comer a la hora de comer, a llevarnos a la boca cualquier cosa cuando tenemos hambre, que hay comidas sabrosas y otras obligatorias y que hacer ejercicio es una obligación. En este CD, recordarás cómo escuchar las señales de tu cuerpo y atenderlas para vivir con salud.

ejercicios para manejar el estrés y evitar el síndrome de fatiga profesional crónica, por Teresa Robles y otros

El estrés y el síndrome de fatiga profesional crónica son parte de los males de nuestro tiempo. El Centro Ericksoniano de México (CEM) creó a través de algunos de sus maestros un CD de dos volúmenes con ejercicios para aprender a manejar el estrés y evitar la fatiga profesional crónica y muy pronto nos ofrecerá también un

Manual para trabajar con estos ejercicios en grupos.

FASCÍCULOS

textos selectos

abriendo puertas con amor por Ángela Cota Guimarães Mendonça y J. Augusto Mendonça

Los terapeutas ericksonianos sugieren y proponen a través de contar anécdotas de su vida. Este fascículo es una selección de textos dirigidos a maestros y padres de adolescentes, donde los autores narran sus experiencias como padres y como terapeutas.

manual del grupo de crecimiento por Teresa Robles

Asómate a este ameno fascículo que te encantará y en donde encontrarás una manera diferente de ver la vida, que corresponde a la manera de hacer psicoterapia que estamos construyendo en el Centro Ericksoniano de México, incorporando otros marcos de referencia.

aprendiendo a caminar por la vida por Teresa Robles

Desde sus primeras páginas, este práctico fascículo Aprendiendo a caminar por la vida, te enseña, de manera segura y natural a utilizar los instrumentos necesarios, que de alguna forma ya conoces, y poderlos aplicar efectivamente en tu vida diaria.

ideas prácticas

para el manejo de conflictos y algunas reflexiones por Teresa Robles

Es un texto que te invita a mirar y cambiar los aprendizajes que nos hacen competir por el primer lugar, tratar de ganar aplastando a los demás. Te enseña a colaborar en lugar de competir, a establecer negociaciones donde todos ganen y a entrar en contacto con tu Sabiduría Interior y la de los demás.

para detectar y prevenir la anorexia y la bulimia entre tus seres queridos por Adriana Barroso y Raúl D Ángelo.

La anorexia y la bulimia son padecimientos que pueden ser mortales y aparecen cada vez más y más temprano en nuestros adolescentes. Te invitamos a leer este fascículo que te ayudará a conocerlas y detectarlas con la ayuda del cuestionario que se incluye al final.

TESTIMONIOS

Victoria de las Mercedes por Laura Elena Barrientos

La biografía de una niña que, a pesar de graves errores y negligencia médicos, gracias a su extraordinario apego a la vida, la dedicación de, sus padres y las “mercedes” de los amigos, ha salido victoriosa sobre diagnósticos derrotistas.

voces abiertas al Amor Testimonios del Premio Nacional Victoria de las Mercedes 1999, editado por Laura Elena Barrientos.

Si te interesó el primer libro de esta serie, te cautivaremos con el segundo de la

colección, en donde convergen veinte testimonios de vida, veinte vivencias y experiencias de seres humanos (cuidadores, familiares, discapacitados) que han aceptado el compromiso de vivir con orgullo y con valentía una existencia que la vida les deparó o que ellos eligieron como Misión.

hay alguien ahí adentro por Susana Carolusson

Éste es un libro acerca de un joven que sufrió un daño cerebral grave a causa de un accidente de bicicleta y de sus padres. La madre, la autora, nos transmite su experiencia como madre y profesional de la hipnosis para superar sus miedos, incertidumbres y enfrentar y conquistar a las instituciones rígidas y ayudar a su hijo a reincorporarse a la vida con limitaciones. Es un libro del que podemos aprender mucho todos, pero especialmente los profesionales de la salud que trabajan con estas problemáticas y los familiares de personas con daño cerebral grave.

HELIOS-VESTA

los maestros ascendidos escriben el libro de la vida

Un texto de Metafísica y para aquellos lectores que no comulgán con estas enseñanzas, es un bello cuento de hadas que, al leerlo, va abriendo puertas, estableciendo conexiones, acercándonos a una realidad y a una sabiduría diferentes, a través de un camino que va por rumbos distintos de la lógica racional.

encuentra tu misión por Alicia Rodríguez

La presidenta del Comité Internacional de la Bandera de la Paz organización no gubernamental de Naciones Unidas, nos relata cómo entró en contacto con este símbolo sagrado universal, así como su significado e importancia para el momento actual, para ayudar a generar la paz al interior de cada ser humano.

transfórmate en Bandera de la Paz, claves para lograr ser una persona armónica y saludable, por medio del Símbolo de la Bandera de la Paz por Alicia Rodríguez.

La presidenta del Comité Internacional de la Bandera de la Paz, organización no gubernamental de Naciones Unidas, nos ofrece ideas prácticas y ejercicios para ayudarnos a ser una persona armónica y saludable utilizando el significado de paz que nos ofrece este Símbolo sagrado universal.

en alas de Luz I, por Ronna Herman

Este libro forma parte de una colección de cuatro libros que tratan sobre la esperanza. A través de sus páginas nos transmite mensajes sobre el amor: el amor a uno mismo, amor a la vida y cómo disfruta de la experiencia de ser un ser humano potencialmente espiritual. El libro reafirma nuestra creencia en la unidad ya que sus mensajes nos ayudan a entender quiénes somos y cómo crear nuestra realidad perfecta, y ayudar a otros a hacer lo mismo, compartiendo la experiencia de la sabiduría y el amor.

Impreso en los talleres de Solar Servicios Editoriales, S.A. de C.V.
Calle 2 número 21, Col. San Pedro de los Pinos,
C.P. 03800 Ciudad de México
300 ejemplares
Ciudad de México, octubre 2018

III