

# PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Andrea del Pilar Roa<sup>1</sup>

## RESUMEN

*Introducción:* En la relación médico-paciente, la comunicación es un elemento esencial, y una herramienta útil para ello es aplicar la programación neurolingüística. El terapeuta logra igualar la forma en que un paciente piensa, habla y actúa, por lo que la comunicación se vuelve más clara, con menos riesgo de confusión. *Método:* Se realizó una revisión narrativa, mediante una búsqueda sistemática en las principales bases de datos médicas y de psicología, utilizando los términos MESH y operadores lógicos *Physician-Patient Relations* [MeSH] and *Neurolinguistic Programming* [Mesh], y términos DeCS *programación neurolingüística* and *comunicación*. También se buscó manualmente la literatura en libros publicados relacionados con el tema. *Conclusiones:* Todas las personas tienen diferentes formas de representar el mundo. Esto se hace mediante diferentes canales de comunicación, auditivo, cinestésico y visual. Para cada una de estas representaciones existen unos predicados específicos, y la confianza se genera cuando el terapeuta acompaña a su paciente en su sistema representacional y cambia sus predicados para igualarlos con los de él. Esto es, en esencia, hablar en el lenguaje del paciente, que permite modelar cualquier comportamiento humano y establecer una alianza terapéutica.

**Palabras clave:** programación neurolingüística, comunicación, relación médico-paciente.

## NEUROLINGUISTIC PROGRAMMING TO STRENGTHEN THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

### ABSTRACT

*Introduction:* Communication is a vital element in the physician-patient relations, and a useful tool is the application of neurolinguistic programming. The therapist manages to emulate the way a patient thinks, talks and acts so communication becomes clearer, with lesser risk of confusion. *Method:* A narrative review was conducted by means of a systematic search, in the main medical and psychological data bases, using the terms mesh and logical operators *Physician-Patient Relations* [MeSH] and *Neurolinguistic Programming* [MeSH] and DeCS terms *Neurolinguistic Programming* and *communication*. Also, a manual search in books related to the topic was conducted. *Conclusions:* We all have different ways of representing the world; this is done through different communication channels: auditive, kinesthetic, and visual. There are specific predicates for each of these representations; trust is generated when the therapist accompanies his/her patient in his/her representational system and changes the predicates to make them

1 Médica residente de tercer año de Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

the same as his/hers; this is, essentially, speaking in the patient's language; this allows for the modelling of any human behavior and establishing a therapeutic alliance.

**Key words:** Neurolinguistic programming, communication, physician-patient relations.

## Introducción

La comunicación es una necesidad humana básica que se inicia en el encuentro con otra persona. Nosotros somos en la medida en que nos comunicamos. En palabras de Bateson "no es posible la no comunicación" (1). En la relación médico-paciente, la comunicación es un elemento esencial. Con bastante frecuencia encontramos dificultades para comunicarnos de forma clara. Cuando nos comunicamos con nuestros pacientes, tenemos la sensación de que nuestra comunicación es nítida y clara; sin embargo, constantemente nuestro paciente ha captado, comprendido o interpretado algo distinto.

La consulta psiquiátrica, en especial la psicoterapia, está basada en la relación entre dos personas, y la comunicación es fundamental para establecer la alianza terapéutica y alcanzar el éxito de la terapia. Muchas veces la relación es muchísimo más importante que la misma información que nos proporciona el paciente (2,3); por esto la relación es una metacomunicación, es decir, una comunicación sobre la comunicación.

En nuestro país, la incapacidad para ver la relación médico-paciente como una estructura dinámica impide que los médicos y los pacientes perciban la interacción como un proceso de construcción activa. La forma para desarrollar una relación más equitativa, equilibrada y positiva será por medio del reconocimiento y de la aceptación de la influencia y desempeño que realiza tanto el médico como el paciente (2).

Según la teoría sistémica, la comunicación y el comportamiento son prácticamente sinónimos, pues todo comportamiento es comunicación y toda comunicación afecta el comportamiento. Así mismo, no se tiene en cuenta solo el comportamiento del emisor sobre el receptor, sino también el efecto que produce en el emisor la reacción del receptor. Esto es de tal importancia que en la

terapia es una herramienta muy útil de diagnóstico y de tratamiento (4).

A mediados de la década de los setenta, John Grinder, profesor de lingüística en la Universidad de Santa Cruz, en California, y Richard Bandler, matemático y en ese entonces estudiante de psicología de la misma universidad, se reunieron a estudiar las técnicas de tres terapeutas con resultados excepcionales en su terapia: Victoria Satir, terapeuta de familia y exploradora de las pautas de relación intrafamiliar; Milton Erickson, fundador de la hipnosis médica como herramienta en la terapia, y Fritz Perls, innovador de la terapia Gestalt, además de recoger puntos de vista de Bateson y Watzlawick. De esta manera se fue conformando la *programación neurolingüística*, un modelo coherente e integrador de los diferentes enfoques, que conforma un conjunto de recomendaciones cuyo fin es sacar el mejor partido de la integración con el mundo físico, con quienes nos rodean y con nosotros mismos (5).

En programación neurolingüística, el terapeuta puede lograr igualar la forma en que un paciente piensa, habla y actúa, por lo que la comunicación se vuelve más clara, con menos riesgo de confusión. Es una manera de conocer cómo una persona hace lo que hace y cómo toma sus decisiones. Como cita Anthony Collinge en su artículo "People Skills" (6), "a las personas nos gustan las personas que son y actúan como nosotros mismos". La programación neurolingüística trata acerca de cómo el terapeuta se convierte temporalmente en el paciente.

El presente artículo tiene como objetivo aprovechar algunas de las teorías de la programación neurolingüística en el fortalecimiento de la relación médico-paciente, con el fin de tener una herramienta para la comunicación eficaz, mejorando la comprensión y el entendimiento de nosotros mismos y de nuestro paciente, a

fin de fortalecer la confianza y la alianza terapéutica, con herramientas como los canales de comunicación, los accesos visuales, el metamodelo, entre otros.

### Metodología

El presente artículo es una revisión narrativa. Se buscó manualmente la literatura en libros publicados relacionados con programación neurolingüística y técnicas de comunicación. También hubo una búsqueda sistemática en la literatura, en las principales bases de datos médicas y de psicología (Medline, LILACS, PsycARTICLES (American Psychological Association), Psychology Journals (ProQuest), Psychology and Behavioral Sciences Collection (EbscoHost)), utilizando los términos MeSH y operadores lógicos *Physician-Patient Relations* [MeSH] and *Neurolinguistic Programming* [MeSH] y términos DeCS *programación neurolingüística* and *comunicación*.

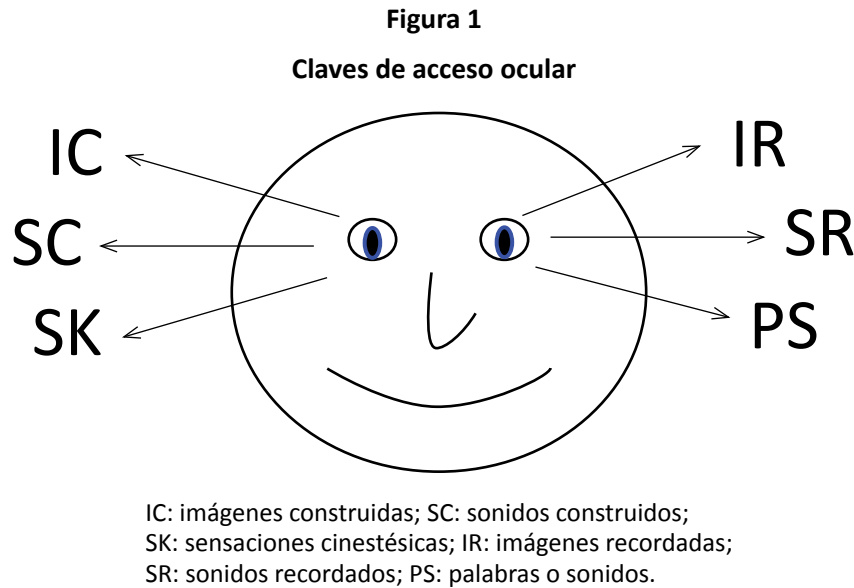
### Técnicas de comunicación

La programación neurolingüística (PNL) es un sistema que utiliza el lenguaje de la mente para lograr resultados concretos y deseados constantemente en el aspecto relacional. La experiencia del mundo que nos rodea se logra a través de nuestros cinco sentidos: visual, auditivo, cinestésico, olfativo y gustativo. Estas experiencias son codificadas, ordenadas y almacenadas como representaciones específicas que se pueden reproducir a través del lenguaje y otras formas no verbales de comunicación, por ejemplo, imágenes, sonidos, sentimientos, gustos y olores (7,8). Como cita Chris Ellis en su artículo (9), nosotros como médicos debemos tener flexibilidad en nuestras palabras, acciones, gestos y lenguaje preverbal, para acoplarnos a nuestros pacientes, con el fin de alcanzar nuestro objetivo, que en la mayoría de los casos es cambiar hábitos enfocados en la salud. Es necesario, además, acoplarnos como primera medida a sus creencias, puede que estas no sean medicamente racionales o lógicas, pero son verdaderas para el paciente (10).

Antes de entrar en los canales de comunicación que más adelante serán explicados en detalle, debemos aprender a sincronizarnos con nuestro paciente. En la PNL, esta herramienta es llamada *técnica en espejo* (11), tomada además de métodos clásicos ericksonianos. Aquí el terapeuta se centra en el cuerpo y en la mente del paciente como un espejo de sus movimientos corporales, de su ritmo de respiración, como sincronizándose con él. También se centra en el tono, el ritmo, el timbre y el volumen de su voz, y de observar una gran cantidad de pistas no verbales como los movimientos oculares. Todo lo que el paciente quiere expresar lo hace antes que en palabras mediante su lenguaje no verbal (12,13). Por lo general, las palabras son solo una pequeña parte de la comunicación. Se ha estimado que el 55% de la comunicación se realiza a través del lenguaje corporal o la postura y que el 38% se da por medio de un tono de voz. Entonces esto deja solo el 7% de la comunicación atribuible a las palabras (14).

Como describen Grinder y Bandler en su libro *De sapos a príncipes*, “en realidad no importa lo que digas, siempre que uses el mismo tipo de palabras y los mismos tonos de voz que tu paciente” (15). Al utilizar estas herramientas de PNL, nos convertimos en modeladores, prestando muy poca atención a lo que las personas dicen que hacen y enfocándonos en lo que las personas hacen (16).

Existe una diferencia irreductible entre el mundo y nuestra experiencia de él. Cada uno crea una representación del mundo en que vivimos, un mapa o un modelo que sirve para generar nuestra conducta. Esta representación determina nuestra experiencia en él (17). Cada una de las personas tiene un sistema de representación diferente y hace movimientos con los ojos que indican dicho sistema. Tales movimientos se denominan *claves de acceso ocular* (figura 1) y son consistentes para cada sujeto. Probablemente están relacionadas con las zonas corticales de localización de la memoria y son útiles para identificar cuál es el sistema representacional predominante de nuestro paciente (18).



Estas claves de acceso no son universales, es decir, algunos de nosotros variamos la forma de representar estos movimientos, por lo que es necesario realizar preguntas dirigidas a nuestro paciente y evaluar el desplazamiento de sus ojos. Algunas de las preguntas dirigidas pueden ser para la modalidad kinestésica: ¿cómo sentiste la arena en tus manos?, ¿cómo sientes la brisa en tu piel?; en recuerdos visuales: ¿cuántas ventanas hay en tu casa?, ¿de qué color son los ojos de tu madre?; en construcciones visuales: ¿cómo es la casa de tus sueños?, ¿puedes imaginarte un elefante morado?; en recuerdos y construcciones auditivas: ¿puedes tararear tu melodía favorita?, ¿cómo sonaría un tambor y unos platillos juntos? (19).

### ***Canales de comunicación***

La comunicación tiene lugar a través de canales conscientes e inconscientes. Hacemos uso consciente de nuestra comunicación cuando transmitimos un mensaje intencionalmente. La comunicación inconsciente escapa del control voluntario del emisor y tiene gran importancia en la comunicación con nuestros pacientes (20). Nosotros adoptamos modalidades sensoriales al momento de comunicarnos e incluso al mo-

mento de tener nuestras propias representaciones mentales. Estas modalidades pueden ser visuales, auditivas o cinestésicas; a su vez, cada una de estas modalidades consta de elementos, detalles, aspectos, que dan cuerpo a la experiencia individual interna. A estas características especiales se les da el nombre de submodalidades —por ejemplo, en la modalidad visual se encuentran el color, contraste, tamaño, forma, intensidad, distancia, claridad, movimiento, velocidad, profundidad; en la modalidad auditiva se encuentran sonidos, palabras, tono, ritmo, volumen, dirección, frecuencia y en la modalidad cinestésica la temperatura, textura, presión, peso, movimiento, localización, forma, tamaño, temperatura, olor— (8,21).

El lenguaje permite crear un modelo o mapa de sí mismo, formando representaciones lingüísticas de las características del sistema representacional preferido (22,23). En una entrevista entre el paciente y el médico se deben escuchar las palabras que se utilizan para identificar su patrón de lenguaje particular, esto nos da una pista de su modalidad predominante. En la tabla 1 se pueden identificar el tipo de palabras predominantes en cada una de las modalidades.

**Tabla 1**  
**Palabras predominantes**

Visual	Auditivo	Kinestésico
ver	oír	sentir
aparecer	escuchar	contacto
mostrar	sintonizarse	comprender
claro	ser todo oídos	conseguir
imagen	resonar	hacer contacto con
centrado	sonido	insensible
brumoso	ser escuchado	sólido
parecerse	sordo	suave
me parece	claro como una campana	tomar el control
a la luz de	dar cuenta de	tranquilo/fresco
parece que	alto y claro	desplazamiento
imagen mental	lo nunca visto	muchas molestias
bien definido	palabra por palabra rumores	estar a la deriva
reluciente	desentonar, a tono	estremecer
panorama	comentar	conmocionar
horizonte	"clic"	presionado
a simple vista		encajar

Además de las palabras utilizadas por cada persona, se han visto características de cada modalidad (24), por ejemplo, las personas visuales generalmente tienen una postura erguida; mientras hablan mueven sus ojos hacia arriba para acceder a imágenes en su mente, son personas pulcras y bien organizadas, no se distraen fácilmente con los sonidos o ruidos; la apariencia es muy importante para ellos, y curiosamente son delgados pero fuertes. Este grupo representa aproximadamente el 55% de la población (25).

Las personas auditivas mueven los ojos de lado a lado a medida que escuchan y hablan, con el fin de procesar y acceder a los sonidos en su mente. A menudo su respiración es audible, se hablan a sí mismos, o mueven sus labios cuando están pensando, se distraen fácilmente por el ruido, disfrutan de escuchar música, se sienten en la capacidad de repetir las cosas fácilmente y aprenden escuchando. Responden a un cierto tono de voz o ciertas palabras en particular y desean con frecuencia una retroalimentación verbal acerca de las cosas que están haciendo

(26). Este grupo representa aproximadamente el 20% de la población (25).

Las personas cinestésicas, a menudo, se mueven y hablan muy lentamente; en ocasiones, dan la sensación de que se "aceleran" durante la entrevista. Puede verse claramente su estómago entrar y salir con los movimientos respiratorios. Responde al tacto y aprenden a través de realmente hacer algo. Hablan en términos de sus sentimientos. Este grupo representa el restante 25% de la población (25).

Algunos autores han descrito, además, a las personas audiodigitales (7,27), quienes corresponden a una pequeña proporción de la población, caracterizada por tener conversaciones con ellos mismos dentro de sus cabezas. Generalmente usan palabras como *pensar, entender, conocer, comprender, procesar, que piensa de, hablar mucho*. Pueden ser lentos en responder a las preguntas, ya que repiten dentro de su cabeza para comprender plenamente lo que le han dicho.

Las personas audiodigitales se caracterizan por que se pasan mucho tiempo hablando con ellos dentro de sus cabezas. A menudo tienen que re-

petir lo que se les ha dicho antes de que puedan entender, y por lo que sus respuestas son muy lentas. Cuando hacen esto, se pueden ver sus ojos se mueven hacia abajo y hacia la derecha. Pueden exhibir las características de los grupos principales descritos; sin embargo, el terapeuta se da cuenta de que el paciente ha ensayado lo que va a decir antes de entrar en el consultorio.

Al identificar el modo en que los pacientes organizan su mundo a través de los sistemas representacionales, permitirá al terapeuta comunicarse efectivamente con el paciente, utilizando palabras que corresponden a su canal de comunicación favorito. Por ejemplo, si el paciente organiza su experiencia cinestésicamente y el terapeuta se comunica con predicados cinestésicos, como los encontrados en la tabla 1, será más fácil para él comprender lo que el terapeuta le comunica, así como saber que está siendo comprendido. Además, es importante utilizar otro tipo de técnicas, por ejemplo, los tonos de la voz en los pacientes auditivos, o los movimientos y estímulos visuales de los pacientes visuales, el tacto y contacto físico con los pacientes cinestésicos. Así se creará una mejor alianza terapéutica. Como citan Bandler y Grinder en su libro *La estructura de la magia* (21), el resultado más importante de comprender el sistema representacional de nuestro paciente es la confianza. Esta surge cuando el paciente cree que el terapeuta lo comprende y cuando cree que lo ayudarán a enriquecer su vida y a controlar algunos de los principales motivos por los que asiste a la terapia o consulta médica, “como mi terapeuta me entiende, me puede ayudar” (28,29).

Esto no es todo. Las utilidades de los canales de comunicación van más allá. Saber cuándo una determinada técnica es apropiada para el paciente es igualmente útil en nuestra labor terapéutica; por ejemplo, crear fantasías es más sencillo en pacientes cuyo predominio es visual, pues *se ven a sí mismos* en su mente. Representar activamente sus experiencias es útil en pacientes cinestésicos, donde pueden *poner sus sentimientos*. También retroalimentar cada una

de las experiencias y tareas, o hacer que repitan lo que se les ha dicho, utilizando diferentes *tonos de voz*, es de gran utilidad en los pacientes auditivos (30).

Lewis Walker, en su libro *Consulting with NLP* (31), describe ocho pasos para una adecuada consulta médica, enfocada en la PNL:

1. ¿Cómo está usted antes de empezar la consulta? Es importante conocernos a nosotros mismos, saber cuál es nuestro canal de comunicación preferido y tener la capacidad de amoldarnos al canal usado por el paciente. También estar en la disposición de “estar con”, centrado en las claves y estímulos externos, mas no enfocados en estímulos internos.
2. *Rapport* es vital para que fluya la consulta. Este se debe mantener a lo largo de todas las consultas y no únicamente en la consulta inicial, y se puede ir profundizando con el tiempo.
3. Reunir información. En este punto se obtiene información acerca de las creencias del paciente, de sus expectativas respecto a salud y enfermedad y, por supuesto, de su comunicación verbal y no verbal.
4. Desenlaces, que es lo que el paciente quiere lograr con la terapia y que es lo que usted quiere, una vez que se conoce cada uno se debe conjugar en uno solo.
5. Acceso a los recursos. Qué terapia se acomoda más a mi paciente, habiendo analizado su forma representacional del mundo. Es necesario saber si se refiere a otro profesional.
6. Utilizar los recursos. No importa cuál sea el recurso utilizado para el tratamiento del paciente. Lo importante es que sea adecuado para él. Esto debe ser explicado al paciente y es necesario también retroalimentar cada situación.
7. Probando la solución, evaluar constantemente los recursos, fijarse en los logros obtenidos.

8. Efectos futuros. Estar atentos a los comportamientos del paciente fuera del ámbito de la consulta.

Se debe intentar cumplir la mayoría de los pasos en la primera consulta con el paciente. No siempre es fácil, pero mientras se va poniendo en práctica y mientras se entrena en este aspecto, se logrará hacer de una manera sistemática, mejorando la calidad de la relación médico-paciente (32).

### **Claves para lograr los objetivos**

Walter y Ardeshir mencionan que la primera clave para lograr los objetivos propuestos en la consulta médica es fijar la meta, esto es, saber exactamente qué se quiere lograr, ser claro y detallado y estar seguro de por qué quiere hacerlo. De acuerdo con la PNL, la idea de lo que queremos debe ser enmarcada en el camino correcto para nuestro cerebro para procesar adecuadamente la información y, por lo tanto, mejorar nuestras posibilidades de un resultado exitoso (33,34).

El cerebro no entiende las directivas en negativos. Los consejos, en la medida de lo posible, deben ser nombrados de manera positiva: “su salud es muy importante por lo que debe ser cuidadoso”; mas no “no debe descuidarse”. El cerebro lo procesará como “debe descuidarse”. Esto también es importante en el tratamiento de la depresión, en que las premisas desempeñan un papel fundamental (35).

No está determinada la mejor forma de identificar cuál es el canal representacional principal del paciente. Es importante unir todas las claves mencionadas, como uso de palabras y predicados, comportamientos del paciente y movimientos oculares (36). Los movimientos oculares pueden estar influidos por el sexo o la lateralidad del paciente; por lo tanto, ello no indica de manera definitiva qué sistema de representación se está utilizando (37). Algunos autores refieren que el uso de la PNL no es útil en todos los pacientes como herramienta terapéutica (38);

sin embargo, puede ser útil para la instauración de la relación médico-paciente.

Debe ser detallista y tomarse el tiempo para crear premisas sobre lo que se quiere lograr. Por ejemplo, no sirve de nada decir vagamente: “quiero mejorar mi salud”, ya que no es una premisa muy extensa. Es mucho mejor decir: “quiero mejorar mi salud y por eso voy a empezar a hacer ejercicio tres veces por semana”. La PNL tiene la capacidad de cambiar comportamientos mediante mensajes persuasivos, de manera positiva que llegan directamente al inconsciente (39).

A fin de establecer los criterios para el éxito, puede recomendarle a su paciente que pase tiempo imaginando lo que será haber logrado lo que se propone y saber cómo va a reconocer el éxito cuando suceda. Esto proporcionará una motivación importante y le permitirá monitorear su progreso. La relación médico-paciente debe considerarse un proceso dinámico, en la cual el tiempo cumple un papel importante. Entonces, saber aprovechar el tiempo mediante la comunicación efectiva es una de las claves para el éxito (40).

Es posible modelar cualquier comportamiento humano, si usted puede dominar los tres aspectos que componen la conducta: las creencias, la fisiología y los procesos mentales específicos (estrategias). Nuestras creencias influyen en nuestro comportamiento. Es mucho menos probable que se tenga éxito si no se está realmente convencido de lo que se quiere. En cuanto a la fisiología, el estudio de la expresión, el tono de voz (tonalidad) y los movimientos corporales, lo ayudarán a obtener un objetivo específico y crear rápidamente una conexión con el paciente. Por último, las estrategias, el orden y la secuencia de eventos, así como el uso de la estrategia adecuada, determinan el logro de nuestros resultados. Puede preguntarle a su paciente qué cosas le han funcionado antes y aplicarlas a la situación actual. Esto puede conducir a un resultado más seguro y a aumentar la confianza del paciente: “si lo pude hacer antes, lo puedo hacer ahora”.

## Conclusiones

Nosotros, como seres humanos, somos en la medida en que nos comunicamos. En nuestra práctica médica requerimos constantemente una comunicación efectiva, así como establecer rápidamente una alianza terapéutica con nuestros pacientes, a fin de lograr nuestros objetivos y ayudar a alcanzar los objetivos de ellos. La comunicación médico-paciente es compleja, e incluye tanto las formas verbales como las no verbales de comunicación. Como terapeutas debemos ser conscientes de las limitaciones en tiempo y aprovechar al máximo cada minuto con el paciente (41). El impacto de una enfermedad puede ser completamente apreciado sólo por la persona que lo tiene (14). La programación neurolingüística constituye una medida útil que abre nuestros sentidos, primero, permitiendo conocernos a nosotros mismos como terapeutas y, segundo, aprendiendo a utilizar nuestros sentidos, con el fin de “estar con”, valorando todo tipo de comunicación y apreciando la comunicación preverbal como la clave de nuestra comunicación.

Como se trató a lo largo del artículo, cada uno de nosotros tenemos una forma diferente de ver el mundo y de tener nuestras experiencias mediante diferentes canales de comunicación (auditivo, visual, cinestésico y audiodigital). El descubrir este tipo de canales en el paciente nos permite aumentar la efectividad de nuestra comunicación, entender lo que nos quieren transmitir y ser entendidos. El sistema representacional más valorado es aquel que la persona usa más comúnmente para traer información a la conciencia. Una persona puede tener más de un canal representacional y alternarlos, pues ninguno es mejor que otro (42,43).

La confianza se genera cuando el terapeuta acompaña a su paciente en su sistema representacional y cambia sus predicados para igualarlos con los de él. Esto es, en esencia, hablar en el lenguaje del paciente. En nuestro trabajo, la estrategia consiste en ayudar a las personas a tener disponibles opciones acerca de cómo organizar

su experiencia. Una vez conozcamos cómo organiza sus experiencias, se podrá proceder de una manera más beneficiosa para expandir el modelo del mundo del paciente, permitiéndole más libertad para vivir donde el cambio no es un imposible. Humanizarnos con el paciente es otro aspecto importante; no se trata al cuerpo como un pedazo de carne, sino a la persona, con sus creencias, su forma de vivir en el mundo y su mundo psicológico (44).

## Referencias

1. Arce MC, Caballal MC, Cibanal J. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Madrid: Elsevier; 2010.
2. Bateson G, Ruesch J. Comunicación la matriz social de la psiquiatría. Buenos Aires: Paidós; 1978.
3. Herrera N, Gutiérrez M, Ballesteros M, Iz-zedin R, Gómez A, Sánchez L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12(3):343-55.
4. Jaque J, Aroche L. Programación neurolingüística y la comunicación en salud. *Dolor*, 1998 abr;6(24):20-6.
5. Álvarez R. Manual práctico de P.N.L (programación neurolingüística). Madrid: Desclée de Brouwer; 1998.
6. Collinge A. People skills in neurolinguistic programming. *Optician*. 2006 Jan;231(6036):24-9.
7. Walter J, Bayat A. Neurolinguistic programming: verbal communication. *BMJ*. 2003 March;326(suppl):S83.
8. Gómez C, Hernández G, Santacruz H, Rojas A, Uribe M. *Psiquiatría clínica, diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008.
9. Ellis C. Neurolinguistic programming in the medical consultation. *S Afr Med J*. 2004 Sep;94(9):748-50.
10. Clabby J, O'Connor R. Teaching Learners to Use Mirroring: Rapport Lessons From Neurolinguistic Programming. *Fam Med* 2004; 36(8):541-3.



11. Stein M. Nonverbal techniques in personal construct psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*. 2007;20:103-24.
12. Steinbach A. Neurolinguistic programming: a systematic approach to change. *Can Fam Physician*. 1984;30:147-50.
13. Bakan, P. Hypnotizability, laterality of eye-movements and functional brain asymmetry. *Perceptual and Motor Skills*. 1969;28(3):927-32.
14. Warren E. The consultation: How to do it - part 2. *Practice Nurse*. 2010;40(7):12-4.
15. Grinder J, Bandler R. De sapos a príncipes. Santiago: cuatro Vientos; 2008.
16. Bradley J, Biedermann H. Bandler and Grinder's neurolinguistic programming: its historical context and contribution. *Psychotherapy*. 1985;22(1):59-62.
17. Grinder J, Bandler R. La estructura de la magia I: lenguaje y terapia. Santiago: cuatro Vientos; 1998.
18. Buckner M, Meara N. Eye movement as an indicator of sensory components in thought. *Journal of Counseling Psychology*. 1987;34(3):283-7.
19. Dilts R, Epstein T, Magnet A. Aprendizaje dinámico con PNL. Barcelona: Urano; 1997.
20. Helm D. Neuro-linguistic programming: Enhancing learning for the visually impaired. *Education*. 2000 Jun;120(4):790-5.
21. Grinder J, Bandler R. La estructura de la magia II: cambio y congruencia. Santiago: Cuatro Vientos; 1996.
22. Steve A, Vinez J, Connirae A. Cambia tu mente para cambiar tu vida -- y conserva el cambio nuevas submodalidades en programación neuro - lingüística. 3ª ed. Madrid: Gaia; 1997.
23. Sandoval V, Susan A. Subtle skills for building rapport: using neuro-linguistic programming in the interview room. *FBI Law Enforcement Bulletin*. 2001 Ag;70(8):1-5.
24. O'Connor J, Seymour D. Introducing NLP: psychological tools for understanding and influencing people. London: Thomsons; 1995.
25. Wood D. Establishing rapport is so much more than small talk. *NJBIZ*. New Brunswick. 2010;23(37):11-2.
26. Walter J, Bayat A. Neurolinguistic programming: temperament and character types. *BMJ*. 2003;326(suppl):S133.
27. Steinbach A. Neurolinguistic programming: a systematic approach to change. *Can Fam Physician*; 1984;30:147-50.
28. Chazenbalk LB, Schussel RN. Programación neurolingüística: el arte de la comunicación. *Rev Círc Argent Odontol*. 2000 Ago;28(188):66-8.
29. Bentjerodt J, Marie A. Neurolinguistic programming and it use in physical therapy. *Kinesiologia*. 1991 oct.-dic;(31):349-53.
30. Dominey PF, Hoen M, Inui T. A Neurolinguistic Model of Grammatical Construction Processing. *J Cogn Neurosci*. 2006;18(12):2088-2107.
31. Walker L. Consulting with NLP: neuro-linguistic programming in the medical consultation. 2nd ed. New York: Radcliffe; 2002.
32. Whitehouse C. Consulting with NLP: neuro-linguistic programming in the medical consultation. *J R Soc Med*. 2003 June;96(6):312-7.
33. Walter J, Bayat A. Neurolinguistic programming: the keys to success. *BMJ*. 2003 Julio;11:219-62.
34. Einspruch EL, Forman BD. Observations concerning research literature on neuro-linguistic programming. *J Couns Psychol*. 1985;32(4):589-696.
35. Rodríguez M, Arocha L. Estrategias de programación neurolingüística en el tratamiento de la depresión mayor: estudio doble ciego con imipramina. *Arch Venez Psiquiatr Neurol*. 1996 jul-dic;42(87):71-9.
36. Sharpley C. Predicate matching in NLP: a review of research on the preferred representational system. *J Couns Psychol*. 1984;31(2):238-48.
37. Hammer AL. Matching perceptual predicates: effect on perceived empathy in a counseling analogue. *J Couns Psychol*. 1983;30(2):172-9.
38. Fromme D, Daniell J. Neurolinguistic programming examined: Imagery, sensory mode, and communication. *J Couns Psychol*. 1984 Jul;31(3):387-90.
39. Dixon P, Parr GD, Yarbrough D, Rathael M. Neurolinguistic programming as a persuasive communication technique. *J Soc Psychol*. 1986 Mar;126(4):545-50.
40. Young L. The effect of communication between doctor and patient on patient's medical care use. *Appl Econ Lett*. 2009;16:1369-74.

41. Scott A, Vick S. Patients, doctors and contracts: an application a principal-agent theory to the doctor-patient relationship. *Scott J Polit Econ*. 1999 May;46(2):111-34.
42. Bandler R. Use su cabeza para variar: sub-modalidades en programación neurolingüística. 12a ed. Santiago: Cuatro Vientos; 2006.
43. O'Connor J, Seymour J. PNL para formadores, manual para directivos, formadores y comunicadores. 3ª ed. Barcelona: Urano; 2003.
44. Puche J. Desarrolle su inteligencia espiritual con PNL. Bogotá: Intermedio; 2002.

Conflictos de interés: la autora niega tener conflictos de interés es este artículo.

Correspondencia  
Andrea del Pilar Roa  
Bogotá, Colombia  
andrea.roa@javeriana.edu.co

Recibido para evaluación: 30 de junio del 2011  
Aceptado para publicación: 7 de agosto del 2011