

## Todos Los Pacientes Han Dicho Alguna Mentira; Alguna Vez (Por Lo Menos En Creta)

Emilio Gutiérrez García,  
Departamento de Psicología Clínica,  
Facultad de Psicología,  
Universidad de Santiago  
Santiago de Compostela  
La Coruña, España

*(Publicado en Psicología Clínica, 2002, 1: 20-24.)*

La conocida afirmación “Todos los cretenses son mentirosos<sup>1</sup>”, no tendría mayor trascendencia si no fuera por que su autor, un tal Epiménides, para más señas era de Creta. Este enunciado es un ejemplo de una antinomia semántica. En ésta, su naturaleza paradójica se revela al entrar en contradicción el enunciado de la afirmación con la nacionalidad del denunciante.

Afortunadamente estos problemas no son de la incumbencia de la psicoterapia, pero sí otros similares que tienen que ver con la mentira como lastre, incomodidad u obstáculo para los que se dedican a tan noble arte. Esto suele ser comentado entre los terapeutas con respecto a algún tipo particular de pacientes<sup>2</sup>, por ejemplo las personas con Anorexia Nerviosa, o las personas que abusan de las drogas. Sin embargo, el tema puede parecer tan amplio como para justificar un monográfico sobre la Mentira en psicoterapia.

### ***¿Por qué mienten algunos pacientes?***

Yo no lo sé. En primer lugar por que no los conozco a todos, como se cuenta que respondió una vez Cela cuando le preguntaban su opinión sobre “los franceses”. Sin duda es cierto que los pacientes mienten en alguna ocasión, es decir se permiten engañar al terapeuta, siendo conscientes de que inducen a éste a formarse una idea equivocada. Sin embargo esta situación es tan frecuente en terapia como en la vida cotidiana, por lo que no tiene ningún interés entrar en un debate al respecto. O al menos tanto como la situación inversa, es decir cuando los terapeutas disimulamos los momentáneos fuera de juego, con silencios de apariencia reflexiva. Y qué decir de esas otras meteduras de pata, donde la falta

---

<sup>1</sup>. El autor se declara incompetente para resolver en el texto la agresión que supone la utilización del género masculino en las expresiones “el” terapeuta” y “el” paciente. La yuxtaposición de los artículos el/la y las terminaciones os/as, crea una incomodidad en el flujo de la redacción (como por ejemplo “Todos/as los/as cretenses son mentirosos/as”) que no hace más que resaltar, y no resolver, el ‘problema’, ya que debería corregirse la preeminencia del artículo “el” sobre el “la”, al menos en un cincuenta por ciento -el/la, la/el. Después de intentar resolver infructuosamente la cuestión (por ejemplo utilizando un carácter como @) he preferido, al amparo de que una eventual resolución ingeniosa sólo dejaría al descubierto aquello del refrán “Dime de lo que presumes y te diré de qué careces”, hacerme reo de escribir en forma políticamente incorrecta.

<sup>2</sup>. Otra aparente incorrección es la utilización del término paciente. Esta vez es intencionado. Es mi fuerte convicción que lo importante es tratar a las personas como clientes, aunque esas personas en gran parte se consideren a sí mismos y sean considerados por otras personas (algunas veces clientes exigentes) como pacientes. Lo importante es tratar con las personas como clientes en la intimidad de la consulta.

de tacto se remeda con un contra-volante en el discurso, a modo de “sondeo probatorio” (-‘*Quería ver si Vd. advertía mi aparente confusión*’), al igual que los pilotos encauzan en medio de un derrapaje, la inercia creada por un descuido.

Si aceptamos que en muchas ocasiones la psicoterapia consiste en no impedir que los pacientes mejoren por sí mismos, sería recomendable dejar que los pacientes remienden su narración con algún elemento fantástico. A veces las mentiras del paciente cumplen una función muy importante, de la cual se beneficia el propio paciente, aunque el terapeuta puede ni llegar a ser consciente de ello. Esto se cumple cuando una mentira del paciente humaniza al terapeuta. Es decir, el paciente descubre que el terapeuta no tiene facultades especiales, ni dotes sobrehumanas y que se traga las mentiras.

En estos casos, cuando el paciente descubre que al terapeuta se le puede mentir, y que es tan humano como él mismo, puede encontrar una faceta con la que identificarse. De este modo, una mentira puede desnudar al terapeuta de la omnipotencia investida por el propio paciente, con lo que ya solo queda el horizonte de la colaboración. Esta situación hipotética es, desde luego, bienvenida por lo menos para aquellos terapeutas que piensan que lo mejor es comportarse frente al paciente como una persona de carne y hueso, y no como un oráculo por encima del bien y del mal. Estos terapeutas, que forman la mayoría de los que no gustan de salir en televisión, son auténticos terapeutas, no como aquellos otros que sólo saben ser clínicos cuando no tienen un paciente delante, con lo cual tienden a propagar un cliché de clínico tan real como el del Dr. Crane en la serie *Fraser*.

De todas maneras, estas mentiras ocasionales no hacen más que dar más sentido a la propia relación terapéutica, ya de por sí asentada en una supuesta relación cuya autenticidad tiene que sobrevivir a las marcas del contexto terapéutico. ¡Qué otro lugar más apropiado para la fantasía que una relación donde su autenticidad y el interés genuino del terapeuta queda aderezado por sus honorarios!. Así pues, una mentira por aquí y otra por allá, ¿qué importa?. Mientras al final sobreviva la magia del cambio, el crecimiento y, en definitiva, la posibilidad de que la psicoterapia ayude a algunas personas (esas a quienes sus problemas no les dejan vivir) a seguir adelante con los problemas de la vida.

Después del reconocimiento de la propia artificialidad de la relación terapéutica, ¿cómo podría sentirse defraudado un terapeuta al que el paciente miente?. Si la mentira queda al descubierto por el reconocimiento del propio paciente, “chapeau”, el regalo de este reconocimiento es una señal positiva que indica al terapeuta que es merecedor de una mayor confianza. Si, por el contrario, es el terapeuta el que, al contrastar la información de la que dispone, se da cuenta de la incongruencia y la contradicción en tal información, aún esta percatación puede ser deslizada terapéuticamente. Al alejarse de una confrontación directa y agresiva, un terapeuta sensible, permite al paciente sentir que es aceptado de forma no valorativa e incondicional.

## **La Ocultación de información.**

Otro tipo de mentira, esta vez por omisión, se da en esos casos en los que oculta información. Esta ocultación puede ser o bien selectiva, o bien errática. En el primer caso, a algunas personas les puede asustar descargar completamente, en el despacho ante un extraño, todos los detalles que una vez compartidos pueden ser más inmanejables y más dolorosos. Más que una desconsideración hacia el terapeuta esa ocultación o retención de información puede, en ocasiones, ser el último vestigio de dignidad que una persona quiere conservar. Si bien la exhibición del dolor y la ventilación de detalles puede originar una cierta catarsis ¡el paciente puede no saberlo! No obstante, ya Erickson se curaba en salud y recomendaba a los pacientes que se reservaran algo de información, por lo menos en las primeras sesiones. Lejos de ser paradójica, esta recomendación encaja con la natural prevención de algunos pacientes ante un extraño. En el caso de aquellos otros pacientes libres de toda aprensión y reserva, pues ¡miel sobre hojuelas!

Esta posición puede ser llevada más al extremo cuando el terapeuta además extiende esa recomendación hasta el derecho a mentir, o a ir revelando la información al ritmo que crezca su confianza en el terapeuta. De esta manera, al hacer explícito el derecho a la reserva, el terapeuta espanta cualquier sospecha de una demanda implícita de “decir toda la verdad”. Esta recomendación está particularmente indicada en aquellos casos en los que el terapeuta reciba a varios miembros de una familia. Cada persona tiene el derecho a revelar la información que su criterio de prudencia le permita. Así se evitan las descalificaciones y desmentidos cruzados.

Por otra parte, un paciente que habla demasiado mal de sí mismo en ocasiones supone un exhibicionismo que crea una asimetría más allá de lo deseable en la situación de psicoterapia. Por definición el terapeuta no puede corresponderle con una revelación de información personal que le haga sentirse al paciente menos alienado. Así pues, la contención de información evita que el terapeuta tenga que atolondrarse en normalizaciones maníacas de sostén para contrarrestar la alienación implícita a una ventilación de detalles que envilecen al relator. En esos casos el terapeuta poco puede hacer más que extender su mano mientras, como un anfitrión con tablas, le saluda con un: “Bienvenido al club”. Ninguna otra acción puede comunicar mejor al paciente que para *su*, ahora sí, terapeuta nada de lo humano le es ajeno.

Por lo general estas situaciones que ayudan a cultivar al terapeuta en su tolerancia a la ambigüedad, no necesitan de especiales remedios.

## ***La Mentira en Psicoterapia. Las Verdades Supuestas.***

Sería injusto hablar de la mentira en psicoterapia sin referirnos a la otra cara de la moneda: la mentira en los terapeutas. Y no me refiero a las mentiras piadosas. Quiero referirme a las verdades que nos gusta esgrimir como terapeutas.

Empecemos por la más venial, aunque no por eso menos mentira. La manida equiparación de la labor del terapeuta con la del sastre ¡No somos sastres! La

sastrería parece una de las profesiones de referencia que más se utiliza en psicoterapia (¿será por la 'tela'?), para esconder una pequeña mentira: la flexibilidad. Que a los terapeutas les tira el oficio de sastre tiene que ver con el denuedo con el que afirman estar del lado de la flexibilidad. Nada de vender trajes confeccionados, a todos los terapeutas nos gusta vender la imagen de que el traje, o sea la terapia, la hacemos a la medida del paciente. ¡Como si hubiera tela para tantos trajes!. Antes bien, la situación es aquella otra en que manejamos un reducido grupo de técnicas y tendemos a repetirnos bastante, a veces mucho. Además, por seguir con la metáfora del sastre, en muchas ocasiones tenemos que arreglarnos con la tela que traen los propios pacientes.

Hasta ahora he estado hablando de la mentira con minúsculas, lo cual me ha permitido no referirme a su aparente contrario por defecto, la verdad. Y cuando digo aparente contrario me refiero a que la verdad no es lo que falta en la mentira, sino que muchas veces es lo que sobra. Sobra cuando ésta es una imposición agresiva que puebla la psicoterapia de pacientes desmotivados, de abandonos y de un saldo<sup>3</sup> innecesariamente negativo. En esa situación la mentira sólo necesita un proceso de aculturación ciego impuesto por un terapeuta sabelotodo versado en una supuesta verdad.

Los terapeutas que más se lamentan de la mentira son precisamente aquellos cuya (de)formación profesional les impide reconocer en qué medida las mentiras y los problemas que ven en los pacientes dependen más de los supuestos de su teoría favorita. El comienzo de las terapias centradas en la verdad gusta a terapeutas que, como apertura, anuncian que va a ser largo, duro, va a conllevar sufrimiento y dolor y que, para colmo del paciente, no se le puede prometer un final feliz (y además le va a costar mucho tiempo y dinero) ¿Quién dijo algo de las paradojas en psicoterapia?

Mientras que el paciente lucha por formalizar su queja en términos mundanos, el terapeuta, en un delirio adquirido tras duros años de iluminación, trata de interesar al paciente por abordar el problema que su teoría favorita, la del terapeuta, ha descubierto. Ante la discontinuidad percibida por el paciente entre lo que a él le preocupa y lo que parece interesar al terapeuta, solo quedan tres posibilidades. Resistir, claudicar o mentir.

Ilustrativo de esta última opción, el informe del Dr. Wortis (1984) de su psicoanálisis con Freud. Ahí queda reflejado, en primera persona, ese proceso de aculturación violenta donde todo lo que no es un "si bwana", es tomado por Freud como desinterés, resistencia y oposición. Wortis acaba mintiendo para no cabrear al jefe. Ese es el peligro de ser demasiado profundo, como decía Monsieur Dupin: "La verdad no siempre está en un pozo. De hecho, en lo que se refiere al conocimiento más importante, creo que la verdad es invariablemente superficial" (Poe, 1999, p.26)

Por hablar sólo de los campos en los que se ha desempeñado mi quehacer profesional, ¿cuántos dobles vínculos existentes sólo en la cabeza de los terapeutas familiares no han aumentado los problemas de por sí graves de los

---

<sup>3</sup> Hablando de saldos, para algunos pacientes la psicoterapia es como ir de saldos ya que acuden con un problema y se suelen ir con dos.

padres y madres, sobretodo éstas últimas, de jóvenes con esquizofrenia? Y qué decir de los mensajes e intervenciones del escindido Modelo de Milán, que llegan al paroxismo con la *prescripción invariable*<sup>4</sup>.(Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1986). La esquizofrenia tampoco es un déficit de neurolépticos en el cerebro, como el modelo farmacéutico<sup>5</sup> imperante parece malinterpretar. La medicación masiva, con dosis que exceden la necesaria para inducir una remisión de los síntomas positivos no es ni más ni menos que, como el doble vínculo, otra supuesta verdad (o verdad supuesta) que deja al descubierto las resistencias, los juegos familiares o la mala adherencia a la medicación.

En otros trastornos, por ejemplo en la depresión ¿qué es más ‘verdad’: las distorsiones cognitivas, los déficits en las habilidades sociales, la indefensión aprendida, o el desequilibrio de serotonina<sup>6</sup>?. Cuando el terapeuta, a lomos de cada una de esas verdades, galopa por el territorio de las quejas acabará encontrando mentiras, medias verdades, información no-revelada y abandonos en aquellos otros tantos pacientes que lo único que saben es que están tristes, y no saben el porqué. Cuántos terapeutas pueden pasar por alto, provistos de sus anteojeras de escuela en su búsqueda de la verdad, que en muchos casos la depresión es la única reacción posible a la mala suerte de tener que afrontar acontecimientos y experiencias vitales (claro, hasta que les toca a los terapeutas ocupar la silla de enfrente a resultas, por ejemplo de un divorcio, o la promoción injusta de un compañero).

Por lo tanto las mentiras más grandes, más patentes y más gordas son las que los terapeutas enfrentan a los pacientes al desplegar el arsenal terapéutico que se sigue de sus ‘verdades supuestas’. Esta agresión es tanto más brutal cuanto más esfuerzo requiere del terapeuta su especialización (es decir hacerse especial) en aprender a ver esas supuestas verdades en los dramas de sus pacientes. Ver un complejo de Edipo cuesta un riñón, y uno debe ser un iniciado; pero para ver el ‘agujero’ (no el de Ozono, sino el de Lacan) no vale con ser iniciado, ¡uno tiene que ser avanzado! Claro, y no leer entre muchísimos otros libros, *Imposturas intelectuales* (Sokal y Bricmont, 1999). Pero a quien algo quiere (un deseo), algo le cuesta<sup>7</sup>.

Pero sin lugar a ninguna duda, desde la silla de las ‘verdades supuestas’, la palma de la mentira y la manipulación se la llevan las pacientes con anorexia nerviosa. Quizás no haya un diagnóstico cuyos portadores se hayan visto más tenazmente

---

<sup>4</sup> ¿Cómo era aquello de la flexibilidad?.

<sup>5</sup> “Modelo médico” es un término injusto para describir la prescripción farmacéutica desmesurada de neurolépticos, como única acción terapéutica aderezada de cinco minutos de conversación cada mes.

<sup>6</sup> Un caso especial es el que representan los integradores, que se creen más cerca de lo que la depresión (o cualquier otro trastorno) es. En ese movimiento la ausencia de evidencia conclusiva de cada una de las teorías singulares es una evidencia de que se trata, en verdad, de *un trastorno multifacético*. Este error solo es menos ingenuo que el de no ver que al multiplicar supuestos no tenemos más verdad sino supuestos al cuadrado, al cubo, etc.

<sup>7</sup> Es de justicia que el autor reconozca que una vez vio un sistema integrado por dos subsistemas, aunque sólo un poquito.

situados en ese primer puesto del ranking por sucesivas generaciones de terapeutas. A la postre, la perspectiva del tiempo nos facilita atisbar que la mentira sólo está en la lente de sus supuestas verdades.

Para empezar, la manipulación y la mentira en la anorexia nerviosa es una consecuencia del propio diagnóstico, del cual uno de sus elementos constitutivos es la ausencia de conciencia de enfermedad. En la mayoría de los casos no hay una queja de por medio en las personas afectadas por ese grave trastorno (el único del DSM que es mortal), o lo que es lo mismo el reconocimiento de que algo no va bien. Sin ese reconocimiento, que excusa el acto voluntario de buscar ayuda, obviamente la situación es muy difícil. Forzadas a admitir un concepto de enfermedad del cual no tienen conciencia, las personas con anorexia nerviosa se rebelarán desplegando todo el abanico posible de mentiras y manipulaciones. La mentira en estos casos puede considerarse una maniobra de estricta supervivencia (Sommer, 1995), donde la voz del paciente es acorralada por una aculturación desconsiderada.

Pero, ¿por qué empezar por el único sitio donde se va a encontrar la misma colaboración que al tratar de convencer a un católico de que abrace una secta satánica? Bueno siempre queda la posibilidad del privilegio cero, los candados, la vigilancia, la polifarmacia inútil y la alimentación forzada, mientras se trata de quebrar el *supuesto* problema de la distorsión de la imagen corporal subyacente. Nunca tanto el término *supuesto* dejó tan clara su naturaleza íntima como algo arbitrario, infundado y gratuito.

El colmo de los colmos de las mentiras vistas a la luz de las supuestas verdades, se lo lleva aquella descripción según la cual los movimientos pélvicos de la paciente al ser entubada eran una evidencia del simbolismo sexual de la anorexia. Cuando la pobre chica además se resistía aduciendo que su papá era el que mejor lo hacía (ponerle la sonda), sólo dejaba más clara para sus terapeutas la fantasía de impregnación de la paciente.<sup>8</sup> Cuántas mentiras, y no menos dolor real, no provocaron esas supuestas verdades. A su lado la ficción de Monte Miseria (Shem, 2000) se desdibuja en un continuo donde la insensatez y la pericia van de la mano.

¿Mienten las pacientes cuando afirman que se ven gordas, o mienten cuando dicen que no están tan delgadas como, de hecho, llegan a estar? Sin duda muy pocos clínicos en contacto con esta población de pacientes se sorprenderán ante esta pregunta. No mienten sino que evidencian una de las características esenciales de la anorexia nerviosa, tal y como se reconoce al incluir los trastornos de la imagen corporal como una de las manifestaciones del trastorno según el DSM-IV.

Sin embargo, ni las pacientes en la China actual, ni las pacientes descritas en Occidente antes de 1960 parecían sufrir distorsiones de la imagen corporal. Tampoco hay evidencias al respecto que nos hagan suponer ese tipo de trastornos en los casos de Friderada, en el año 895, la Princesa Margarita de Hungría, en el siglo XIII, o Santa Catalina de Siena (Yates, 1991). Claro está que entonces eran otros tiempos. Tampoco aparece ninguna mención en los casos citados por Gull (1874) y Lasègue (1873).

---

<sup>8</sup> Por si alguien duda que este párrafo es una exageración puede consultar la referencia. (Moulton, 1942).

En la última reunión bianual que celebra la European Research Council on Eating Disorders, la ponencia de la última jornada fue presentada por Peter Beumont (2001) con el título: *The significance of body image in eating disorders*. Cuando esta ponencia aparezca publicada, sin duda, supondrá el fin de los trastornos de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Con ello se cerrará una etapa abierta por Hilde Bruch (1966) cuando señaló este apartado como un elemento crucial en la anorexia nerviosa. En la discusión que siguió a la ponencia se votó una propuesta “¿Deben mantenerse los trastornos de la imagen corporal como un síntoma fundamental en el diagnóstico de la anorexia nerviosa en el DSM-V? El resultado fue abrumador; sólo dos personas, una de ellas Gerald Russell se pronunció a favor<sup>9</sup>. Sobran comentarios.

### **Conclusión**

En cuanto clínicos, la mentira estriba en que damos un mayor estatuto de verdad a lo que no son más que verdades supuestas. Y cuando esas verdades supuestas, sobre las que se edifican complejos entramados teóricos, se manejan como supuestas verdades, la consecuencia real es, entre otras, la mentira.

A nuestro lado, los pacientes que saben que no saben; unos sabios.

---

<sup>9</sup> No en vano Gerald Russell llegó a preguntarse cómo a los grandes clínicos del siglo XIX y primera mitad del siglo XX se les pudo pasar por alto estos trastornos de la imagen corporal en la anorexia nerviosa

## Bibliografía.

Beumont, P. The significance of body image in eating disorders. *VII European Council on Eating Disorders*, Barcelona, Septiembre, 2001.

Bruch, H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan Paul, 1966.

Gull, W. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 1874; 7: 22-28.

Lasègue, C. De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 1873, 21: 385-403.

Moulton, R. A psychosomatic study of anorexia nervosa including the use of vaginal smears. *Psychosomatic Medicine*, 1942, 4:62-74.

Selvini Palazzoli M, Cirillo S, y Sorrentino A.M. *Los Juegos Psicóticos en la Familia*. Barcelona; Paidós 1988.

Shem, S. *Monte Miseria*. Barcelona, Anagrama, 2000.

Sokal, A y Bricmont, J. *Imposturas Intelectuales*. Barcelona, Paidos, 1999.

Sommer, V. *Elogio de la Mentira*. Barcelona: Galaxia Gutenberg, 1995.

Wortis, J. *Fragments of an Analysis with Freud*. New York: Jason Aronson, Inc., 1984.

Yates, A. *Compulsive Exercise in the Eating Disorders: Toward and Integrated Theory of Activity*. New York, Bruner-Mazel, 1991.

**Agradecimientos.** Mi agradecimiento a Abelardo Estevez por su paciente trabajo de corrección.