

**REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL**

***Manejo de la mentira patológica en el adulto joven en  
proceso terapéutico gestáltico. Estudio de caso***

**Autor: Alba Marina Gómez Barajas**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:  
Esmeralda Elizabeth Escamilla Tinoco**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“MANEJO DE LA MENTIRA PATOLÓGICA EN EL ADULTO JOVEN EN  
PROCESO TERAPÉUTICO GESTÁLTICO. ESTUDIO DE CASO”.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**ALBA MARIANA GÓMEZ BARAJAS**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**LIC. ESMERALDA ELIZABETH ESCAMILLA TINOCO**

**CLAVE: 16PSU0004**

**ACUERDO: RVOE020SEP**

**Morelia, Michoacán. 2007**

## DEDICATORIA

“Cuando veo tus cielos, obra de tus dedos, la luna y las estrellas que fijaste, digo ¿Quién es el Hombre, para que te acuerdes de él...?”. Salmo 8:4

Gracias **DIOS** por permitirme llegar a este momento, por estar ahí aun en los momentos más difíciles y sentir tu cobijo, abrazarme con tu gloria y llenarme con tu fe y amor.

A mis padres, **NENA y JULIÁN**, por enseñarme el valor de la vida, por ayudarme a construir mis sueños y no desistir de ellos, por su infinito amor y paciencia. Por las largas horas de desvelo para lograr que fuese una mujer de bien. Por formar mi carácter, que me da confianza para afrontar aun las situaciones más adversas, pero también por enseñarme y brindarme momentos inolvidables llenos de felicidad.

A mis hermanos; **HECTOR, KLAUS Y LEO.**

**HÉCTOR**; porque me has enseñado el valor de luchar y saber que nada es imposible, por tu sinceridad, tu apoyo y tus palabras en los momentos más adecuados.

**KLAUS**; por tu apoyo incondicional, por estar ahí en los momentos más felices de mi vida y por apoyarme en los difíciles, eres un orgullo y admiración para mi persona.

**LEO**; por llenar de alegría mi vida, por permitir seguir estando en contacto con la niñez y la pureza, por tu gran entrega y amor hacia mí.

**A MI NOVIO**, no eres sol, luna ni estrella, pero para mí eres mejor que ellas. Amor gracias por tu apoyo incondicional por compartir mi espacio vital, por esos años de relación inolvidables. Por lo pequeños momentos que han

marcado mi corazón de manera grata y han hecho que la fe y el amor crezca.

A mis amigas incondicionales, **JATSO y JESSY**, gracias por formar parte de mi vida, por estar ahí siempre, por compartir tantos momentos inolvidables, porque aun con la distancia la amistad perdura, por la huella que han dejado y siguen dejando en mi vida.

A una gran persona **RUPERTO SALAZAR**, por ser el primero en creer en mí y en esta aventura que inicio con una idea disipada, por demostrarme el valor de la construcción del conocimiento y de seguir mis ideales.

**GRACIAS**

*MARIAN*

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi asesora de Tesis, **LIC. ESMERALDA ESCAMILLA TINOCO**, por dedicar tiempo a este proyecto, por impulsarme a continuar con esta investigación y mejorarla. Por compartirme su conocimiento y experiencia.

A los lectores y sinodales de esta tesis **LIC. AIDA ANGÉLICA Y PINO DUEÑAS** gracias por brindarme el apoyo y el tiempo, para leer esta investigación. Así mismo, por siempre compartir sus conocimientos y la gran experiencia con la cual cuentan.

**GRACIAS**

*MARIAN*

## MENTIRA...

*“El que dice una mentira no  
sabe que tarea ha asumido,  
porque estará obligado a  
inventar veinte más para  
sostener la certeza de esta  
primera”*

ALEXANDER POPE

*“El que miente no lo hace para  
engañar a los demás, sino para  
engañarse así mismo”*

NABILA

*“Si me engañas la primera vez  
es culpa tuya. Si me engañas  
por segunda vez, es culpa mía”*

PROVERBIO ÁRABE

*“La mentira más frecuente es la  
mentira que uno se dice a sí  
mismo”*

NIETZCHE

## **INDICE**

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	6
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
<b>1. MENTIRA PATOLÓGICA EN EL ADULTO JOVEN</b>	<b>7</b>
1.1. Definición y Construcción del concepto de mentira	7
1.2. Mentira en la etapa del adulto joven	12
1.2.1. Desarrollo Humano del adulto joven	12
1.3. Mentira Patológica	21
1.4. Signos verbales y No verbales para detectar la mentira	25
1.5. Aplicación de las investigaciones científicas de Ekman: organismo de un mentiroso	26
1.6. Detección de la mentira basado en movimientos corporales	28
1.7. Papel de sistema nervioso autónomo	31
1.8. Precauciones al interpretar los indicios conductuales de la mentira	32
<b>2. DIAGNÓSTICO DE LA MENTIRA PATOLÓGICA</b>	<b>33</b>
2.1. Puntos clave de la enfermedad	33
2.2. Diagnóstico diferencial	35
2.2.1. Histrionismo	38
2.2.2. Desviación Psicopática o Psicopatía	39
<b>3. TEORIA DE LA GESTALT: UNA GUÍA METODOLÓGICA PARA EL MANEJO DE LA MENTIRA</b>	<b>41</b>
3.1. Enfoque Gestáltico del desarrollo del individuo	44
3.2. La construcción del enfoque Gestáltico	48
3.2.1. Fase de Diagnóstico	51
3.2.2. Fase Inicial	54
3.2.3. Fase Intermedia	56

3.2.4. Fase Final	60
3.3. Alianza Terapéutica	62
3.4. Función del terapeuta en cada una de las fases del proceso	65
3.5. Herramientas de la Gestalt	69
3.5.1. Sistemas Representacionales	69
3.5.2. Comunicación Verbal y Comunicación No Verbal	70
<b>4. APLICACIÓN DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI-2) COMO APOYO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>	71
4.1. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad De Minnesota (MMPI-2)	76
<b>CAPÍTULO II. ASPECTO METODOLÓGICO</b>	78
1. Objetivos de la investigación	78
1.1. General	78
1.2. Específicos	78
2. Planteamientos del Problema	78
3. Preguntas de la investigación	79
4. Importancia del Estudio	80
5. Dimensiones críticas	82
6. Ejes temáticos	83
7. Criterios de Verificabilidad	84
8. Población del estudio	85
9. Técnica de recolección de datos	85
10. Procedimiento	87
11. Resultados	88
12. Discusión de Resultados	116
<b>CAPÍTULO III. CONCLUSIONES</b>	123
<b>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</b>	129
Limitaciones	129



Sugerencias	130
<b>REFERENCIAS</b>	131
<b>ANEXOS</b>	135
Anexo 1. Historia Clínica	135
Anexo 2. Instrumento para detectar el canal sensorial	141
Anexo 3. Como Detectar a un Mentiroso	143
Anexo 4. Cuadro de indicios de que una expresión es falsa	146
Anexo 5. MMPI-2	147

## **RESUMEN**

En el presente trabajo se estudiaron las aplicaciones de herramientas psicológicas para la detección de la mentira patológica en el proceso terapéutico gestáltico, en un estudio de caso de una joven adulta de 19 años, en la Ciudad de Morelia, Michoacán, México. Los objetivos fueron mostrar la aplicabilidad del proceso terapéutico gestáltico en el manejo de la mentira patológica en el adulto joven, tomando como instrumentos la Historia Clínica, las Sesiones que fueron transcritas en los resultados, herramientas de la psicología gestáltica, prueba psicológica del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI – 2) , todo esto con la finalidad de verificar la utilidad de la psicoterapia gestáltica en el manejo de la mentira del adulto joven y las posibilidades para la aplicación de herramientas gestálticas y pruebas psicológicas para la evaluación del mentiroso.

Palabras claves: mentira patológica, herramientas, Gestalt, historia clínica, MMPI – 2.

## INTRODUCCIÓN

Se ha realizado un recorrido bibliográfico de la mentira en la infancia hasta llegar a la mentira patológica en el adulto, para lograr comprender sus manifestaciones mediante el apoyo de herramientas psicológicas en el proceso terapéutico Gestáltico.

El problema se aborda principalmente en la teoría de la Gestalt y su propuesta terapéutica como una herramienta psicológica. Sin embargo, también se dará lugar a otras perspectivas que pueden ayudarnos a comprender el fenómeno de la persona mentirosa.

Para abordar el tema de la mentira es importante comenzar por definiciones básicas. Éste trabajo pretende ayudar a comprender las causas y posibles consecuencias de la mentira patológica que se presentan generalmente en la vida adulta.

La teoría de la Gestalt encuentra sus raíces encuadradas en el movimiento de la Psicología Humanista, la Psicoterapia Gestalt, recibe influencias de la filosofía existencial y de la metodología fenomenológica. Las Psicoterapias inmersas en este movimiento son llamadas "la tercera fuerza de la psicología".

Aún cuando difieren en su aplicación tienen elementos comunes: se enfocan en la experiencia de la persona, enfatizan la responsabilidad y cualidades de cambio del ser humano; se centran en los problemas y lo que significan para el ser humano; su interés último es la dignidad y los valores humanos, están interesados en el desarrollo del potencial de cada persona (Garrison, 2001).

Las herramientas psicológicas que se utilizan están basadas en la comunicación, cuya práctica están enfocadas al desarrollo humano. El sistema está fundamentado en una serie de principios, el fundamental es "El ser

humano funciona perfectamente bien" (O'Connor y Seymour, 1992). A partir de allí desarrolla un conjunto de convenciones o acuerdos (podríamos llamarlos premisas), que funcionan en forma articulada.

Las herramientas psicológicas se basan en la observación y el "modelado" de la excelencia, con la convicción de que, si una persona tiene un logro, ese logro está acompañado de un "estado general" de la mente, el cuerpo y las emociones, que puede ser replicado modelando a esa persona.

Distintos autores dan, acerca de la mentira, una gran variedad de definiciones posibles. La mentira ha sido considerada generalmente como una manifestación consciente, voluntaria e intencional con el fin de lograr un objetivo externo claramente definido.

Esto ocurre cuando el individuo ya ha adquirido una estructura psíquica integrada o definida, ya que es importante recalcar, que la mentira en la infancia puede confundirse con la fantasía, o se puede decir que la mentira infantil es aparentemente involuntaria o inconsciente y sin un objetivo externo identificable.

Es por eso la importancia de este estudio, ya que uno de los objetivos principales es analizar la aplicabilidad del proceso terapéutico Gestáltico en el manejo de la mentira patológica de un adulto joven, en un estudio de caso.

Es de interés abordar el tema desde diferentes perspectivas teóricas para estar prevenidos frente a su aparición y poder comprender su significado en la clínica, tanto desde la normalidad como de la psicopatología; y diferenciarlo a su vez de otras patologías en donde la mentira aparece como un síntoma secundario. Así mismo, las intenciones son comparar, relacionar y diferenciar la mentira infantil de la mentira patológica en el adulto joven.

El hecho de que no exista en la actualidad demasiados trabajos que aborden sistemáticamente el tema de la mentira en la infancia y el desarrollo de esta en la adultez, es lo que ha incentivado a proponerlo. Con este trabajo se logrará ampliar su comprensión para que pueda ser utilizado por psicólogos y psiquiatras. El deseo es que con este trabajo se abran nuevos interrogantes motivadores para futuras investigaciones.

Esta investigación se divide en tres capítulos, que se encuentran estructurados de la siguiente manera:

El trabajo consta de un primer capítulo que relata el fundamento teórico, dando primeramente las pautas y aproximaciones acerca de la mentira, acercándonos a su definición, la evolución de ésta en las distintas etapas del desarrollo humano, posteriormente se verán los puntos claves de la enfermedad y el diagnóstico diferencial.

Se seguirá por conocer el manejo del proceso terapéutico gestáltico, así como las herramientas psicológicas que se aplicaran y las fases del proceso. Finalmente se verá la aplicación del MMPI-2 para el manejo del diagnóstico diferencial.

El segundo capítulo se refiere al aspecto metodológico. Teniendo como objetivo general la aplicabilidad del proceso terapéutico Gestáltico en el manejo de la mentira patológica en el adulto joven, en un estudio de caso. Se hace un planteamiento del problema con sus respectivas preguntas de investigación, así como la importancia del estudio.

Posteriormente se analizan los ejes temáticos. Se hace referencia a una teoría metodológica en la cual se aborda un enfoque de investigación cualitativa. Así mismo se establecen los participantes, tanto el paciente, estudio de caso, así como el investigador. Se utiliza las siguientes técnicas de recolección de datos:

la historia clínica, aplicación de herramientas psicológicas, sesiones con el paciente, aplicación del MMPI – 2 (español). Finalmente se presentan los resultados, con su correspondiente discusión.

Finalmente el tercer capítulo comprende la discusión y conclusiones del trabajo y por último se presentan las limitaciones, sugerencias, referencias y anexos de este trabajo.

## **JUSTIFICACIÓN**

La realización de esta investigación está enfocada principalmente a hacer conciencia de la importancia que tiene la detección de la mentira en los procesos terapéuticos. Así, esta investigación está enfocada a presentar un estudio de caso, donde se pretende analizar la aplicabilidad del proceso terapéutico gestáltico en el manejo de la mentira patológica en el adulto joven.

Todo ello parte de las múltiples estadísticas de sujetos que han aprendido a desenvolverse en su entorno a través de la mentira, desencadenando diversos trastornos de la personalidad, a raíz de dichos sucesos y dándose cuenta del problema planteado, se considera que si no se llegara a tratar a tiempo la mentira y de la manera más correcta, éste puede llegar a tener complicaciones más severas en la personalidad.

Otro punto importante, es que si no se aprende a manejar la mentira en los procesos terapéuticos, se corre el riesgo de hacer que el paciente crea que mentir es una manera de sobrellevar la vida y resolver los conflictos que se tengan, ya que de alguna manera si no se detecta a tiempo la mentira el terapeuta puede estar reforzando esta conducta.

Dicho trabajo busca señalar la importancia de acudir con especialistas para lograr que el individuo pueda resolver la problemática que lo ha llevado a mentir compulsivamente, ya que el mentir de esta manera lleva al individuo a ser rechazado por los demás y por ende a presentar complicaciones en las diversas áreas de su vida.

## **1. MENTIRA PATOLÓGICA EN EL ADULTO JOVEN**

### **1.1. DEFINICIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE MENTIRA**

Para poder entender la mentira en la etapa del adulto joven y el manejo de ésta en proceso terapéutico gestáltico, es importante empezar por una definición y concepción de lo que es la mentira, así mismo como es el desarrollo de la misma y las motivaciones internas y externas que llevan a los individuos a utilizarla tanto en su aspecto normal como patológico.

La mentira y el desarrollo de ésta hasta la edad adulta es un fenómeno universal, ya que se presenta en todos los individuos, esto es lo que ha motivado al estudio de esta investigación.

Sin embargo, en la bibliografía especializada existen escasos trabajos sobre este tema y de hecho no se han encontrado demasiadas posturas teóricas que den cuenta de la mentira como manifestación aislada de otros fenómenos.

A pesar del acotado material bibliográfico acerca de la mentira, es necesario hacer una aproximación a sus orígenes y conocer su evolución. Es por esto el interés que despierta la importancia de crear líneas de investigación para un desarrollo posterior de lo que es la mentira patológica y como detectarla y manejarla en psicoterapia con un enfoque gestáltico.

Para iniciar con esta recopilación bibliográfica, es de suma importancia empezar con una construcción del concepto a cerca de lo que es la mentira, principalmente se mencionaran algunas definiciones de diversos autores para posteriormente crear un concepto más amplio, esto permitirá hacer un acercamiento a los orígenes de ésta y el desarrollo en los individuos, y saber cómo se inicia la mentira desde la infancia.



Algunos autores entienden por mentira como una declaración realizada por alguien que cree o sospecha que es falsa, esperando que los oyentes le crean, así mismo, conlleva un objetivo particular externo definido (Ferré, 1999, p. 472).

La real academia de la lengua española, (1982), menciona que la mentira es el discurso contrario a la verdad, es una afirmación de lo que se sabe que es falso.

Pero desde hace muchos años la verdad y la mentira ha sido el estudio de filósofos, religiosos, políticos, psicólogos, etc. Algunos de los estudiosos más destacados sobre el tema de la mentira, desde un enfoque filosófico encontramos a Santo Tomás Moro (citado por Bouyer, 1986, P.91) quien dice que, la mentira es una palabra o signo por el que se da a entender algo distinto de lo que se piensa, con intención de engañar.

Podemos inferir dos elementos que integran el concepto de mentira el primero es la inadecuación entre lo pensado y lo exteriorizado, y la segunda es la intención de engañar.

Nótese que la mentira no es la falta de adecuación entre la palabra y lo real, sino entre la palabra y lo pensado por el mismo sujeto. Así, una sentencia puede ser una mentira, si el interlocutor piensa que es falsa. Mentir es decir una mentira. Mentir implica engaño intencionado.

Dadas algunas definiciones se llega a la concepción de que la mentira se puede considerar como una manifestación consciente, voluntaria e intencional con el fin de lograr un objetivo externo claramente definido.

Pero es de importancia recalcar que esto ocurre cuando el individuo ya ha adquirido una estructuración completa de la psique, ya que la mentira en la

infancia puede confundirse con la fantasía, o podemos decir que la mentira infantil es aparentemente involuntaria o inconsciente y sin un objetivo externo identificable hasta cierta edad.

Al hacer indagaciones e investigaciones sobre la mentira, hay que percatarse de que la aparición de la mentira en el niño y la evolución, se pueden observar posiciones complementarias como menciona autores tales como Nunberg, (1980, p.181) que considera a la mentira como un comportamiento frecuente pero visto desde una postura conductual y fisiológica.

Vale aclarar que ésta recopilación de información abordará con especial énfasis la mentira, donde principalmente se hace un enfoque en la aparición y evolución sin una intención consciente aparente, para luego hacer una introducción en el aprendizaje de la mentira consciente e intencional, de manera que se entienda el funcionamiento y cuál es su proceso evolutivo, haciendo una descomposición completa de este tema, para entender todas sus partes y llegar a una mayor comprensión.

Así mismo, es importante aclarar como en un principio el infante miente dado que es un proceso evolutivo, pero también se profundizará sobre el aprendizaje de este fenómeno, como es que el niño a través de la conducta aprende a mentir de una manera perniciosa y como algunos individuos en la etapa adulta mienten de manera patológica y hasta con tintes perversos.

Al ir haciendo la revisión bibliográfica, algunos autores como Nunberg (Op.cit., p.183) se han referido a la mentira como un fenómeno frecuente y hasta característico en los niños, ya que se estima que muy probablemente todos los niños mientan, aún cuando no dejaban del lado la parte de la fantasía, la mayoría creen que los niños mienten.

Ajuriaguerra, (1972, p.662) reconoce que el engaño forma parte de la evolución del niño, y como tal se menciona que es un proceso que todo individuo lleva a cabo en los primeros años de vida, incitado principalmente por las angustias internas, así mismo, se piensa que el ambiente influye mucho en el desarrollo de la mentira y el descubrimiento como tal de la misma.

Haciendo referencia a esta premisa otros autores como Dupré Y Porot (citado por Nunberg, 1980, p.184) han hecho una comparación de la mentira en la infancia con un comportamiento fisiológico, de ahí surge la conocida frase de “mente como respira”, con esta frase se intenta puntualizar con la frecuencia que los niños mienten, pero particularmente y como se ha especificado, esto nos revela a la vez que la mentira cumple una función vital en el individuo, principalmente en el infante, ya que los niños adquieren experiencias tempranas en conjunto con la fantasía.

La importancia de estos autores es que son tajantes en ver a la mentira meramente como un comportamiento fisiológico, pero no por eso menos importante, sin embargo es importante mencionar y dar a conocer las posturas que existen con la finalidad de que cada individuo conozca las teorías que se generan para que se puedan hacer nuevas investigaciones o simplemente conocer del tema e involucrarnos más en estos procesos, que son tan importantes en el individuo y por tanto de vital importancia para los profesionales que se dedican al cuidado integral de la salud tanto física como mental.

Si nos remontamos a los procesos terapéuticos en los infantes, se ha comprobado que en el discurso de los niños se manifiesta la mentira, aunque es más propio decir que se manifiestan sus deseos fantásticos o ideas envueltas en la fantasía.

Freud, (1973, p.92) menciona que no debería esperarse veracidad en el discurso de los niños durante el tratamiento psicoterapéutico, ya que en la mayoría del discurso de los niños se encuentran sus deseos fantásticos, pero también en algunos la mentira.

Al pensar entonces, en la gran relevancia que este fenómeno representa en la clínica, surge esta pregunta ¿Por qué si la mentira es tan frecuente en la infancia y a lo largo de toda la vida, hay tan pocos trabajos teóricos que den cuenta de ella? A lo que se cree que esto se da por la divergencia entre la presencia permanente de mentiras en los tratamientos y la poca dedicación teórica que ha recibido el tema, entonces esto provoca una incongruencia que tiene consecuencias negativas en la práctica de la psicología clínica.

Por un lado, puede haber terapeutas que tomen las mentiras como simples fantasías en los infantes o resistencias en los adultos y le resten importancia a la formación de la mentira como tal en etapas tempranas del desarrollo, por el otro los que la consideren como un fenómeno severo y desadaptativo con una finalidad de dañar o engañar deliberadamente.

Sin embargo, se propone que hay que tener en cuenta que la mentira según las diferentes etapas evolutivas, la intensidad y su frecuencia, pueden ser tratadas desde ambas modalidades, esto es detectar si el infante está proyectando sus deseos fantásticos o si el niño está mintiendo para ocultar algún problema al terapeuta, ya sea que esté viviendo algo frustrante o desagradable en el seno familiar, en la escuela, etc.

Por eso es tan necesario que los terapeutas conozcan este fenómeno con mayor detenimiento y profundidad.

## **1.2. MENTIRA EN LA ETAPA DEL ADULTO JOVEN**

### **1.2.1. DESARROLLO HUMANO DEL ADULTO JOVEN**

Para poder entender la mentira y el desarrollo de esta en el adulto joven, es esencial empezar por el desarrollo humano de ésta etapa en su aspecto normal para después poder entender su aspecto patológico. Esta etapa comprende aproximadamente de los 18 o 19 años hasta los 25 años (Salinas, 2003, p.18).

Para poder entender el desarrollo humano del adulto joven, hay que entender cuáles son los cambios por lo que atraviesa el individuo, tanto sociales, psicológicos, familiares, cognitivos y vocacionales.

Es la etapa en la que el individuo se encuentra más tranquilo con respecto a lo que fue su adolescencia, aunque todavía no ha llegado al equilibrio de la adultez. El adulto joven es capaz de orientar su vida y de ir llegando a la progresiva integración de todos los aspectos de su personalidad.

Si el proceso es normal y satisfactorio, las áreas de desarrollo son las siguientes y evolucionan de la siguiente manera (op.cit., p.19):

- En el campo del conocimiento: El joven es más reflexivo y más analítico. Es la mejor época para el aprendizaje intelectual, porque el pensamiento ha logrado frenar cada vez más los excesos de la fantasía y es capaz de dirigirse más objetivamente a la realidad.

Tiene ideas e iniciativas propias, pero no deja de ser un idealista; sus ideales comienzan a clarificarse. De ahí nace el deseo de comprometerse.

- En el aspecto moral: Los valores empiezan a tener jerarquía en la que predomina la justicia y es capaz de distinguir lo prioritario y lo urgente. Rechaza la imposición, no con agresividad sino con una sana rebeldía.

Asume una conciencia propia de sus actos y les da el valor moral que les corresponde.

Su desarrollo puede desembocar en la autonomía y entonces sabrá integrar a sus convicciones personales los valores presentados por la sociedad, la religión, el grupo y el ambiente de trabajo o de estudio.

Pero también puede desembocar en la dependencia, entonces será arrastrado por lo que los otros quieren o desean, será como un barco sin anclas en el que las olas le harán bailar hasta que la primera tempestad le haga naufragar. Nace en el joven el concepto de bien y de mal.

- En el ámbito vocacional: Es el momento en el que el joven se orienta hacia una profesión, hacia el mundo del trabajo, todo se concretiza en el "Proyecto de la Existencia".

Ese proyecto es el conjunto de valores en el que él adulto joven crece, le da una orientación a la propia vida y lo orienta dinámicamente hacia el futuro.

Puede el joven desviarse escogiendo un proyecto consumístico, egocéntrico; un proyecto válido ha de tener en cuenta el hecho fundamental de la existencia, las convicciones religiosas, el compromiso. Todo esto supone una opción inteligente y libre.

En esa medida será una opción que responda al hecho fundamental de la existencia: "ser para el otro" será una opción de amor.

- En la vida afectiva y sexual: Mirando hacia atrás, un joven se ríe de sus fracasos sentimentales, porque empieza a descubrir lo que es realmente el amor.

El joven varón, luego de sentirse atraído por el físico de las chicas y por las chicas que llenaban determinadas cualidades, ahora necesita amar a una sola persona con quien proyectar posteriormente una comunidad de vida.

La joven deja de soñar en su príncipe azul, para aceptar un muchacho como es, e iniciar un diálogo de amor auténtico. El amor ya no es para él o para ella un simple pasatiempo, una necesidad social, un escape, una compensación, sino un compromiso serio y respetuoso con la persona a quien ama.

Todo esto implica que el joven es ya dueño de sí, controla sus impulsos y así se desempeña oportunamente.

- Su socialización: Frente a los demás, el joven actúa responsablemente, es decir, haciendo uso de su libertad es capaz de responder de cada uno de sus actos, de tener conciencia de lo que dice y hace en orden a la realización del proyecto de vida.

Esto significa que el joven:

1. Asume la vida como tarea.
2. Es consciente de su solidaridad con los demás.
3. Está convencido que su vida es para los demás.

4. Está abierto a nuevas responsabilidades.

- Desarrollo religioso del joven: En el joven se verifican profundas transformaciones en el pensamiento religioso. Así, el joven fundamenta críticamente la religión con mayor base motivacional, pero también puede acentuar su crítica sobre determinadas formas institucionales que se oponen al ideal de un pueblo de Dios en marcha.

Para algunos jóvenes la visión religiosa del hombre y del mundo puede servir de soporte a la autonomía moral. A las antiguas motivaciones de origen parental (es malo porque está prohibido por los padres) o de rigen social (es malo porque está prohibido por el grupo o la sociedad) se sustituye la nueva motivación racional y religiosa (es malo porque está contra el orden establecido por Dios para la realización del hombre). En esta época se presentan las dudas religiosas.

Aquí hemos de distinguir entre una duda positiva y otra negativa. La duda positiva es de la persona que busca una más grande verdad, desarrollando una función de ulterior maduración.

La duda negativa, en cambio, es síntoma de una personalidad religiosa en crisis fruto de un pasado religioso harto de dificultades. El adulto joven al ingresar a la universidad o a un centro de estudios superiores, se encuentra con una serie de ideologías que pretenden dar una explicación exhaustiva del hombre y del mundo. Frente a este fenómeno el peligro es el de querer relativizar todo.

Ahora después de ver el desarrollo normal del adulto joven, para poder entender la mentira patológica en la etapa adulta y del adulto joven, es necesario hacer una pequeña recopilación del desarrollo y evolución de la mentira, mediante un cuadro comparativo del desarrollo de la mentira en la



etapa infantil, en la etapa de la adolescencia y en el adulto para poder entender la normalidad de la mentira y posteriormente pasar a su cuadro patológico, por lo que se presenta el siguiente cuadro:

ETAPA	INFANTIL	ADOLESCENCIA	ADULTA
EDAD	NAC. – 12 AÑOS	12 – 19 AÑOS	19 – HASTA LA MUERTE
<b>C A R A C T E R Í S T I C A S</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el momento del nacimiento se da la primera alucinación primaria.</li> <li>• La aparición de la mentira se vuelve inseparable de la edificación del sentimiento de identidad.</li> <li>• La mentira es inconsciente, ya que no lo hacen de manera pernicioso.</li> <li>• Los niños viven en un mundo paralelo que es el mundo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descubren que algunas mentiras pueden ser aceptadas en algunas situaciones.</li> <li>• La mentira conlleva algunas veces o la mayoría un fin pernicioso.</li> <li>• Obtener ganancias secundarias.</li> <li>• Pueden caer en el patrón de mentir repetidamente.</li> <li>• Mienten para satisfacer las demandas de padres, maestros y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miente para proteger la seguridad y evitar dolor a terceros.</li> <li>• Miente cuando no le queda otra alternativa y se ve amenazada su integridad psicológica.</li> <li>• Corre el riesgo de caer en una patología mayor, como la mentira patológica o el trastorno antisocial de la personalidad.</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>C A R A C T E R Í S T I C A S</b></p>	<p>imaginario y que se puede confundir con la mentira.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La actividad mítica disminuye a medida que el niño va creciendo.</li> <li>• La falsificación voluntaria de los hechos debe ser directa o indirectamente introducida desde afuera (Porot, 1977)</li> <li>• La verdadera mentira: después de los 6 o 7 años (Porot, 1977), ya que la razón, los valores sociales y la moral comienzan a</li> </ul>	<p>amigos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se miente para ocultar problemas de alcohol, drogas, etc. (Lecaros, 2007)</li> <li>• Mentir puede ser una costumbre del ambiente social, familiar, etc.</li> <li>• La mentira puede llegar a un autoengaño interno.</li> <li>• Se llega a mentir para llamar la atención.</li> <li>• Se miente por el orgullo herido.</li> </ul>	
---	--	--	--

	incorporarse en el sujeto. <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mentira es normal y saludable en los niños.</li> </ul>		
<b>O B J E T I V O S</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción y huir de lo restrictivo.</li> <li>• Ayudar a la evolución psíquica y a descubrir la no transparencia del pensamiento.</li> <li>• Formación del yo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteger su privacidad</li> <li>• Sentirse psicológicamente separados e independientes de sus padres.</li> <li>• Obtener algún beneficio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salvar su integridad psicológica.</li> </ul>

La Transición hacia la edad adulta es una etapa crítica del desarrollo durante la cual los jóvenes dejan la niñez atrás y toman nuevos papeles y responsabilidades. Es un periodo de transiciones sociales, psicológicas, económicas y biológicas, y para muchos jóvenes implica retos emocionales exigentes y elecciones importantes.

En mayor grado, la naturaleza y la calidad de las vidas futuras de los jóvenes dependen del éxito que tengan en la negociación a través de este periodo crítico.

A lo largo de esta etapa se dan cambios también importantes, que se van a concretar mayormente en el ámbito social (Osman, 1992, p.49). Se establece la pareja, llegan los hijos y además se entra en el terreno laboral. Estos junto a otros cambios físicos y psicológicos darán lugar de nuevo a una redefinición de la identidad.

Hombre y mujer, dentro de esta etapa fundamentalmente social, acentúan sus roles. La relación de pareja se estabiliza, garantizando a su vez el mantenimiento de los hijos.

Según algunos estudios con el paso de los años la actividad sexual disminuye progresivamente, pasando a ser el afecto, la comunicación, la estabilidad emocional y la fidelidad aspectos más valorados (Reedy, Birren y Schaie, 1981, P. 130).

Es importante recalcar, que así se lleva la etapa adulta cuando no existe una afección mayor en el aparato psíquico, pero si tenemos algún problema, como es en este caso la mentira patológica, que es la importancia de ésta investigación, las diversas áreas de la vida del individuo se ven afectadas.

Todos, en mayor o menor medida, por acción o por omisión, mentimos. Lo hacemos en la medida que no decimos lo que pensamos o que decimos lo que no pensamos o no sabemos, o incluso lo que sabemos incierto.

La pérdida de la espontaneidad es un proceso evolutivo cuyas etapas vamos consumiendo desde niños, conforme se asienta en nosotros la convicción de que la sinceridad no siempre es posible ni conveniente porque puede causar perjuicios al receptor de la comunicación, o al propio emisor.

Sería lógico pensar que a medida que el niño crezca y se ponga más en contacto con la realidad, irá desarrollando lentamente sus facultades de juicio y

de crítica, la actividad mítica disminuirá considerablemente y la imaginación se disciplinará para fines creadores y útiles.

Sin embargo y más allá de que haya muchos niños que cometan trampas sin arriesgar por ello su porvenir, otros tantos casos inducen a pensar que la evolución puede darse de maneras muy ambigua.

Laverde, (1986, p.194) sostiene en base a muchos estudiosos del self, principalmente del pediatra y psicoanalista inglés Winnicott, menciona que la mentira puede llegar a incorporarse en la personalidad total de forma rígida como sistema defensivo permanente constituyendo modalidades de "falso self", más o menos cercanas a la salud mental según la condición que permitan al "verdadero self" entrar en posesión de lo suyo o configurar un trastorno de la personalidad francamente patológica como es el caso de las modalidades del "falso self".

Todos los seres humanos engañan. El engaño es una función de defensa y una herramienta social necesaria. También sabemos que es universal, se da en todas las culturas y posiblemente ha existido en todas las épocas.

Con frecuencia la frontera entre la salud y la enfermedad es una amplia franja en la que hay dificultades para discernir si un sujeto padece una enfermedad psicológica o simplemente se halla en un extremo de la normalidad. Este es el caso de la mentira patológica.

Todos en algún momento mienten, unos más que otros, la diferencia radica en el bienestar emocional. Unos mienten por conveniencia, vergüenza, interés, respeto o necesidad; otros por piedad, desesperación o defensa.

Hay quienes lo hacen simplemente por gusto. Las mentiras crecen con nosotros y evolucionan junto con nuestra personalidad, a lo largo de nuestra existencia.

### 1.3. MENTIRA PATOLÓGICA

Después de revisar el desarrollo y evolución del individuo y de la mentira, es necesario presentar el aspecto patológico de la mentira para poder entender el comportamiento de los individuos que padecen esta enfermedad y así poder manejar la mentira patológica en el proceso terapéutico, en este caso en psicoterapia gestáltica con un adulto joven.

Menciona el psiquiatra Osaka (citado por Schneider, 1992, p.470) en psiquiatría no está tipificada como tal la mentira. Sólo contempla la pseudología fantástica o como últimamente se le conoce mentira patológica.

La sufre una persona que elabora una historia que no corresponde a la realidad, esto lo hace con la intención de satisfacer o de generar interés en otra persona. Se trata de un trastorno psiquiátrico, el único de esta rama de la ciencia.

Hoy en día son definidas por la psicología con nombre y apellido: mentiras patológicas. La mentira patológica suele ser la punta del iceberg; la manifestación de una personalidad patológica, trastornos psicológicos, problemas psiquiátricos, o la expresión de distintos conflictos o carencias emocionales.

En todo caso, lo que sí está comprobado científicamente, es que existen diversas modalidades de mentira patológica, asociadas a distintas personalidades o a trastornos psicoemocionales.

Una de ellas es la mitomanía (palabra falsa), que designa en un sentido amplio a las distintas formas de la tendencia enfermiza a contar mentiras o desfigurar la realidad, en un impulso que no se puede evitar.

En un sentido más restringido, la definición de mitómano suele aplicarse a la fabulación consistente en inventar largos y ricos relatos y explicaciones, en una especie de regreso a la concepción mágica del mundo de los primeros años de vida.

Algunos mentirosos patológicos son conscientes de su incapacidad para comunicarse con sinceridad, pero no pueden controlar su conducta; otros no perciben sus engaños y habitan en un mundo irreal. Todos pagan un alto precio por inventar, deformar y exagerar la verdad; viven "vidas de mentira", pobladas de fantasmas, malestar y problemas sin solución.

Dado que mentir no puede considerarse una enfermedad, la pseudología fantástica o mentira patológica se encuentra muchas veces en esa frontera en la que es difícil establecer su naturaleza de enfermedad. Según (Rabbateur, 2006) Fue descrito por primera vez como enfermedad por Delbrück en 1891, se trata de la expresión extrema de la mentira.

Habitualmente se entremezclan hechos reales con historias completamente falsas. El contenido de las mentiras suele referirse a la biografía del sujeto.

También hay un tipo de mentiroso patológico que fantasea sobre su historia clínica, su peripecia vital o sus andanzas políticas. El cuadro se relaciona frecuentemente con el síndrome de Münchhausen. Comparte con este síndrome el hecho de que el motivo de la mentira es inconsciente.

También se conoce a este cuadro con el nombre de mitomanía (Melián, 2004, p. 140), La iconografía describe la mentira como una mujer hermosa de rostro amable y gesto falso, con las manos terminadas en garras y un haz de paja en una de ellas en lugar de una antorcha, que indica lo fugaz de su reinado, una pierna postiza que la delata en sus movimientos, y acompañada de un tigre.

Se puede estudiar como un fenómeno patológico puro y también como una actitud comportamental.

Este autor menciona que la pseudología fantástica o mentira patológica, se caracteriza por elaboraciones complejas ordenadas a conquistar la estima de los demás y satisfacer su vanidad, llegando a adquirir gran habilidad y a identificarse con las fantasías; pero lo que suele comenzar como un juego puede terminar en manos de la justicia al incurrir en estafas o suplantaciones.

Es una actitud psíquica típica de personalidades primitivas, necesitados de estima, o de personalidades con desviación psicopática e histéricas. Pueden tener buen nivel intelectual y porte distinguido pero en ellos se aprecia una ficción continuada, como un actor identificado con su papel. Están más allá del fabulador.

La mentira, en el sentido de fingir, disfrazar, decir lo contrario de lo que se sabe, reclama intencionalidad y pide memoria para no ser descubierto por su inconsecuencia. Hay diferentes categorías (op.cit. p. 140):

- La mentira inocente, no se causa perjuicio.
- La mentira jocosa, se utiliza el chiste y es fácil captar su intencionalidad.
- La oficiosa, su fin es agradar o servir para alcanzar alguna utilidad propia o ajena, sin dañar al prójimo.
- En la mentira perniciosa, es cuando la intencionalidad es perversa (dañar a terceros).



Los mentirosos patológicos suelen ser lábiles emocionalmente hablando, esto es que son inestables y se transforman fácilmente en otro. Son personas que buscan atención por parte de los demás (Herald, 2006).

Con frecuencia adoptan roles protagonistas en situaciones en las que no se les espera. Solo cuando son el centro de las atenciones encuentran su clímax. Con frecuencia tienen una buena acogida en los lugares de trabajo o de reunión social, ya que con sus engaños atraen simpatías.

Con el tiempo el mentiroso patológico puede ser descubierto y rechazado, aunque se conocen casos de mentirosos patológicos con una gran habilidad que mantienen la atención de los demás a través de los años.

Un mitómano inteligente puede ser un político peligroso. No existe un motivo para que el mentiroso patológico mienta. No obtiene beneficios económicos ni de otro tipo, salvo la satisfacción de ser escuchado.

El interés de la persona que escucha satisface enormemente al mentiroso patológico y refuerza su comportamiento (Herald, 2006). Cuando el mitómano o mentiroso patológico es integrado en una organización por su poder de embaucar, el interés de la organización puede de alguna forma dirigir el contenido de las mentiras, que sin embargo el mitómano o mentiroso patológico dice por puro placer y mecanismo de satisfacción. Es decir, miente porque sí al servicio de sus líderes.

Puede observarse este comportamiento en las personas normales, en la vida cotidiana, pero también se asocia a psicopatología. Los trastornos psicóticos, las demencias y otras alteraciones cognitivas pueden ir acompañados de invenciones fantásticas.

Los mitómanos psicóticos pueden resultar útiles a los propósitos de las organizaciones por la credibilidad que transmiten y lo despiadado y exento de sensación de culpa que resulta el engaño.

#### **1.4. SIGNOS VERBALES Y NO VERBALES PARA DETECTAR LA MENTIRA**

Algunas herramientas psicológicas que emplea la psicoterapia gestáltica es poner atención tanto a la comunicación verbal como la no verbal, situación importante para la detección de la mentira, ya que si se pone la atención necesaria es posible detectar a un mentiroso patológico o a un individuo que recurre a la mentira, debido a que se siente amenazado.

Es importante darse cuenta y tener presente que el cuerpo siempre reacciona cuando siente una amenaza, y por esta razón es que los movimientos corporales, el tono de voz, etc. nos aportan información, que resulta favorable en el manejo de la mentira en proceso terapéutico gestáltico.

Los signos verbales y no verbales son los siguientes (González, 1996, p.35):

- Signos Verbales: Los deslices verbales (lapsus inconscientes), contradicciones en descripción de detalles específicos, frases como “esas preguntas no me hacen gracia”; responder a una pregunta inexistente evadiendo la pregunta real.

Quejas sobre el ambiente y sobre la entrevista; cuando se pide que repitamos la pregunta; cuando nos responden con otra pregunta; detenerse a la mitad de la oración; interrumpir; desviar el tema; disculparse frecuentemente; apelar mucho a Dios o a la madre; abusar de los siguientes

términos; honestamente, francamente, de verdad, créame, que me caiga un rayo si no, etcétera son signos que muestran posible engaño.

- Signos no Verbales: si mira al lado superior derecho el individuo está construyendo, es decir, cabe la posibilidad de que diga mentiras. Si parpadea demasiado (no confundir con un tic), si desvía la mirada (no confundir con timidez), si baja la mirada (no confundir con distracciones), si fija demasiado la mirada (no confundir con estrabismo), si se muestra ansioso, afecto inapropiado, expresiones falsas de emociones (sonrisas falsas, depresión falsa, etc.).

Si la persona se cubre el rostro consciente o inconscientemente con las manos u algún objeto (máscara, lentes, tela, etc.); si la persona se coloca deliberadamente de perfil; si la persona abandona la conversación intempestivamente; largas pausas entre palabras; ritmo respiratorio excesivamente profundo o superficial; tragar saliva.

#### **1.5. APLICACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS DE EKMAN: ORGANISMO DE UN MENTIROSO**

El doctor Ekman (1991, p.57), explica los cambios más significativos que se presentan en el organismo de un mentiroso, por lo general, quienes faltan a la verdad no pueden controlar ni esconder todas sus conductas.

Aspectos que deben tener presentes los terapeutas para manejar de manera satisfactoria la mentira tanto en su aspecto normal como patológico.

Aspectos fisiológicos que se deben tener en cuenta para la detección de la mentira (Op.cit., p.57):

- **Sonrisas asimétricas:** una sonrisa falsa suele ser asimétrica, sólo intervienen en ella una parte de los músculos de la boca y ninguno de los que rodean a los ojos: no se alzan las mejillas ni descienden las cejas.
- **Parpadeo incontrolado:** un mentiroso experto es capaz de mirar fijamente a las personas pero muy posiblemente no será capaz de controlar el parpadeo, que es un movimiento involuntario cuando se experimenta una emoción.
- **Movimiento de los músculos de la frente:** cuando mienten, muchas personas experimentan sentimientos de angustia, lo que provoca que las cejas se pongan en una posición oblicua (más elevadas en el centro), haciendo la forma de una V invertida.
- **Duración de las expresiones:** las expresiones faciales que duran más de cinco o diez segundos suelen ser falsas. Por ejemplo, un gesto genuino de sorpresa apenas supera las décimas de segundo.
- **Alteración del ritmo:** cuando se está fingiendo, los gestos no acompañan a las palabras, es decir, no hay congruencia. Por ejemplo, en un engaño verdadero los gestos violentos aparecen antes de hablar, mientras que un mentiroso suele esperar a terminar la frase para gesticular.
- **Gestos controlados:** se utilizan menos gestos cuando hay inseguridad en lo que se dice. La causa es que el mentiroso se da cuenta de que el movimiento nervioso puede ser considerado un principio de engaño y, al final, es su ausencia el agente delator.

- Pupilas dilatadas y excesivo lagrimeo: las pupilas se dilatan cuando hay excitación o agrado, y se contraen cuando nos disgustamos; aunado a lo anterior, las lágrimas son síntoma de satisfacción o irritación.
- Transpiración: la aparición de sudor es otro proceso regulado por el sistema nervioso y, aunque muchas veces aparece como reacción ante el calor o el esfuerzo excesivo, también puede ser consecuencia de una tensión emocional.
- Ruborización o palidez extrema: los cambios producidos en el sistema nervioso autónomo afectan a los vasos sanguíneos, de tal forma que aparece el rubor cuando se está confundido o avergonzado y, la palidez cuando se tiene miedo a ser descubierto. Ninguno de estos dos actos puede dominarse conscientemente.

## **1.6. DETECCIÓN DE LA MENTIRA BASADO EN MOVIMIENTOS CORPORALES**

Davis (1989, p.29), los emblemas tienen un significado preciso, conocido por todos dentro de un grupo cultural determinado, es lo que representa simbólicamente en este caso un gesto en un grupo determinado. Durante un engaño, los emblemas normalmente aumentarán más que de costumbre. Los emblemas no son universales, sino que su significado cambia según la cultura. Un ejemplo de emblema es el leve encogimiento de hombros.

Las ilustraciones o ademanes, por ejemplo, dibujar figuras en el aire, señalar e indicar la dirección o el tamaño de algo, normalmente serán empleadas menos que de costumbre durante un engaño.

La primera razón es una falta de apego emocional a lo que se está diciendo, la gente ilustra menos que de costumbre sus palabras cuando se siente indiferente, aburrida, ajena a la cuestión o muy entristecida. El entusiasmo o el interés fingidos pueden traicionarse en la falta de un aumento de ilustraciones que acompañen las palabras.

Las ilustraciones también se reducen cuando el individuo tiene dificultad para decidir lo que va a decir. Si alguien sopesa con cuidado cada palabra antes de decirla, no la acompañará con muchas ilustraciones (Op.cit., p.31). Por último, el cazador de mentiras debe ser más prudente en la interpretación de las ilustraciones que de los deslices emblemáticos.

Las manipulaciones con las manos, constituirían signos de incomodidad o molestia sólo en las situaciones más formales, cuando la gente que está con uno no le es muy conocida. De ahí que las manipulaciones no son signos válidos del engaño; pueden indicar los dos estados opuestos, la incomodidad y la relajación.

Por otra parte, los mentirosos saben que deben suprimir sus manipulaciones, y la mayoría lo consigue casi siempre.

Otro aspecto corporal, la postura, ha sido estudiado por diversos investigadores (Padrini, 1995, p.58), pero no han podido encontrar datos fehacientes de auto delación o de pistas sobre el embuste.

Aunque no hay que dejar pasar de lado que cuando una persona se reacomoda en un asiento o hace un movimiento de incomodidad ante una pregunta, respuesta o comentario que causa tensión es probable que nos aporte información corporal relevante si se une a otros gestos conductuales.

Finalmente, Para el manejo de los indicios de posibles mentiras aplicar lo que se crea oportuno y pertinente según la intuición y las estrategias psicoterapéuticas que se conozcan (Op.cit., p.58); confrontación, preguntas más específicas, no reforzar su respuesta, persuadir al paciente de que diga la verdad para que desarrolle una mejor psicoterapia, etc.

Es importante (Gregory, 2001, p.32) determinar el tipo de mentira, el tipo de destinatario y el tipo de mentiroso que tenemos como paciente para encuadrar los indicios de los patrones obtenidos.

Las mentiras fallan por las siguientes razones (Ekman, 1991, p. 62):

- Por el pensamiento mal planeado.
- Porque es común que el mentiroso no sea tan sagaz como para anticipar todas las preguntas que pudieran hacérsele o para meditar sus respuestas.
- Por no saber ocultar o fingir las emociones a través del lenguaje corporal.
- Porque las personas no escogen deliberadamente el momento en que sentirán una emoción.

Por el contrario, lo común es que vivencien las emociones como algo que les sucede pasivamente y, en el caso de las emociones negativas, contra su voluntad. Las diferencias de nacionalidad y cultura pueden oscurecer la interpretación de los indicios no verbales.

## 1.7. PAPEL DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Las personas son capaces de inhibir gran parte de sus signos faciales, en tanto que el funcionamiento del SNA (Sistema Nervioso Autónomo) está mucho menos sujeto a la propia censura.

En un experimento relacionado por el equipo de Ekman (1991, P. 67), se obtuvieron sólidas pruebas de que la actividad del SNA no es la misma para todas las emociones. Las alteraciones en el ritmo cardíaco, la temperatura de la piel, y el sudor (que son las tres únicas variables que se miden) no son iguales.

Algunas de las alteraciones provocadas por el SNA son fácilmente falseables. Cuesta ocultar los signos emocionales presentes en la respiración o en el acto de tragar saliva, mientras que falsear esos mismos signos no exige un adiestramiento especial; basta respirar más agitadamente o tragar saliva más a menudo, (Op.cit., p. 68).

El sudor es otra cuestión; cuesta tanto ocultarlo como falsearlo. Un mentiroso podría recurrir a la respiración y al acto de tragar saliva como medio de transmitir la falsa impresión de estar sintiendo una emoción negativa, sin embargo, una suposición es que pocos lo hacen.

También se pensaría que un mentiroso podría aumentar el número de sus manipulaciones para parecer incómodo o molesto, pero es probable que la mayoría de los mentirosos no se acuerden de esto. Precisamente la ausencia de estas manipulaciones, fácilmente ejecutables, puede traicionar la mentira que se esconde en la afirmación convincente en todos los demás aspectos de que uno siente miedo o congoja.



## **1.8. PRECAUCIONES AL INTERPRETAR LOS INDICIOS CONDUCTUALES DE LA MENTIRA**

Las precauciones que deben tomarse al interpretar indicios conductuales del engaño o mentira son de gran importancia, ya que un error puede llevar a que el terapeuta elabore un diagnóstico erróneo, o no lleve un proceso adecuado en relación a las necesidades del paciente.

Las precauciones que deben tomarse son los siguientes (Ekman, 1991, p. 68):

- Error de Otelo: da origen a errores de incredulidad, en el que se incurre cuando se pasa por alto que una persona veraz puede presentar el aspecto de una persona mentirosa si está sometida a tensión (op cit. , p.69).

Un individuo sincero tal vez tema que no le crean, y ese temor puede confundirse con el recelo a ser detectado que es propio de un mentiroso.

Hay sujetos con grandes sentimientos de culpa sin resolver acerca de otras cuestiones, que salen a la superficie toda vez que alguien sospecha que cometieron una falta; y estos sentimientos de culpa pueden confundirse con los que siente el mentiroso por el engaño en que está incurriendo.

Por otra parte, los individuos sinceros quizá sientan desprecio por quienes los acusan falsamente, o entusiasmo frente al desafío que implica probar el error de sus acusadores, o placer anticipado por la venganza que se tomarán: y los signos de todos estos sentimientos pueden llegar a asemejarse al “deleite por embaucar” tan propio de algunos mentirosos.

- Riesgo de Brokaw: No tener en cuenta las diferencias individuales en la conducta emocional. Ya que se necesita saber si un probable signo de

Éstos últimos se producen a raíz de que ciertas personas, simplemente, no se equivocan nunca al mentir; y no es de referirse únicamente a los psicópatas sino también a los mentirosos naturales, así como a quienes emplean la técnica teatral de Stanislavski o por algún otro medio logran creer en sus propias simulaciones o engaños.

El terapeuta debe recordar que la ausencia de un signo de engaño no necesariamente es prueba de veracidad. La única manera de reducir los errores que obedecen al riesgo de Brokaw es basar la propia opinión en los cambios que presenta la conducta del sospechoso.

Al detectar las mentiras se debe comparar el comportamiento habitual del sospechoso con el que muestra en el momento en que se sospecha de él. Es probable que se desanime en una primera entrevista ya que no tiene ningún criterio de comparación, no ha tenido oportunidad de observar un cambio en el comportamiento.

## **2. DIAGNÓSTICO DE LA MENTIRA PATOLÓGICA**

### **2.1. PUNTOS CLAVE DE LA ENFERMEDAD**

Después de haber visto el desarrollo de la mentira y ver las especificaciones de la mentira patológica, para un buen tratamiento en el proceso terapéutico gestáltico es de suma importancia hacer un buen diagnóstico diferencial, ya que

como se ha mencionado, la mentira patológica puede ser un síntoma secundario de una patología, lo cual volcaría el tratamiento a ser desarrollado de manera diferente.

Herald (2006), menciona que se caracteriza el cuadro porque el sujeto hace grandes y extensas invenciones. Pueden abarcar cualquier aspecto de la vida pero son fundamentalmente biográficas. Puede ser empleado cualquier acontecimiento vital mínimo, que se adorna hasta desdibujarlo.

El contenido de las mentiras es desproporcionado para cualquier finalidad o ventaja para el sujeto. Las mentiras del mentiroso patológico crean una nueva y falsa identidad. Con el tiempo el propio sujeto llega a creer sus mentiras. Es típica la sensación de que vive sus propias invenciones.

La mentira es una característica axial o el eje de la vida del mentiroso patológico que persiste a lo largo de su vida. La biografía verdadera pasa a ser olvidada y sustituida por los engaños inventados.

Menciona Reyes (citado por Goncebat, 2007) las mentiras forman parte del desarrollo y aprendizaje infantil, como estrategia para evitar castigos, conseguir recompensas, reforzar la independencia de sus padres o crearse un mundo interior.

Después llega a ser una estrategia natural más de la comunicación humana, un "lubricante" social y a veces justificado, ante los posibles perjuicios de decir la verdad.

De adultos, todos hacemos nuestra particular lectura del mundo alterando la realidad, recurrimos a las mentiras de vez en cuando como estrategia para obtener, mantener o evitar algo o bien nos auto engañamos de modo inconsciente, olvidando selectivamente, negándonos a aceptar, proyectando

fuera de nosotros o tapando con razonamientos falsos, ciertos hechos que nos incomodan.

Pero mentir se vuelve patológico cuando la comunicación por medio de la mentira llega a formar parte de los hábitos personales y se utiliza dentro de una falsa normalidad. Además, la persona miente sobre cosas que podrían ser fácilmente verificadas y en las cuales decir una falsedad parece no tener una motivación obvia.

## **2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Algunas de las especificaciones para el diagnóstico diferencial preciso, es hacer una buena diferencia entre los fantasiosos puros y la pseudología fantástica.

Fantasiosos puros (Marietán, 1998, p. 396):

- Ensoñadores.
- Sus ensueños quedan en la fantasía o son verbalizados.
- Pero nunca se ejecutan.
- Sueñan despierto.
- A veces estados crepusculares psicógenos.
- Ausentes, distraídos.

Delbrück, 1891 (citado por Marietán, 1998, p.396). Da las siguientes características que presentan las personas con Pseudología fantástica, tipificándoles como una estructura de personalidad psicopática, presentando la mentira como síntoma secundario:

- Mienten con una determinada finalidad.
- La mentira tiene un carácter marcadamente activo.
- Vanidad.
- Necesidad de estimación.
- Aparentar más de lo que se es.
- Imaginación.
- Actividad.
- Placer por fabular.
- Obtienen beneficios materiales, pero como efecto colateral (diferencia con el farsante donde el beneficio material es lo importante).
- La expresión es fundamental:
  - a) por lo general amables y hasta encantadores.
  - b) modales agradables y distinguidos.

c) imprime seguridad a su porte.

En cuanto a si creen o no sus propias mentiras los mentirosos patológicos, se han encontrado opiniones diversas, Delbrück, 1891 (citado por Marietán, 1998, p.398), menciona que no es un delirio, ya que al ser descubiertos, los mentirosos patológicos abandonan su papel; por lo que también saben cuando abandonan el terreno de la realidad. En cuanto a la incidencia Tres hombres a una mujer y el 50 % mayores de 25 años y solteros.

El mitómano o mentiroso patológico (Schneider, 1992, p. 416) es un psicópata que deja que la fantasía se despliegue en la acción, esto es, el mitómano realiza o actúa su fantasía o mentira en el terreno de la realidad, se vale de su fantasía para modificar la realidad.

Mientras el fantasioso puro se contenta con su mundo de fantasía; el mentiroso patológico o mitómano, miente con determinada finalidad y la mentira tiene un carácter marcadamente activo, lleva adelante su mentira y trata de conseguir con ello algún fin, para lo que se requiere una enorme imaginación y una gran capacidad histriónica, son actores natos y de una gran calidad lo que hace que consigan cierto éxito.

Además es muy importante la forma en que se manejan, en general son personas muy cuidadosas de los lugares donde se mueven y ejercen su acción, tienen un manejo de lo verbal y de lo gestual que los hacen encantadores.

También es necesario hacer el diagnóstico diferencial con el histrionismo y la desviación psicopática o trastorno antisocial de la personalidad.

### 2.2.1. HISTRIONISMO

El término histriónico es similar al término histérico, éste no se utiliza por su connotación peyorativa. Las personalidades histriónicas tienen como rasgo fundamental de su carácter la búsqueda de atención exagerada, la demanda continua de apoyo, la necesidad insaciable de aprobación (Herald, 2006). Suelen ser muy emotivos, impresionables, sugestionables e influenciables.

Tienden a la teatralidad y la fantasía, no suelen tener un gran relieve en el terreno racional y sí en lo creativo e imaginativo. Tienen muy escasa tolerancia a las frustraciones y reaccionan a ellas de una manera muy intensa y dramática.

Valoran mucho la apariencia, son personas muy seductoras y atractivas que erotizan siempre las relaciones interpersonales.

Herald, (2006) menciona que las personas histriónicas exageran todo para llamar la atención, debido a alguna carencia emocional; para ellos la vida es como un gran escenario, donde tiene lugar una obra de teatro. Están más atentas a los sentimientos que provoca la realidad, más que la realidad misma.

Suelen emplear mentiras melodramáticas. Con mucha frecuencia las mentiras se asocian a distintas adicciones, como en el caso de los ludópatas (adictos al juego) o alcohólicos, que aseguran que han dejado atrás su dependencia, cuando no es cierto, y ellos mismo se lo creen.

Además, las personas narcisistas, que se profesan un exagerado amor a sí mismas y orientan sus energías hacia su propia persona y necesidades, suelen exagerar sus méritos para sobrevalorarse y ganarse la aprobación de los demás (Op.cit., 2006).

## 2.2.2. DESVIACIÓN PSICOPÁTICA O PSICOPATÍA

Herald (2006), ya sea considerada una enfermedad psicológica o un extremo de la normalidad, la mitomanía o mentira patológica es una conducta antisocial. La psiquiatría legal tiene continuos conflictos con los pacientes mitómanos que delinquen, normalmente para hacer diagnóstico diferencial con los delirios.

Si además el mitómano o mentiroso patológico es una autoridad, la dificultad es extrema, máxime si el mitómano es respaldado y usado precisamente por su habilidad para mentir.

Algunas veces puede confundirse el cuadro clínico con el delirio. La diferencia estriba en que en el delirio el enfermo tiene alterado el razonamiento y la percepción. El mentiroso patológico llega a creerse su mentira pero distingue la realidad de la fantasía. En el caso de delirio no existiría responsabilidad. Las enfermedades mentales ponen a prueba muchas veces la pericia de los profesionales.

La pseudología fantástica o mentira patológica padecida por los mentirosos patológicos es un ejemplo de enfermedad difícil de diagnosticar, en el caso de los líderes mitómanos, solo un acontecimiento muy flagrante puede hacer pensar a los votantes que su líder es un instrumento de una organización dada por su facilidad para la mentira.

MacKinnon (1975, p.274)La conducta es psicopática cuando la satisfacción de motivos básicos adquiere importancia dominante. Las funciones de control y regulación del ego son deficientes y el individuo busca satisfacción inmediata.

Los objetivos principales de la conducta psicopática, están en evitar la tensión que resulta cuando los impulsos no se satisfacen; evitar la ansiedad que aparece cuando la frustración es inminente. Cuando los mecanismos se



convierten en el modo principal de adaptación, hablamos de tipos de personalidad psicopática.

Estos pacientes muy probablemente presenten problemas de drogadicción, alcoholismo, perversiones sexuales, o inclusive de perversiones específicas, como son los del jugador patológico, criminalidad social; (MacKinnon, 1975, p. 275) pero si los impulsos específicos son menos obvios, u otros rasgos más salientes hablaremos de personalidades "inmaduras" e inclusive de estados limítrofes o seudoneuróticos.

Estos pacientes han adquirido patrones de conducta que sirven para satisfacer parcialmente sus impulsos, frenan su ansiedad y calman o satisfacen las demandas del superego.

Los rasgos del carácter psicopático, tienen por objeto asegurar la satisfacción de impulsos y proporcionar la seguridad y el alivio de tensión resultantes. El individuo solo ve a los demás personas como fuentes de peligro o satisfacción.

La mentira, para el psicópata, es una herramienta de trabajo. La mentira es desvirtuar la verdad ex profeso, con un objetivo "en mente", con el objeto de conseguir algo. La mentira siempre apunta a algo. Se miente para evitar un castigo, se miente para conseguir una recompensa, se miente para engañar a otro.

Detrás de la mentira siempre hay un rédito y esto lo diferencia de la fabulación, que también es una transgresión a la verdad, pero el psicópata utiliza la mentira por el mero hecho de satisfacer el ego.

El psicópata puede sortear todo tipo de normas, pero no el 100% de las normas, sino sería rápidamente detectado y eliminado del grupo. Puede sortear

las normas, la ley social, y convertirse en un delincuente, estafador o un revolucionario.

Puede no cumplir las leyes éticas, en general, de la sociedad o puede tener conductas sexuales como la prostitución, la homosexualidad y cualquier otro tipo de perversión.

Dentro de las alteraciones de la ética, está su particular relación con los otros seres humanos, el cual le permite utilizarlo a los otros como una cosa, como un objeto de intercambio o de utilidad. Esta cosificación es lo que explica, tal vez, llegar a torturar o matar al otro.

Hay distorsión en la forma de autoestimulación, por eso el psicópata a veces cae en la droga y el alcohol. Algunas conductas psicopáticas pueden parecer ilógicas (visto desde afuera), pero es perfectamente lógica para el psicópata. Son lógicas distintas, son sistemas de razonamientos distintos, códigos distintos y valores diferentes basados en necesidades distintas.

La conducta psicopática puede, ser a veces, de mucha inestabilidad frente a estímulos objetivamente pequeños (para el normal), o al revés, el psicópata puede permanecer con una conducta de mucha estabilidad, a pesar de las fluctuaciones del ambiente, es decir, puede permanecer sereno en situaciones que desestabilizan a la mayoría.

### **3. TEORIA DE LA GESTALT: UNA GUÍA METODOLÓGICA PARA EL MANEJO DE LA MENTIRA**

Una de las motivaciones principales por la cual se eligió el proceso terapéutico gestáltico para el manejo de la mentira en el adulto joven, fue por la gran

aportación de herramientas psicológicas para el trabajo terapéutico, ya que además de trabajar con el síntoma, mantiene presente y da mucha importancia a la sintomatología que presenta el cuerpo, además de trabajar con el problema actual, no descartando las vivencias del pasado.

Así, las herramientas psicológicas de la comunicación verbal y no verbal permiten detectar o acercarnos a la detección de la mentira patológica o la mentira utilizada como una defensa. De igual manera, los sistemas representacionales permiten al terapeuta darse cuenta de que tipo de comunicación maneja el paciente, de esta manera la empatía es mayor.

La metodología del proceso terapéutico gestáltico involucra cuatro fases que son (Garrison, 2001, p. 73):

- Fase de diagnóstico.
- Fase inicial.
- Fase intermedia.
- Fase final.

En cada una de las etapas se especifica la función del terapeuta, los objetivos tanto de contenido como estratégicos que se trabajan, las herramientas psicológicas que se utilizan y el resultado esperado.

La teoría de la Gestalt encuentra sus raíces encuadradas en el movimiento de la Psicología Humanista, la Psicoterapia Gestalt, recibe influencias así mismo de, la filosofía existencial y de la metodología fenomenológica.

Las Psicoterapias inmersas en este movimiento son llamadas “la tercera fuerza de la psicología”. Aun cuando difieren en su aplicación tienen elementos comunes (Op.cit., 2001, p. 75):

- Se enfocan en la experiencia de la persona.
- Enfatizan la responsabilidad y cualidades de cambio del ser humano.
- Se centran en los problemas y lo que significan para el ser humano.
- Su interés último es la dignidad y los valores humanos.
- Están interesados en el desarrollo del potencial de cada persona.

Los motivos auténticos del modelo humanista van de acuerdo con el interior de la persona. Esta concepción de la imagen humana, fue desarrollada por diversos autores, enfatizando el potencial personal de autotransformación, crecimiento y libertad, independientemente de las demandas biológicas o de la condición social (Garrison, 2001).

Los psicoterapeutas humanistas conciben a la persona como una unidad, self, Gestalt o todo. El self es un complejo agente en evolución que busca, selecciona, organiza estímulos y emite respuestas que están relacionadas indirectamente con el estímulo (DeCarvahlo, 1990).

En la Psicoterapia Gestalt, el self es un agente de cambio. Se refiere al sistema de contactos y a la forma de organizar la experiencia en el momento presente. Para esta orientación no es un objeto adicional de la psique, es un proceso de formación y destrucción de figuras, es más que una teoría de la psique, es un abordaje terapéutico eficaz, que lleva a una filosofía de vida donde prima la conciencia (darse cuenta), la responsabilidad de los procesos en curso y la

sabiduría del organismo para autorregularse, interactuando con el ambiente, para mantener el equilibrio.

### **3.1. ENFOQUE GESTÁLTICO DEL DESARROLLO DEL INDIVIDUO**

Este enfoque tiene amplia trayectoria en el ámbito de los adultos jóvenes y adultos en general. Su iniciadora y principal exponente es Oaklander (1980), quien retomó los supuestos de la Gestalt y desarrolló un modelo de terapia dirigido al desarrollo saludable del individuo, al funcionamiento armónico de sus sentidos, cuerpo, emociones e inteligencia.

Para esta autora, el individuo tiene que aprender a utilizar todos sus sentidos, primero para sobrevivir y después para aprender acerca de su mundo.

El individuo sano ejercita su cuerpo y sentidos para utilizarlos con habilidad; aprende a expresar sus sentimientos con congruencia, desarrolla su intelecto rápidamente y descubre el lenguaje como un medio para expresar sus sentimientos, necesidades, pensamientos e ideas.

Desde esta perspectiva, la salud se logra a través del desarrollo holístico constante y armónico de los sentidos, cuerpo, emociones e intelecto. Así el individuo confía en él y en su fuerza interior que lo lleva a la autorrealización y a adquirir un sentido de ser en el mundo (Oaklander, 1978).

Según Shub (1992), la trampa de los terapeutas de la Gestalt, es preocuparse demasiado por encontrar las figuras del presente y tratar de manera superficial los dilemas más complejos de los pacientes, descuidando la emergencia de los patrones generales que marcan el desarrollo que ha tenido el paciente hasta el presente.

El identificar y trabajar con estos patrones es importante, porque provienen del pasado del paciente y se repiten sin conciencia. Fueron aprendidos a través de la introyección de conductas, sentimientos, pensamientos, posturas ante la vida que no son cuestionadas, simplemente se aprendieron de los padres, se repiten en automático, aun cuando a veces no tengan razón de ser o vaya en contra de las necesidades, simplemente, la conducta introyectada es más fuerte que la razón.

Las personas cuentan con muchas horas de información y vivencias que han cincelado su ser, su yo, su personalidad y que tienen un efecto muy profundo en su salud física y emocional (García, 2003)

En el desarrollo infantil estos patrones están en formación, el niño adquiere un sistema de creencias acerca de sí mismo que conformará un patrón introyectado de comportamiento y manejo emocional que lo marcará de por vida. Este patrón se va perfilando a lo largo de las etapas de desarrollo.

Según Erikson (1976) el niño, al ir pasando por las etapas de transición, requiere de una guía adecuada que lo ayude a superar la crisis que marca cada etapa, si los padres cumplen con las tareas parentales requeridas y brindan una guía adecuada, permiten al niño tener un desarrollo ininterrumpido y la expresión de su organismo completo en lo físico, emocional, intelectual y social, ayudándolo a construir un fuerte sentido del self (Fernández, 2002)

El niño, paulatinamente va logrando su autonomía física, posteriormente su autonomía emocional, con el lenguaje expresa sentimientos, necesidades y deseos, satisfaciendo por sí solo algunos de ellos; con el tiempo logra comprender el punto de vista de otra persona sin perder el suyo propio, así diferencia sus pensamientos e ideas de los de los demás logrando su autonomía mental.

Por último se puede reconocer como un ser social ya que interactúa de manera constante con su entorno; inmerso en el mundo de los demás empieza a probar y practicar con sus relaciones.

Esta separación social en cuanto a crear su individualidad lo lleva a establecer una relación segura y de confianza con los demás, ya que le permite comprender las características de estas interacciones (Wilber, 1999).

Entre los seis y ocho años ya es capaz de reflexionar sobre sí mismo, posee una mayor conciencia de sí, que le permite ponerse en lugar del otro proporcionándole las bases para comprender sus experiencias de manera pluridimensional, no de manera unidimensional como en etapas anteriores (Wilber, 2001).

Antes de que el niño alcance estas edades, su pensamiento es de tipo egocéntrico (Piaget, 1999) siendo muy susceptible a tener creencias defectuosas de sí mismo. La interpretación que hace acerca de lo que está viviendo está influida por este tipo de pensamiento, llegando a creer que él tiene la culpa de lo que sucede en su familia.

Los padres, al cubrir sus necesidades, van perfilando la manera de expresarlas, reprimiendo las que consideran negativas y reforzando las positivas. En estas interacciones, el niño empieza a interrumpir y constreñir su crecimiento, cierra sus sentidos, contrae sus músculos, retiene la expresión de sus emociones y cierra su mente.

Todo esto en respuesta a las reacciones de los padres, durante este tiempo, se instalan muchos introyectos negativos como puede ser la mentira, el niño no tiene la capacidad aún de rechazarlos, no puede discriminar entre lo verdadero y lo falso acerca de él, los toma como propios y pasan a formar parte de él.

Se aleja de sus necesidades y emociones, buscando salidas alternas a través de síntomas o enfermedades, que son indicadores del conflicto interno que está viviendo el niño.

Aun cuando la psicoterapia Gestalt esté centrada en la experiencia presente, es importante contar con un modelo longitudinal que permita conocer las raíces de la problemática que está presentando el individuo. La Gestalt está basada en la teoría de la causalidad, se enfoca en las situaciones que suceden entre el organismo y su entorno.

Los problemas se presentan cuando se rompe el equilibrio de la satisfacción adecuada de las necesidades. Al romperse este equilibrio, el individuo deja de tener contacto auténtico con el medio o consigo mismo (Shub, 1992).

El conocer las raíces de este desequilibrio, cuándo empezó y cómo se dio, permite por un lado, hacer concientes a los padres de las situaciones que lo provocaron, adecuar las tareas parentales a la edad actual del niño y resolver las problemáticas emocionales consecuentes.

Por otro lado, rastrear las habilidades del individuo, dónde se detuvo su autonomía y en qué áreas. Así, la terapia se va encaminando a resolver la conflictiva (las figuras que sobresalen en el presente) y las habilidades detenidas por asuntos inconclusos, conflictos reales etc., (el fondo) que quedaron cristalizadas a consecuencia de esto.

Al hablar de un modelo longitudinal Shub (1992) se refiere a la guía del pasado y presente del paciente, que permite “planear” un proceso terapéutico más efectivo, mediante el cual el terapeuta sabe a dónde va, avanzando sistemáticamente integra cada vez situaciones más profundas, que permiten un progreso más rápido y efectivo del proceso terapéutico.



Así deja de caer en la trampa, de dar mayor atención a las figuras del presente y descuidar los patrones introyectados, que son la raíz de la problemática presente.

Se sabe que el éxito de la terapia empieza con el terapeuta, debe tener consistencia en su técnica y firmeza en sus convicciones, para abordar al individuo con confianza y seguridad (Axline, 1975).

Definitivamente los terapeutas que están aprendiendo este arte, necesitan una metodología que les indique a lo largo del proceso de la terapia, lo que necesitan hacer para guiar al individuo hacia la solución de su problemática, resolviendo conflictos y desarrollando habilidades, para ubicarlo con todos sus recursos en la etapa de desarrollo que está viviendo.

### **3.2. LA CONSTRUCCIÓN DEL ENFOQUE GESTÁLTICO**

El proceso se desarrolla en cuatro fases con características distintivas: en cuanto a la función del terapeuta, el trabajo terapéutico, las herramientas utilizadas y los objetivos a lograr.

En cada fase la función del terapeuta cambia con relación al abordaje del individuo: la manera de tratarlo, exploración de la problemática, la guía hacia el darse cuenta, el manejo del afecto y los límites.

Cambia también lo que se trabajará con el individuo: cómo explorar la problemática para obtener un perfil del individuo y su familia; cómo abordar su problemática, qué habilidades hay que desarrollar; cómo se resuelven los conflictos, cómo se guía al individuo hacia la toma de responsabilidad.

La metodología también es diferente en cada fase, la herramienta que se utiliza depende de lo que se pretende lograr. En cada fase se logra un resultado que preparará al individuo para la siguiente fase o para ser dado de alta de la terapia

La teoría del desarrollo se toma en cuenta en las cuatro grandes áreas que conforman el desarrollo del individuo: físico-sensorial, emocional, intelectual y social, y se le da un tratamiento integral. Éste proceso tiene que tener en cuenta, (Fernández, 2002):

- Los problemas emocionales: son tratados como alteraciones en el proceso de autorregulación del individuo que le impiden moverse en su desarrollo a través de períodos de desequilibrio, crecimiento y cambio, de acuerdo con las capacidades de cada etapa de desarrollo (Mortola, 2001).

Como asuntos inconclusos o habilidades cristalizadas que se fijan en algún momento del pasado del niño y que son la base del patrón conductual-emocional introyectado que determina el proceso de crecimiento del niño y que en el presente le impide funcionar como un ser completo (García, 2003).

El trabajo terapéutico se enfoca en la modificación de este patrón de este sistema de creencias e introyectos negativos (Fernández, 2002), cambiando conductas de sobrevivencia y no productivas por nuevas opciones que le producirán más satisfacción y mejores resultados (Oaklander, 1999)

- El individuo: es visto como un ser en constante cambio que busca adaptarse a su medio, donde las dificultades, limitaciones y realidad siempre están presentes, pero la manera de abordarlas cambia de acuerdo a los recursos y habilidades adquiridos por él durante la terapia.

Es tratado de manera holística, donde físico-sensorial (sí mismo físico - sensorial), (sí mismo emocional) emocional, (sí mismo mental) cognoscitivo y (sí mismo social) social no se ven como aspectos separados sino como diferentes actividades del Self que permiten establecer los límites de contacto del niño y su entorno para lograr diferenciarse de este último y adquirir su sentido de ser.

A través de esta metodología se guía al individuo a la solución de la problemática detectada en cada uno de los cuatros aspectos antes mencionados. Se promueve el darse cuenta y el pensamiento reflexivo en la búsqueda de soluciones adecuadas a su medio y se confía en el deseo innato del niño hacia la autorrealización.

- El contexto familiar: llevando con los familiares un proceso paralelo de trabajo terapéutico que les permita aprender alternativas sanas de relación, contar con habilidades para apoyar al individuo, que en su crecimiento y desarrollo, está en constante cambio en su búsqueda de adaptarse a su medio y conciencia para comprender y abordar las dificultades que siempre van a estar presentes.
- La metodología, incluye cuatro fases: diagnóstico, fase inicial, fase intermedia y fase final, en las que se atenderán cuatro áreas: Límites y fronteras del yo (trabajo con el self físico-sensorial), Manejo y Expresión de emociones (trabajo con el self emocional), Separación y Autonomía (trabajo con el self mental) y Relaciones Interpersonales (trabajo con el self social).

La primera fase incluye el diagnóstico, por medio del cual se detecta la problemática que se abordará mediante un plan, desde las cuatro áreas antes mencionadas para resolver los conflictos y carencias del niño en estas

áreas. Las otras tres fases incluyen el proceso terapéutico propiamente dicho.

- El terapeuta: es visto como un Yo auxiliar que es modelo, acompaña, guía y organiza lo vivido en el proceso terapéutico, llevando al individuo a experimentar nuevas formas de enfrentar los problemas, logrando un mayor grado de auto apoyo.

Pone en contacto al individuo con sus emociones en conflicto y le provee los medios para que las resuelva, alcanzando un mayor grado de fluidez emocional y garantía de salud psíquica. Promueve a través de ejercicios terapéuticos las relaciones interpersonales que ayuden a desarrollar las habilidades detenidas en el proceso de desarrollo.

### **3.2.1. FASE DE DIAGNÓSTICO**

En esta orientación se realiza un proceso diagnóstico que involucra entrevistas tanto con el individuo como con sus padres si es necesario. El diagnóstico es de tipo fenomenológico (abordar el objeto de estudio, el fenómeno, como experiencia concreta del hombre, tan libremente de presuposiciones conceptuales como sea posible).

En una orientación humanista “el diagnóstico ayuda al terapeuta a ser más preciso, discriminativo y coherente en la comprensión de la realidad particular y diferente de cada paciente individual y de cada tipo de paciente” (Yontef, 1995).

El diagnóstico permite hacer mejores conjeturas acerca del perfil del individuo. Permite determinar cuáles conflictos están presentes, cómo los experimenta,

cómo reacciona y piensa acerca de ellos y cuáles carencias provocan el atraso o cristalización de habilidades.

Con el diagnóstico se puede conocer la capacidad de darse cuenta de los padres, y se infieren las actitudes, pensamientos, formas de experimentar y sentir de los familiares que están contribuyendo a la conflictiva del individuo y a la detección de habilidades: sensoriales, emocionales, intelectuales y sociales. Se comprende al individuo y su contexto. A partir de éste se planea el proceso terapéutico.

Objetivos estratégicos: (Alianza terapéutica):

- Establecer el rapport con el paciente y sus padres si es que es necesario que acudan.
- Establecer el compromiso psicológico de participación.
- Explorar áreas de conflicto, (actitud diagnóstica).

Objetivos de contenido: (Trabajo Diagnóstico):

- Aplicar los instrumentos de medición: Historia Clínica, entrevistas, pruebas psicológicas, ejercicios directivos.
- Elaborar el Mapa primario: Diagnóstico fenomenológico de la situación del paciente su contexto (familia, escuela y relaciones sociales), se perfila el patrón conductual-emocional introyectado.

- Elaborar el Mapa de la terapia: Especificación de las habilidades a desarrollar y los conflictos por resolver de acuerdo a las carencias reflejadas en el mapa primario.
- Hacer referencia a un diagnóstico.
- Establecer el contrato psicológico de terapia.
- Planear el plan de trabajo: Se detalla el proceso terapéutico englobándolas cuatro áreas de la terapia.

#### Herramientas:

- Instrumentos de medición: Entrevistas, pruebas psicológicas, ejercicios directivos.
- Formato del Mapa Primario.
- Formato de los Mapas de la Terapia.
- Formato del Plan de Trabajo.

#### Resultado:

- Compromiso para el proceso terapéutico.
- Plan de acción (proceso terapéutico).

### 3.2.2. FASE INICIAL

Shub (1992), en su modelo longitudinal explica que en la fase inicial la mayoría de los pacientes inician con muy poca comprensión del proceso terapéutico y de su rol dentro de éste.

Los esfuerzos en esta etapa, deben encaminarse a desarrollar las habilidades de darse cuenta y contacto que les permitirán prepararse intelectualmente para entender su rol en la terapia y llevar su trabajo en un continuum de darse cuenta.

Se hace necesario que se asimile el estilo de trabajo y desarrollen habilidades de darse cuenta y contacto que permitan el libre fluir del proceso terapéutico.

Por un lado, asimila el encuadre y por el otro se le enseña a escuchar, describir su vivencia interna y externa, a tener mayor conciencia y movilidad corporal, a moverse, tocar y sentir con más profundidad y de manera más completa; a aceptar y expresar sus emociones y sentimientos sin temor a ser juzgado.

#### Objetivos estratégicos: (Relación terapéutica):

- Iniciar la atracción del paciente hacia la terapia, ayudándolo a él y a sus familiares si es que llegan a acudir o estar involucrados en el proceso a comprender la estructura y propósitos de la terapia (consignas, horarios, duración, reglas, contrato, estilo de abordaje, etc.).
- Fomentar la alianza terapéutica.
- Continuar con la exploración y conocimiento del paciente.

### Objetivos de contenido: (Trabajo Terapéutico):

- Iniciar el proceso de auto descubrimiento, al nivel de darse cuenta de los sentimientos y conductas (adecuadas e inadecuadas) de él y de los demás y poder describirlas.
- Contestar a las siguientes preguntas: ¿Quién soy yo?, ¿Quién eres tú? y ¿Qué estamos haciendo aquí?
- Trabajar la diferenciación (límites interpersonales) en las diferentes áreas de la psicoterapia: Límites y Fronteras del Yo; Separación y límites; Manejo emocional y Relaciones interpersonales.
- Encaminar el trabajo de acuerdo con el mapa de la terapia del paciente.

### Herramientas:

- Juego con enfoque terapéutico: Utilizado para desarrollar habilidades de darse cuenta y contacto.
- Ejercicios directivos (ejercicios impresos para trabajar con aspectos específicos: sentimientos hacia la familia, la percepción del maestro, la relación con los amigos, etc.).
- Procesos encaminados a trabajar con la diferenciación (dramatización y descripción).
- Herramientas y técnicas para recuperar proyecciones positivas y negativas a nivel superficial.



### Resultado:

- Organización del sensorio manifestado por una mayor claridad para describir, sentir, experimentar e interpretar las sensaciones vividas a través de sus sentidos, dándoles un significado y acciones acordes a las necesidades reales propias.
- Habilidad para describir el estado actual de su organismo. Hablar en primera persona de sus sensaciones y emociones, relacionándolas con su experiencia.
- Ampliar su habilidad de darse cuenta de sus emociones y de las de los demás, expresando sus necesidades reales.
- Habilidad para recuperar proyecciones a nivel superficial.

### **3.2.3. FASE INTERMEDIA**

Cuando se lleva un proceso planeado en el tiempo, en la fase intermedia el paciente se encuentra dispuesto a trabajar explorando y experimentando con sus sentimientos, conductas y partes rechazadas de su Self.

En la fase inicial el paciente descubre ¿quién es él?; en esta fase aprende ¿cómo expresa su Self en el ambiente?, las creencias introyectadas del pasado se manifiestan y se trabajan. Empieza a verse como es con más claridad y experimenta con nuevas formas de manifestaciones de su Self (Shub, 1992).

En el caso de adultos, el patrón conductual-emocional está formado. Al llegar a esta fase, se ha logrado una organización sensorial y emocional suficiente, que le permite darse cuenta de lo que siente su cuerpo, de reconocer y aceptar sus sentimientos ocultos, de relacionarlos con las situaciones y personas que se los provocan, de utilizar su lenguaje para describir lo que siente y expresar sus emociones, de utilizar sus pensamientos e ideas para encontrar formas más saludables de satisfacer sus necesidades. Está listo para trabajar con sus conflictos.

Es aquí donde las técnicas, herramientas y los procesos se encaminan a trabajar con la emociones en conflicto, con las introyecciones negativas, con la integración de sus polaridades, con las partes rechazadas del Self.

Objetivos estratégicos: (Relación terapéutica):

- Fortalecer la alianza terapéutica, incrementando los sentimientos de confianza.
- Fortalecer el respeto y capacidad de escucha del paciente.
- Fortalecer la tolerancia a la frustración, las buenas relaciones y la capacidad para expresar pensamientos y sentimientos.
- Introducir la confrontación y frustración en el trabajo terapéutico, cuando sea necesario.
- Desarrollar el pensamiento reflexivo del paciente, guiando su intervención a lo largo de las sesiones hacia la ampliación del darse cuenta para la comprensión de las situaciones que vive, de las conductas ineficientes y sus consecuencias, guiándolo hacia maneras alternativas de respuesta para lograr conductas socialmente efectivas; en los cierres terapéuticos aparte de

lo anterior, guiarlo hacia la transferencia del aprendizaje en acciones que sean efectivas para él en su medio ambiente.

Objetivos de contenido: (Trabajo Terapéutico):

- Llevar el autodescubrimiento (pensamientos, sentimientos, experiencias, lenguaje verbal y corporal, etc.) a un nivel más profundo.
- Llevar al paciente a aceptar sus partes buenas y malas y las de los demás.
- Llevar a la toma de responsabilidad de sus sentimientos y conductas y de lo que provoca en el exterior con esto.
- Llevar a darse cuenta de sus conductas ineficientes, de las consecuencias y a encontrar maneras alternativas de respuesta emocional, conductual y social efectivas.
- Guiar el proceso de terapia al desarrollo de las habilidades de acuerdo con el mapa de la terapia del paciente.
- Resolver los conflictos identificados en el mapa primario y de la terapia (asuntos inconclusos, Gestalt inacabadas, conflictos reales).
- Desarrollar el autocontrol, la toma de decisiones, la capacidad de resolver problemas y formas adecuadas para expresar sus emociones.
- Fortalecer el pensamiento reflexivo en el aprendizaje y acciones llevadas a cabo fuera de la terapia.

### Herramientas:

- Herramientas psicológicas con enfoque terapéutico.
- Procesos encaminados a trabajar con polaridades.
- Procesos encaminados a la recuperación de proyecciones positivas y negativas y/o a la resolución del conflicto, utilizando las Técnicas de Recuperación de Proyección y/o Diálogo.

### Resultado:

- Resolución de los conflictos manifestados por el paciente.
- Habilidad para expresar sus emociones negativas y positivas acordes a sus necesidades y por vías aprobadas socialmente; y para aceptar las emociones de los demás.
- Mayores habilidades emocionales, manifestadas en una conducta más integrada y adaptada al medio.
- Capacidad de darse cuenta que le permite ser consciente de las situaciones que provoca en el ambiente, de expresar ideas y pensamientos propios, de tomar decisiones acordes a sus necesidades, deseos, gustos y preferencias, y de aceptar con mayor responsabilidad y menor problemática las obligaciones que le corresponden.

### **3.2.4. FASE FINAL**

En la fase final, el motivo de consulta ha desaparecido (tal vez hace tiempo), el paciente demuestra un Self fuerte con fronteras bien delimitadas, su comportamiento es más completo, se acepta, negocia y establece buenos contactos con su entorno y las personas que lo habitan.

Es la fase de interiorización del avance terapéutico en la que el paciente incrementa su atracción hacia apoyos externos a la terapia, es consciente de sus avances y de su capacidad para actuar de manera autónoma, dejando abierta la posibilidad de regreso cuando así se requiera.

Se utilizan las últimas sesiones para poder recapitular sobre esto y trabajar en la despedida de su proceso y del terapeuta.

#### Objetivos estratégicos: (Relación terapéutica):

- Se incrementa la atracción del paciente hacia apoyos externos a la terapia.
- Hacer consciente al paciente del avance terapéutico.
- Proporcionar el tiempo suficiente para la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.

#### Objetivos de contenido: (Trabajo Terapéutico):

- Fortalecer los apoyos externos a la terapia.
- Guiar el proceso terapéutico hacia el cierre en las diferentes áreas de impacto en el paciente: Sí mismo, Familia, Relaciones Sociales y Escuela.

- Guiar el pensamiento reflexivo en el aprendizaje y las acciones hacia los logros tenidos en la terapia y hacia nuevas formas de enfrentar las situaciones venideras.
- Corroborar el desarrollo de habilidades, la resolución de los conflictos, con el motivo de consulta y los Mapas Primario para darle de alta.

#### Herramientas:

- Ejercicios directivos encaminados al cierre en las diferentes áreas problemáticas.
- Procesos encaminados a la práctica de los nuevos aprendizajes, a experimentar en fantasía situaciones futuras y formas de enfrentarlas.
- Procesos encaminados a la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.

#### Resultado:

- Desaparición del motivo de consulta. El cambio de la conducta del paciente se puede corroborar en la terapia y por reporte de los padres o maestros.
- Existen mayores apoyos externos de los cuales el paciente obtiene satisfacción y logros.
- Mayor capacidad para integrar y asimilar las experiencias y cambios a su propio crecimiento y madurez natural.

- Su habilidad de darse cuenta funciona a su favor, siendo consciente de su comportamiento y emociones, ve consecuencias y decide a favor de alternativas más sanas, mostrando una capacidad de mayor adaptación.
- Esta guía se utiliza para las dos modalidades, la individual y grupal. Para la aplicación grupal se cuenta con las especificaciones necesarias para su aplicación.

En resumen, la guía metodológica presentada pretende facilitar la formación y aplicación de esta psicoterapia en el manejo de la mentira de un adulto joven. Propiciando un trabajo sistemático que logre guiarse hacia el cambio del patrón conductual-emocional introyectado, que pueda acortar el tiempo de duración de la psicoterapia, al ser más directa en él su aplicación.

### **3.3. ALIANZA TERAPÉUTICA**

Weingerg (citado por Santibáñez, 2001) menciona que en términos generales, el concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en donde terapeuta y paciente trabajan juntos en armonía.

Este aspecto es lo que diferencia a la alianza terapéutica de la sola existencia de una relación paciente-terapeuta, en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico.

Sin embargo, los estudios no han sido concluyentes respecto a la naturaleza de la alianza terapéutica, ya que no se reconoce una teoría que pueda dar cuenta en forma única de dicho constructo menciona Bejarano y Romero (op cit. 2001).

En el intento por definir y sistematizar los elementos que componen la relación terapéutica, que resulten de mayor utilidad para el éxito de la terapia, la noción alianza terapéutica adquiere especial relevancia y ha sido objeto de estudio específico en la investigación sistemática en psicoterapia en los últimos años. Se ha constituido en tema de numerosas investigaciones y publicaciones de distinta índole (Santibáñez, 2001).

Aunque hay diversas definiciones del concepto de alianza terapéutica, las que han sido provistas por investigadores de distintas líneas teóricas, según Horvath y Symonds (citado por Santibáñez, 2001) existe un consenso general con respecto a que, la alianza terapéutica recoge el elemento colaborador de la relación entre paciente - terapeuta y que toma en cuenta las capacidades de ambos para negociar un contrato apropiado para la terapia.

Gaston (Citado por Fuentes, 2004, p.79) diferencia cuatro aspectos independientes de la alianza:

1. La relación afectiva del paciente con el terapeuta.
2. La alianza de trabajo o la capacidad del paciente para actuar con propósito en la terapia.
3. La comprensión empática y el compromiso del terapeuta.
4. El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento.

Tras diversas formulaciones teóricas, años de investigación en psicoterapia y aun cuando no existe una definición única del concepto alianza terapéutica, hay autores que declaran que uno de los hallazgos más consistentes es que la



calidad de ésta es uno de los elementos más poderoso del éxito del tratamiento (Safran y Muran, 2000).

Según Talley et al, (Op.cit., 2000) la calidad de la alianza terapéutica es función del modo en que las personalidades del paciente y del terapeuta interactúan y se combinan, la que se manifestaría por la calidad del “equipo”, entendida como el compromiso personal de los participantes y la habilidad de estos para coordinar acciones en sus respectivos roles; y la calidad del rapport personal de los miembros de la relación, referida a la resonancia de la comunicación y los sentimientos que mutuamente se comparten.

Considerando lo anterior, una alianza terapéutica se verá fortalecida cuando exista compromiso con el proceso tanto del paciente como del terapeuta, cuando el terapeuta sea percibido como creíble y seguro, el paciente perciba a su terapeuta como comprometido en el proceso, la relación se plantee como una colaboración entre iguales, el terapeuta sea empático y sea percibido como tal por el paciente, exista “sintonía fina” entre paciente y terapeuta, y cuando existan sentimientos positivos y recíprocos entre paciente y terapeuta, siendo los sentimientos del paciente más discriminativos con relación al resultado ( Santibáñez, 2001).

Así, la alianza terapéutica involucra, entonces, fortaleza y calidad de relación, un lazo afectivo capaz de potenciar las motivaciones del paciente para alcanzar las metas y para realizar tare (Opazo, 2001, p.185), aportando una plataforma segura, facilitadora de apertura y cooperación, siendo la presencia de una buena alianza terapéutica lo que potencia la fuerza del cambio de las estrategias y técnicas más específicas.

### **3.4. FUNCIÓN DEL TERAPÉUTA EN CADA UNA DE LAS FASES DEL PROCESO**

Éste se guía por los siguientes principios, que marcan de manera general sus funciones a lo largo del proceso terapéutico en el manejo de la mentira (Fernández, 2002):

1. Comprender y estar consciente de cuál es su función en cada fase de la terapia:

Para el terapeuta es importante conocer cuál es su función estratégica y de trabajo en cada fase de la terapia y cuáles herramientas son las más adecuadas para utilizar; porque esto le permitirá moverse con libertad en cada fase de la terapia. Así podrá anticipar lo que se puede y no trabajar en cada fase, y los resultados que obtendrá.

2. Abstenerse de hacer interpretaciones y juicios, confrontar y verificar las expectativas e intuiciones que se tienen acerca del paciente:

En esta orientación se confía en la sabiduría interior del paciente. El terapeuta pregunta, verifica, explica o pide más información cuando no está seguro de lo que el paciente está manifestando, pero no interpreta o da consejos, guía al paciente a su darse cuenta, desarrollando su pensamiento reflexivo a través de todo el proceso terapéutico.

De tal forma que el darse cuenta del niño se expanda hacia otros puntos que antes eran ciegos para él, hacia la toma de responsabilidad, hacia la solución de problemas, hacia la manifestación directa y saludable de la expresión de sus emociones, necesidades y pensamientos.

3. Aceptar al paciente tal y como es. Identificar en qué nivel está y empezar desde ahí:

Aceptar al paciente tal y como es, es un principio de la psicología humanista. Empezar desde el nivel en que se encuentra es aceptarlo y comprender que no posee otros medios para relacionarse con su ambiente.

Cuando un terapeuta acepta al paciente tal cual es, éste deja de luchar consigo mismo, deja de culparse y se abre a nuevas oportunidades de aprendizaje. Para que esto suceda, la terapia necesita ser un espacio libre de prejuicios y presiones exteriores, en donde el paciente se sienta seguro para ser él mismo y empezar a explorar hacia el interior de su ser (Moustakas, 1959).

Iniciar la terapia en el nivel en que se encuentra el paciente, es ubicar la etapa del desarrollo por la cual transita. Comprender su forma de sentir, pensar, relacionarse y percibir la vida y los sucesos que le acontecen. Es observar las dificultades que se le presentan al hacer contacto con sus sentimientos, pensamientos, necesidades y relaciones con los demás.

4. El proceso terapéutico deberá facilitar el autoconocimiento del paciente. Primero se trabaja con lo que es más sencillo y confortable, antes de ir a lo difícil e incómodo:

La comprensión de la función del terapeuta en cada fase de la terapia, permite guiar el autoconocimiento del paciente desde lo sencillo hacia lo problemático. En cada fase se desarrollan los recursos internos que permitirán al paciente ir abordando su conflictiva emocional.

Aunado a esto, el nivel en que se encuentra el paciente nos indica cómo necesita guiarse el proceso terapéutico partiendo desde lo que el paciente puede manejar; él cuenta con ciertas habilidades sensoriales, emocionales, intelectuales y sociales que lo capacitan para interpretar la realidad y manejarse en ella.

Al ubicarlas en un perfil, el terapeuta puede darse cuenta de cómo guiar el proceso, cuáles dificultades presenta el paciente a consecuencia de su problemática e ir poco a poco profundizando en lo que se quiere.

Ir de lo suave a lo profundo se refiere a invertir el tiempo suficiente para que el paciente aprenda de su sensorio, identifique sus emociones, empiece a manejarse con cierta autonomía de pensamiento en función de lo que se da cuenta, diferenciándose de introyectos negativos y las creencias erróneas acerca de él, se separe un poco del deber ser.

Es prepararlo para enfrentarse con sus proyecciones, introyecciones, polaridades, resentimientos y conflictos con las personas significativas en su vida, que han contribuido al surgimiento de su problemática emocional.

5. No forzar al paciente a hacer o decir lo que no desea. Saber contrarrestar la resistencia, al tiempo que se respeta el proceso del paciente; así mismo, aceptarla de manera natural, no defensiva u ofensivamente:

Al identificar el nivel en que se encuentra el paciente, el terapeuta es conciente de lo que es capaz de sentir, expresar o hacer. Se sigue el principio de respeto a la individualidad.

Cada vez que el paciente siente que se acerca a alguna situación que no puede manejar, la resistencia aparece, en forma de risas, bromas, aislamiento, enojo, llanto, etc., indicando la dificultad que presenta el paciente para ponerse en contacto con el material que ha emergido.

El proceso está diseñado para ir contrarrestando las resistencias en cada fase de la terapia; a través de ejercicios el paciente adquiere recursos para ir enfrentándose a su problemática. Aun así, la resistencia aparece y el terapeuta necesita ser hábil para manejarla.

6. Enfocarse en los problemas específicos que se van presentando o que surgen. Estar alerta constante y conscientemente del proceso de cada paciente:

Cada paciente es un ser individual que responde de manera particular al proceso terapéutico, haciéndose evidente en su tono de voz, respuesta emocional, lenguaje corporal y verbal. De ahí la habilidad del terapeuta para comprender las reacciones del paciente, poner atención a cómo escucha, cómo interactúa y cómo expresa sus sentimientos y pensamientos.

Una herramienta terapéutica es un medio para abrir la autoconciencia del paciente, la forma en que responde denota su problemática particular y el terapeuta necesita ir enfocando los problemas o figuras que surgen para conectarlos con el fondo inconsciente del paciente.

Cada paciente responde de manera diferente a una misma figura en el presente, porque cada uno tiene una historia de vida única, con carencias, asuntos inconclusos y emociones en conflicto, que lo hacen responder de acuerdo a lo vivido (García, 2003).

El proceso terapéutico se enfoca en los problemas específicos que van surgiendo y a partir de ahí se guía al paciente a la solución de su conflictiva y a la construcción de habilidades sensoriales, emocionales, intelectuales y sociales que le sirvan como recursos para manejarse en su medio ambiente.

7. Guiar al paciente hacia la toma de responsabilidad de sus comportamientos:

El terapeuta induce al paciente hacia la solución de su problemática, durante cada fase del proceso se promueve el darse cuenta y el pensamiento reflexivo en la búsqueda de soluciones cada vez más acertadas y adecuadas a su edad y necesidades.

El material que emerge del proceso de cada paciente se guía hacia la realidad de su vida, logrando un mayor grado de darse cuenta al transferir el aprendizaje hacia situaciones fuera de la terapia.

El terapeuta comprende que su función es de guía, que es el paciente quien necesita aprender a decidir o a ver las consecuencias de sus acciones; él no da consejos, ni decide por el paciente. El pone los medios para que el paciente explore, experimente y elija o decida lo que desea hacer, al tiempo que se da cuenta de cuándo lo que decide es imposible de realizarse.

El paciente necesita conciliarse con sus obligaciones y responsabilidades, aprendiendo a realizarlas por convicción, aceptándolas como parte de su edad, de su crecimiento y desarrollo.

### **3.5. HERRAMIENTAS DE LA GESTALT**

#### **3.5.1. SISTEMAS REPRESENTACIONALES**

Una de las herramientas psicológicas que utiliza el proceso terapéutico gestáltico y que se incluye para el manejo de la mentira, ha sido que todas el de los sistemas representacionales. Las personas tenemos tres sistemas representacionales y unos se desarrollan más que otros. Estos son (Blander, 1983):

- Visual: Se explican mejor en imágenes, realizan movimientos corporales más expresivos (mueven más las manos y gesticulan más al hablar), su respiración es más superficial y rápida y su voz es aguda, con un ritmo entrecortado y en ocasiones veloz, debido a que su imaginación va por delante de las palabras.

- **Auditivo:** Usan palabras que se refieren a sonidos. Mantienen una posición o inclinación de la cabeza algo ladeada, como de atención y escucha atenta. Su respiración es amplia, y poseen una voz timbrada (agradable) y un ritmo mediano al hablar. Hacen menos gesticulaciones que los Visuales.
- **Kinestésico:** Usan palabras que hacen alusión a los sentimientos y sensaciones físicas o emocionales. Hacen movimientos corporales lentos y pausados como si involucran en ellos sus argumentos. Tienen una respiración profunda, una voz que suele ser grave o profunda y un ritmo muy lento al hablar, con bastantes pausas, que a veces son muy prolongadas. Suelen gesticular muy poco al expresarse.

### **3.5.2. COMUNICACIÓN VERBAL Y COMUNICACIÓN NO VERBAL**

Otras de las herramientas psicológicas que utiliza el proceso terapéutico gestáltico es la forma de comunicación tanto verbal (CV), como la comunicación no verbal (CNV), mediante ésta herramienta se puede apoyar el terapeuta para determinar si un individuo miente, si se hace de manera casual o repetida.

Según Albert Mehrabian (1996), la comunicación verbal (CV) transmite un 7% de la información total que emite el ser humano. La comunicación no Verbal (CNV) trasmite el 93%de la información. Ello no quiere decir que la comunicación no Verbal sea más importante, sino que todos los detalles que lo forman llegan a emitir mayor cantidad de información al interlocutor que los argumentos que se dicen. (Mehrabian, 1996):

- **CV:** Se transmite de manera totalmente consciente. Se refiere a lo que dices y la manera de expresarte con el idioma que utilizas. Se compone de:

Argumentos, Razones que apoyan esos argumentos, Lógica en la que basas tus razones, Hechos, Opiniones, Ejemplos, etc.

- CNV: En gran medida, se transmite de manera subconsciente. Se refiere a las expresiones naturales o aprendidas (sociales) del cuerpo. Está formado por: Las expresiones del rostro. Las Posturas y Movimientos del cuerpo: cabeza, piernas, brazos, manos, inclinación, etc. La Voz: volumen, velocidad, tono, pronunciación, acento, etc.

El Micro lenguaje: los tics, los gestos sociales, la coloración de la piel, la sudoración, la respiración, los movimientos oculares involuntarios, las distancias que se adoptan respecto a las demás personas, etc. La Imagen: el vestuario, el peinado, los complementos, el perfume, etc.

Esta herramienta ha constituido en el más popular de los sistemas cognitivos para movilizar el potencial personal. No solo en la clínica, si no que ha tenido gran auge en el ámbito laboral, social, etc.

#### **4. APLICACIÓN DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI-2) COMO APOYO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), es un instrumento que permite medir la mentira, así como determinar la estructura o característica de personalidad de un individuo. Es por esto que se incluyó en el proceso terapéutico gestáltico, ya que apoyaba para un buen diagnóstico del individuo.



El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), desarrollado originalmente por Hathaway y McKinley (1940) y su posterior revisión y restandarización para adultos, el MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989).

Como veremos, el MMPI-2 incluye diversos indicadores de validez que han demostrado su utilidad en la detección de simulación (Elhai, Naifeh, Zucker, Gold, Deitsch y Frueh, 2004; Guriel y Fremouw, 2003; Rogers, Sewell, Martin y Vitacco, 2003).

De hecho, según Rogers (1997), el MMPI y MMPI-2 son los instrumentos multiescalares de amplio espectro mejor validados para explorar estilos de respuesta aleatorios, simulación de psicopatología y defensividad.

Butcher y Ben-Porath (2004) enumeran algunas de las características que contribuyen a la popularidad y amplia aplicación de este instrumento de evaluación psicopatológica de amplio espectro a lo largo de más de sesenta años de existencia:

- Incluye una amplia serie de factores psicopatológicos y de personalidad que han demostrado ser fiables, válidos y estables a lo largo del tiempo.
- Se han ido incorporando nuevas escalas para dar cuenta de los avances conceptuales en psicopatología, renovando y re-actualizando el instrumento.
- Permite contrastar perfiles individuales con una amplia base de datos normativa acumulada durante decenios de investigación.
- Permite una interpretación objetiva siguiendo normas estandarizadas.

- Se ha traducido y adaptado a diversos idiomas y países, lo que permite la comparación cross-cultural.

El MMPI-2 en su versión completa o estándar (la más habitual y recomendable), es un cuestionario de 567 ítems, con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, que está diseñado para ser aplicado en adultos (mayores de 18 años), con un tiempo de administración estimado entre 1 y 2 horas para la mayoría de los casos.

En pacientes con psicopatología severa puede conllevar un tiempo de administración más prolongado, entre 3 y 4 horas. Excepcionalmente existe una forma de aplicación abreviada, administrando solamente los ítems del 1 al 370, aunque resulta poco recomendable debido a que únicamente se podrían obtener resultados fiables para las escalas clínicas básicas y las escalas de validez, pero no para el resto de las escalas (Nichols, 2001).

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ESCALAS DE CONTENIDO:</b></li> <li>• <b>ESCALAS DE VALIDEZ:</b></li> <li>• Puntuación? (Interrogante).</li> <li>• Escala L (Mentira).</li> <li>• Escala F (Incoherencia).</li> <li>• Escala Fb (F Posterior).</li> <li>• Escala TRIN (Inconsistencia de las respuestas verdadero).</li> <li>• Escala VRIN (Incoherencia de respuestas variables).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ESCALAS SUPLEMENTARIAS:</b></li> <li>• <b>ESCALAS CLÍNICAS:</b></li> <li>• Escala 1 (Hs: Hipocondría).</li> <li>• Escala 2 (D: Depresión).</li> <li>• Escala 3 (Hy: Histeria).</li> <li>• Escala 4 (Pd: Desviación Psicopática).</li> <li>• Escala 5 (Mf: Masculinidad-Feminidad).</li> <li>• Escala 6 (Pa: Paranoia).</li> <li>• Escala 7 (Pt: Psicastenia).</li> <li>• Escala 8 (Sc: Esquizofrenia).</li> <li>• Escala 9 (Ma: Hipomanía).</li> </ul> |
|--|--|

- Escala 0 (Si: Introversión social).
- Ansiedad (Anx).
- Miedos (Frs).
- Obsesividad (Obs).
- Depresión (Dep).
- Preocupaciones por la salud (Hea).
- Pensamiento extravagante (Biz).
- Hostilidad (Ang).
- Cinismo (Cyn).
- Conductas antisociales (Asp).
- Comportamiento tipo A (Tpa).
- Baja autoestima (Lse).
- Malestar social (Sod).
- Problemas familiares (Fam).
- Interferencia laboral (Wrk).
- Indicadores negativos de tratamiento (Trt).
- Ansiedad (A).
- Represión (R).
- Fuerza del yo (Es).
- Escala revisada de alcoholismo de MacAndrew (Mac-R).
- Hostilidad excesivamente controlada (O-H).
- Dominancia (Do).
- Responsabilidad social (Re).
- Escalas de Rol sobre el género (Gm y Gf).
- Escalas de Trastorno de estrés postraumático (Pk y Ps).
- Escala de malestar matrimonial (Mds).
- Escala de Potencial de adicción (Aps).
- Escala de Reconocimiento de adicción (Aas).

- **SUBESCALAS DE HARRIS-LINGOES:**

- Depresión subjetiva (D1).
- Retardo psicomotor (D2).
- Disfunción física (D3).
- Enlentecimiento mental (D4).
- Rumiación (D5).

- Negación de ansiedad social (Hy1).
- Necesidad de afecto (Hy2).
- Lásitud-malestar (Hy3).
- Quejas somáticas (Hy4).
- Inhibición de la agresión (Hy5).
- Discordia familiar (Pd1).
- Problemas con la autoridad (Pd2).
- Frialdad social (Pd3).
- Alienación social (Pd4).
- Autoalienación (Pd5)
- Ideas persecutorias (Pa1).
- Hipersensibiliad (Pa2).
- Ingenuidad (Pa3).
- Alienación social (Sc1).
- Alienación emocional (Sc2).
- Ausencia del control del yo, cognitivo (Sc3).
- Ausencia del control del yo, conativo (Sc4).
- Ausencia del control del yo, inhibición defectuosa (Sc5).
- Experiencias sensoriales extrañas (Sc6).
- Amoralidad (Ma1).
- Aceleración psicomotriz (Ma2).
- Imperturbabilidad (Ma3).
- Auto-envanecimiento (Ma4).

#### **4.1. APLICACIÓN DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI-2)**

- Descripción.

El MMPI-2 es una versión actualizada y revisada en profundidad de uno de los instrumentos más importantes y utilizados que existen para evaluar la personalidad.

Aunque se mantienen la mayor parte de las características básicas del MMPI, se han introducido muchas e importantes mejoras: nuevos elementos para evaluar áreas no contempladas antes; indicadores de validez más completos; nuevas escalas suplementarias de gran utilidad; redacción de los elementos más cuidada, actual y respetuosa; baremos actuales basados en una amplia muestra representativa de la población española.

El MMPI-2 aporta una gran riqueza de información sobre la estructura de la personalidad y sus posibles trastornos: 3 escalas de validez, 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido, 18 escalas suplementarias y 31 subescalas.

El MMPI-2 integra la experiencia de 50 años de investigación con la frescura de una nueva versión adaptada a los principios y tendencias más modernas.

La versión básica de corrección manual (con plantillas) permite obtener los resultados de 3 escalas de validez, las 10 escalas básicas y las 15 escalas de contenido.

Las restantes escalas sólo pueden corregirse con un disco de corrección/perfil; se necesita 1 uso por sujeto evaluado.

- Administración.

Individual o Colectiva.

- Niveles de aplicación.

Solamente adultos (19-65 años). Existe una versión (MMPI-A) para adolescentes.

- Baremación.

Tablas de puntuaciones típicas normalizadas en cada una de las escalas debidamente diferenciadas por sexo.

- Duración.

Variable, de 60 a 90 minutos.

## **1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1. GENERAL.**

Analizar la aplicabilidad del proceso terapéutico Gestáltico en el manejo de la mentira patológica en el adulto joven, en un estudio de caso.

### **1.2. ESPECIFICOS.**

- Analizar cómo se muestra la alianza terapéutica con herramientas psicológicas en proceso terapéutico Gestáltico de un adulto joven.
- Identificar si las herramientas de la Gestalt ayudan a identificar la mentira patológica en el proceso terapéutico de un adulto joven.
- Diferenciar la mentira patológica de otras patologías donde la mentira es un síntoma secundario en el proceso terapéutico gestáltico de un adulto joven.
- Verificar los resultados del tratamiento apoyado de herramientas psicológicas en proceso terapéutico Gestáltico de un adulto joven.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La psicoterapia de la Gestalt, es un proceso terapéutico donde ofrece resultados favorables en corta duración cuando se aplica de la manera correcta.

A lo largo de la historia se ha tenido modificaciones de acuerdo a la población tratada, o bien al momento social y cultural por el cual van pasando las

generaciones; sin embargo actualmente se ha presentado en la práctica psicoterapéutica, un nuevo reto, en donde los individuos, sobre estimulados por la mercadotecnia, los spots publicitarios, el materialismo y las exigencias de la vida cotidiana se encuentran cada vez más confundidos y orillados a mentir de una manera compulsiva, donde si el problema no es tratado a tiempo puede desencadenar otras patologías o el ensimismamiento en un “mundo irreal”.

De tal manera ¿Cómo lograr detectar y entender el proceso de la mentira que nos permita la entrada a través de la palabra? Este ha sido un problema al cual se enfrentan los terapeutas y que un buen apoyo sería las herramientas psicológicas que sirven en el apoyo del proceso terapéutico como es la Gestalt, para tener no solo acceso al individuo, si no poder crear una relación, esa relación terapéutica esencial para que el proceso sea eficiente.

De ahí parte este estudio de caso, que si bien es uno solo, comparte aspectos propios de lo que pasa es la actualidad con la finalidad de que llegue a ser útil para otros procesos con situaciones similares.

### **3. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN**

- ¿Se puede observar la Alianza terapéutica mediante la aplicación de herramientas psicológicas en el proceso terapéutico gestáltico de un adulto joven?
- ¿Se puede identificar si las herramientas de la Gestalt ayudan a la detección de la mentira patológica en el proceso terapéutico de un adulto joven?



- ¿Es probable determinar la evaluación y el Diagnóstico apoyado por las herramientas gestálticas y pruebas psicológicas en el proceso terapéutico de un adulto joven?
- ¿Es posible diferenciar la mentira patológica de otras patologías donde la mentira es un síntoma secundario?

#### **4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

El uso sistemático, organizado y frío de la mentira es, sin temor a una equivocación, el factor capital de corrupción de las sociedades actuales. La mentira no es un proceso nuevo, es vieja como el mundo, pero no se habían dado tanta difusión en otros tiempos las condiciones de su ejercicio, aplicación y eficacia que caracterizan la época presente.

Los refinamientos técnicos, la inmensa capacidad de organización, la difusión mediante la propaganda, todo ello ha alterado profundamente la significación y la importancia de la mentira como instrumento de acción colectiva.

Las sociedades actuales parecen extrañamente inertes y sin ninguna arma o defensa frente a este fenómeno, cuya gravedad es excepcional. La mentira introduce la perversión en las relaciones humanas y perturba la visión de lo real. Se trata de una colosal suplantación de lo verdadero por ficciones incapaces de resistir cinco minutos de análisis.

Las mentiras, son hábilmente seleccionadas y formuladas para poder manipular a las masas, y estas, ocupan a los ojos de grandes mayorías el lugar que corresponde a lo real.

La mentira de la que se da cuenta no es casual, ni fragmentaria, ni improvisada; por eso es previsible, se puede contar con ella, se la puede anticipar, y esto hace que sea posible una defensa que casi nunca se intenta.

Los medios de comunicación, en proporción muy alta, preparan la difusión y el éxito de la mentira, a la vez que ejercen lo que se puede llamar una anestesia de sus posibles defensas.

No se cree que sean muchos los hombres de nuestra época que se den cuenta de ello; si se miran bien las cosas se descubre que la difusión, circulación y visión favorable de la mentira están cuidadosamente preparadas, al mismo tiempo que se descartan y tratan de eliminar las posibles defensas.

De ahí la importancia de este estudio, ya que la mentira no solo está afectando en los procesos terapéuticos, si no que abarca un campo mayor, que son los diferentes grupos sociales que conforman una sociedad, lo cual nos está llevando a la destrucción de la integridad física, moral y psicológica.

Es por esto la importancia de este estudio, ya que los terapeutas deben estar preparados para la aparición de éste nuevo comportamiento impulsivo de la mentira en los individuos, de ahí la propuesta de un buen manejo de la mentira patológica en los procesos terapéuticos en este caso el gestáltico, para la detección eficiente y temprana de la mentira.

Considerando que existen huecos tanto en la teoría del manejo de la mentira como en la técnica para el abordaje terapéutico; así como el hecho de que no existen modificaciones en el trabajo terapéutico ante la aparición irremediable del uso de la mentira.

Es por esto que se piensa necesario indagar sobre este tema, a fin de poder establecer un mejor contacto con los pacientes en la etapa de adulto joven apoyándonos de herramientas psicológicas en el proceso terapéutico gestáltico.

Se considera que es un trabajo viable, dado que es posible realizarlo, debido al proceso, el cual da la pauta a la introducción de herramientas tanto para la redacción de las sesiones, como para el acercamiento con el paciente. Si bien la información obtenida durante esta investigación se centra en un estudio de caso, se considera que es un reflejo de la situación social actual.

Este estudio pretende ayudar a resolver la problemática en la práctica terapéutica con el adulto joven, ya que por el aumento de los medios de comunicación, se encuentran sobre estimulados, teniendo frecuentemente como consecuencias, el acudir a mentir para cumplir con las expectativas sociales; sin embargo y de manera paradójica esto lleva a limitaciones en materia de comunicación social y familiar.

## **5. DIMENSIONES CRÍTICAS**

La recolección de datos está dada en función de las sesiones terapéuticas desde el inicio del tratamiento, a partir de la entrevista con los padres debido a que en este tipo de tratamiento están incluidos dentro del proceso.

Es importante señalar que la recolección de sesiones se basa en la subjetividad que, como terapeuta se posea, pero que de acuerdo con el valor de dicha subjetividad y la relevancia del lenguaje terapéutico, es una fuente más que da significado.

La propuesta de esta investigación, es encontrar la utilidad de las herramientas psicológicas en el proceso de terapia gestáltico para el manejo de la mentira patológica en el adulto joven.

## **6. EJES TEMÁTICOS**

Para la realización de cualquier tipo de estudio, es necesario, el establecimiento claro y específico de los objetivos de la investigación (Taylor y Bogan, 1987).

Para este caso, se emplea una metodología de tipo cualitativo, por lo cual la fuente de los datos son situaciones naturales con algunas estrategias que provocan el análisis del estudio y la verificación de los objetivos.

El investigador, recoge los datos a través de las distintas técnicas y herramientas, en este caso se empleó la observación, análisis de contenido, apoyo de herramientas psicológicas, Historia Clínica, prueba psicológica del MMPI – 2.

De tal manera, que para este estudio, solo se establecen ejes temáticos, que tienen sustento en la lectura bibliográfica y que se basa a ellas, se determinan como puntos centrales a lo largo de la investigación, los cuáles son:

- **Eje I.** Manejo de la Mentira Patológica.
- **Eje II.** El papel de las Herramientas de la Gestalt.
- **Eje III.** Evolución y cambio de los patrones conductuales.

## **7. CRITERIOS DE VERIFICABILIDAD**

El objetivo de cualquier ciencia es adquirir el conocimiento, por lo tanto para cualquier estudio o investigación es fundamental la elección del método adecuado que nos permita conocer la realidad.

Para este estudio se eligió un método cualitativo, ya que una gran ventaja es que da profundidad a los datos recabados, por medio de la dispersión, la riqueza interpretativa, los detalles, las experiencias y la contextualización del ambiente o entorno. Así mismo, aporta un punto de vista natural y holístico de los fenómenos y también aporta mucha flexibilidad.

Los estudios cualitativos involucran la recolección de datos utilizando técnicas y herramientas que no pretenden asociar ni medir con números, tales como observación no estructurada, entrevistas abiertas, discusión, evaluación de experiencias personales, etc. (Hernández, 2003, p.12).

Para esta investigación de tipo cualitativo se obtuvo suficiente información de acuerdo al planteamiento del problema, a partir de las sesiones terapéuticas, profundizando hasta donde el mismo tratamiento lo permita.

Esta investigación consiste en haber realizado las descripciones detalladas del contexto, el sujeto y el fenómeno analizado, así como descubrir los significados de las categorías (Hernández, 2003, p. 604).

Los resultados obtenidos mediante la recopilación de sesiones terapéuticas, la observación, la aplicación de herramientas de la Gestalt y del MMPI-2; así como el análisis de contenido de cada una de las sesiones, dan credibilidad a la investigación.

## **8. POBLACIÓN DEL ESTUDIO**

El paciente es una joven adulta de 19 años de edad, estudiante de preparatoria. Vive con su familia, nacida y radicada en la ciudad de Morelia, Michoacán.

La joven es una chica de estatura media, complexión delgada, ya ha finalizado su desarrollo; viste ropa “a la moda” y ajustada, generalmente llega muy arreglada, su rostro denota altanería y disgusto.

Acude a terapia por referencia de la escuela, ya que ha presentado problemas no solo a nivel académico, sino que también en el ambiente escolar, ha tenido problemas con algunos compañeros y se reporta de parte de los compañeros “que nadie la soporta por mentirosa...”, la escuela a la cual asiste la joven M, sugiere tratamiento terapéutico.

La joven acude a terapia con los padres ya que ellos están en la mejor disposición para apoyar a su hija, mencionando que es muy rebelde y la “notan rara últimamente”, cada vez más rebelde y aislada en su casa.

La joven Miriam no presenta conciencia de enfermedad.

## **9. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Historia Clínica: método sistemático utilizado por el psicoterapeuta con el objetivo de obtener un diagnóstico, proponer y diseñar un tratamiento adecuado que consiste en recabar toda la información suficiente y necesaria que permita al terapeuta comprender el estado actual de la salud física y mental del paciente.

En la historia clínica quedan registrados los eventos traumáticos y significativos durante la vida del paciente; esto es, aun cuando se trabaja en el “aquí y el ahora” es importante tener un registro de los eventos del pasado para ver de qué manera influye en el estado actual del paciente. La historia clínica se divide en dos partes: descriptiva y examen mental.

- Sesiones: se encuentran dentro del modelo de la psicoterapia Gestáltica considerado para aplicar el tratamiento donde se incluyen herramientas psicológicas, implica la formulación de un contrato en el cuál se establecen acuerdos entre el paciente y el terapeuta que incluyen horarios, horarios de citas, el lugar, y lo referente a las sesiones (tiempo de duración de éstas y frecuencia por semana).

Se puede definir sesión como el intercambio entre el paciente y el terapeuta, en el cual el paciente podrá expresar de una manera libre lo que siente y lo que piensa, así de esta manera el terapeuta le devolverá con su experiencia la interpretación que se haga de su discurso encaminado hacia su bienestar y restablecimiento.

- Aplicación del MMPI – 2: en su versión completa o estándar (la más habitual y recomendable), es un cuestionario de 567 ítems, con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, que está diseñado para ser aplicado en adultos (mayores de 19 años), con un tiempo de administración estimado entre 1 y 2 horas para la mayoría de los casos. Es una prueba psicológica para determinar la salud o alguna patología en el paciente.

## **10. PROCEDIMIENTO**

El modelo de investigación utilizado para mostrar los objetivos se llevó a cabo con un estudio de caso en un proceso de psicoterapia gestáltica de una paciente que inició su proceso psicoterapéutico en febrero de 2007, hasta el término del estudio, donde se dio prioridad a todas las etapas; siendo fundamental la etapa del diagnóstico y concluyendo satisfactoriamente hasta la etapa final del tratamiento en la 15 sesión, siendo suficiente el material para llevar a cabo la investigación.

Los datos recabados durante estas sesiones, permitieron la elaboración de la Historia clínica así como el reporte de las sesiones. Se llevó a cabo un análisis de las sesiones, a través de las cuales se podrán observar los objetivos y el problema aquí planteado.

La información está comprendida en cuadros comparativos de acuerdo a las cuatro fases que plantea el proceso psicoterapéutico Gestáltico. Fase de diagnóstico de la sesión 1 – 3, fase inicial de la sesión 4 – 8, fase intermedia que comprende de la sesión 9 – 12 y fase final de la sesión 13 – 15.

En la discusión de resultados se expone la interpretación de la información que arrojaron los instrumentos y herramientas empleados, es decir, la Historia clínica, las herramientas de la Gestalt, la prueba proyectiva del MMPI – 2, así como las sesiones; de acuerdo con los ejes temáticos.



## **11.RESULTADOS**

Los resultados se obtendrán a través de un proceso que va desde el análisis de datos, así mismo se describirán los resultados, tomando la información de las sesiones.

## EJE I. MANEJO DE LA MENTIRA PATOLÓGICA

### 1.1. MANEJO DE LA MENTIRA PATOLÓGICA EN LA FASE DE DIAGNÓSTICO

FASE	FASE DE DIAGNÓSTICO 1 – 3 SESIÓN		
PROCEDIMIENTO		PROCEDIMIENTO DEL PROCESO TERAPÉUTICO	EXPLICACIÓN
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el rapport con el paciente y sus padres.</li> <li>• Establecer el compromiso psicológico.</li> <li>• Explorar áreas de conflicto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La madre pide la sesión llega puntual con su hija y el padre.</li> <li>• Ambos padres dan una explicación de cómo perciben a Miriam.</li> <li>• Aun cuando fue referida por la escuela, los padres piensan que sería bueno un espacio para ella donde pueda platicar.</li> <li>• Refieren que es “muy mentirosa”.</li> <li>• La referencia es conseguida por la institución donde Miriam acude a clases.</li> <li>• Se aceptan los elementos del encuadre y del contrato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la entrevista es importante conocer las fantasías que tienen los padres en relación al paciente y al tratamiento.</li> <li>• Los padres muestran su alianza terapéutica en cuanto aceptan las condiciones del tratamiento.</li> <li>• En la primera sesión acuden los padres de Miriam con ella, a petición de la escuela</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la segunda cita Miriam llega 10 min. Tarde, a lo cual acude a una mentira para justificar la impuntualidad.</li> </ul>	<p>donde estudia. En la primera cita se habla de la problemática donde el motivo manifiesto es el bajo rendimiento escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante las tres primeras sesiones se exploran las áreas de conflicto para determinar el diagnóstico. Aun no se hace manifiesta la mentira.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar los instrumentos de medición:</li> <li>• Elaborar el Mapa primario.</li> <li>• Elaborar el Mapa de la terapia.</li> <li>• Hacer referencia a un diagnóstico.</li> <li>• Establecer el contrato psicológico de terapia.</li> <li>• Planear el plan de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la segunda sesión además de indiferencia muestra aburrimiento.</li> <li>• Se aplican instrumentos de medición.</li> <li>• Cambia su actitud de aburrimiento e indiferencia por curiosidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra poca confianza para establecer el diálogo.</li> <li>• Se presentan manifestaciones clínicas y que son corroboradas por los instrumentos de medición, lo cual permite la continuidad del tratamiento.</li> <li>• Se permite el vínculo.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaparece el silencio prolongado.</li> <li>• Sus relatos, están llenos de ideas fantásticas.</li> <li>• Se detecta que Miriam miente de manera compulsiva.</li> </ul>	

<p><b>HERRAMIENTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de medición.</li> <li>• Formato del Mapa Primario.</li> <li>• Formato de los Mapas de la Terapia.</li> <li>• Formato del Plan de Trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación del instrumento de los Sistemas Representacionales.</li> <li>• Aplicación del cuestionario para determinar el grado de mentira.</li> <li>• Finalmente se le aplicó el MMPI- 2.</li> <li>• Mostró interés por los instrumentos.</li> <li>• Desaparece el aburrimiento y el cansancio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se determina en base al proceso terapéutico y el apoyo de las pruebas de medición que Miriam miente de manera compulsiva.</li> <li>• Aún con su limitación para decir la verdad, muestra empatía hacia el proceso.</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso para el proceso terapéutico.</li> <li>• Plan de acción (proceso terapéutico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La paciente platica más de lo que pasa actualmente en su vida.</li> <li>• Sus relatos siempre van acompañados de la mentira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra de compromiso para el tratamiento</li> <li>• La empatía es buena, lo cual el diálogo es más fluido.</li> <li>• Mediante el lenguaje acompañado de la mentira exterioriza sus fantasías.</li> </ul>

## 1.2. MANEJO DE LA MENTIRA PATOLÓGICA EN LA FASE INICIAL

FASE	FASE INICIAL 4 – 8 SESIÓN		
PROCEDIMIENTO		PROCEDIMIENTO DEL PROCESO TERAPÉUTICO	EXPLICACIÓN
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar la atracción del paciente hacia la terapia, ayudándole estar involucrado en el proceso a comprender la estructura y propósitos de la terapia.</li> <li>• Fomentar la alianza terapéutica.</li> <li>• Continuar con la exploración y conocimiento del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece la alianza terapéutica entre paciente y terapeuta, mediante el uso de la palabra y el acompañamiento.</li> <li>• Aun cuando Miriam se resiste al cambio, poco pero apoya a la exploración de sus áreas conflictivas, en la sesión 4 y 5 la paciente presenta muchas resistencias hacia el tratamiento. Aún así se sigue explorando y conociendo al paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante la alianza terapéutica menciona que se siente escuchada y entendida.</li> <li>• Siente motivación para compartir sus intereses e inquietudes.</li> <li>• Cuando miente, se hacen intervenciones de confrontación leves, esto crea situaciones de conflicto y problemáticas posteriores que ayudan al desarrollo de la terapia.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente también aprende a conocerse y explorar sus diversas áreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hace consciente que el uso de la mentira no es una cualidad.</li> </ul>
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar el proceso de auto descubrimiento.</li> <li>• Contestar a las siguientes preguntas: ¿Quién soy yo?, ¿Quién eres tú? y ¿Qué estamos haciendo aquí?</li> <li>• Trabajar la diferenciación en las diferentes áreas de la psicoterapia.</li> <li>• Encaminar el trabajo de acuerdo con el mapa de la terapia del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra enojo y menciona ... “no sé ni a que viene”... una reacción de frustración ante el hecho no saber responder.</li> <li>• Acepta seguir trabajando ya sea hablando, escribiendo, pintando, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Miriam le cuesta trabajo responder quien es ella, pero después de trabajar con sus cualidades y defectos logra dar una concepción de su Self que se encuentra disgregado.</li> <li>• Sabe que está ahí por su conducta sin embargo le cuesta reconocer que sea tan grave.</li> <li>• En esta etapa como terapeuta reconozco mediante su CNV que está mintiendo.</li> <li>• Se le brinda apoyo psicológico, ya que mediante la mentira se satisface.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llega 10 minutos antes de la sesión. Espera en la sala de espera.</li> <li>• No falta a las sesiones.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de cualidades y defectos,</li> <li>• Sigue mintiendo de manera compulsiva.</li> <li>• Fabrica historias de su existencia y de quienes la rodean.</li> </ul>	

<p><b>HERRAMIENTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque terapéutico: Utilizado para desarrollar habilidades de darse cuenta y contacto.</li> <li>• Ejercicios directivos.</li> <li>• Procesos encaminados a trabajar con la diferenciación (dramatización y descripción).</li> <li>• Técnicas para recuperar proyecciones positivas y negativas a nivel superficial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La paciente transmite dificultad para relacionarse con los demás.</li> <li>• Acepta que a veces inventa cosas “para ser aceptada”.</li> <li>• Las herramientas le han permitido poco a poco darse cuenta de sus patrones conductuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hace uso de la confrontación, principalmente hacia sus mentiras.</li> <li>• Como terapeuta mantengo el mismo nivel de comunicación que maneja la paciente. Con la finalidad de no perder la confianza básica.</li> <li>• Se le hace saber que como terapeuta se de las mentiras y no me engancho con ellas.</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización del sensorio manifestado.</li> <li>• Hablar en primera persona de sus sensaciones y emociones, relacionándolas con su experiencia.</li> <li>• Ampliar su habilidad de darse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor claridad para describir, sentir, experimentar e interpretar las sensaciones vividas a través de sus sentidos.</li> <li>• Significados y acciones acordes a necesidades reales propias.</li> <li>• Darse cuenta de sus emociones y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidad para recuperar proyecciones a nivel superficial.</li> <li>• Capaz de manifestar sus sentimientos, aun cuando sigue recurriendo a la mentira.</li> </ul>

	cuenta de sus emociones y de las de los demás, expresando sus necesidades reales.	las emociones de los demás. Tratando de expresar necesidades reales.	<ul style="list-style-type: none"><li>• sensaciones y emociones en primera persona.</li><li>• Relato de experiencias que para ella han sido importantes.</li></ul>
--	---	--	--



### 1.3. MANEJO DE LA MENTIRA PATOLÓGICA EN LA FASE INTERMEDIA

FASE	FASE INTERMEDIA 9 – 12 SESIÓN		
PROCEDIMIENTO		PROCEDIMIENTO DEL PROCESO TERAPÉUTICO	EXPLICACIÓN
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la tolerancia a la frustración y la capacidad para expresar pensamientos y sentimientos.</li> <li>• Introducir la confrontación y frustración en el trabajo terapéutico.</li> <li>• Desarrollar el pensamiento reflexivo del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miriam expresa, estar muy confundida y aunque quiere mucho a sus papás, menciona que también les guarda mucho rencor.</li> <li>• Dice pasar mucho tiempo sola, ya que ambos padres trabajan.</li> <li>• Mencionar, siempre haberse quedado con muchas dudas.</li> <li>• Expresa entusiasmo cuando sus padres se enojan con ella.</li> <li>• Siente satisfacción cuando los maestros hablan de ella, aun cuando las situaciones no son tan positivas.</li> <li>• Menciona que sus compañeros le tienen envidia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevas actitudes y comportamientos positivos.</li> <li>• Empieza a experimentar la capacidad de aceptación de sus sentimientos.</li> <li>• Expresión de sentimientos</li> <li>• Pensamiento reflexivo.</li> <li>• Ha disminuido considerablemente el recurrir a la mentira de forma compulsiva.</li> </ul>

<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Llevar el autodescubrimiento (pensamientos, sentimientos, experiencias, lenguaje verbal y corporal, etc.) a un nivel más profundo.</li> <li>Llevar al paciente a aceptar sus partes buenas y malas y las de los demás.</li> <li>Llevar a la toma de responsabilidad.</li> <li>Guiar el proceso de terapia al desarrollo de las habilidades.</li> <li>Resolver los conflictos identificados (asuntos inconclusos, Gestalt inacabadas, conflictos reales).</li> <li>Fortalecer el pensamiento reflexivo en el aprendizaje y acciones llevadas a cabo fuera de la terapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las relaciones más cercanas de Miriam son sus padres, aunque la relación de madre – hija, es más de amiga – amiga. Situación que molesta al padre de Miriam.</li> <li>Expresa entusiasmo al expresar que le han dado la confianza, para acudir sola a terapia. Ya que siempre mentía y optaba por irse a otro lado del que decía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muestra un autoconcepto más claro.</li> <li>Se le dificulta menos el definirse como persona con cualidades y errores.</li> <li>Al actuar empieza a sentir responsabilidad por sus actos.</li> <li>Capaz de hablar de sus conflictos y se trabaja con la pérdida de su hermano que hasta hace poco supo que hubo uno.</li> <li>Expresa, que le es difícil dejar de mentir, lo cual es positivo, ya que hizo consciente su problemática.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha sido puntual en sus citas.</li> <li>Se le ve más contenta y relajada.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menciona que algunos de sus compañeros de clases le han hablado.</li> <li>Está contenta, porque dice que ya no se siente incómoda en su salón.</li> <li>El en aspecto académico ha mejorado mucho, hasta menciona que ha participado.</li> </ul>	

<p><b>HERRAMIENTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramientas de la Gestalt.</li> <li>• Procesos encaminados a trabajar con polaridades.</li> <li>• Procesos encaminados a la resolución del conflicto, utilizando las Técnicas de Recuperación de Proyección y/o Diálogo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En trabajo terapéutico se aplica la dramatización, así como con el dialogo.</li> <li>• Mediante estas herramientas se trabaja con los sentimientos negativos hacia sus padres, compañeros y maestros.</li> <li>• Resolución del conflicto.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evento importante, ya que tiene una amiga.</li> <li>• Surgimiento de conductas positivas.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabaja con la silla vacía, con la finalidad de elaborar duelos inconclusos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivación de ambas partes, tanto de la paciente como con el terapeuta. Esperando con grandes expectativas trabajar en la siguiente fase.</li> <li>• Resolución de conflicto.</li> <li>• Ha desaparecido el motivo de consulta.</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de los conflictos manifestados por el paciente.</li> <li>• Mayores habilidades emocionales, manifestadas en una conducta más adaptada al medio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su conducta es más adaptada en su entorno social.</li> <li>• Ha salido al cine, al café, con su familia. No hubo mayores problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenta conflictos recientes en la escuela, expresando emociones positivas y negativas, y la solución que dio. Las cual fueron acertadas.</li> <li>• Se le percibe más adaptada al medio.</li> </ul>

#### 1.4. MANEJO DE LA MENTIRA PATOLÓGICA EN LA FASE FINAL

FASE	FASE FINAL 13 – 15 SESIÓN.		
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DEL PROCESO TERAPÉUTICO		EXPLICACIÓN
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se incrementa la atracción del paciente hacia apoyos externos a la terapia.</li> <li>• Hacer conciente al paciente del avance terapéutico.</li> <li>• Proporcionar el tiempo suficiente para la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miriam se ha incluido en actividades extracurriculares con una compañera de la escuela.</li> <li>• Hizo una remembranza del proceso terapéutico, donde es capaz de darse cuenta del avance.</li> <li>• Se trabaja el cierre del proceso terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buenos apoyos externos.</li> <li>• Separación de la terapia, mediante la afirmación de sus capacidades sociales, intelectuales, psicológicas, etc.</li> </ul>
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guiar el proceso terapéutico hacia el cierre en las diferentes áreas de impacto en el paciente.</li> <li>• Guiar el pensamiento reflexivo en el aprendizaje y las acciones hacia los logros.</li> <li>• Corroborar el desarrollo de habilidades, la resolución de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabaja el cierre de las diversas áreas del paciente.</li> <li>• Avance significativo. Ya que hay una mejoría en el aspecto social, personal, familiar y escolar.</li> <li>• La mentira ya no está presente en el discurso de Miriam.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se fortalecen apoyos externos, en su ambiente escolar, familiar y social.</li> <li>• La mentira es mínima.</li> <li>• Aumenta sus deseos e ideales basados en la realidad.</li> </ul>

	los conflictos, para darle de alta.		
<b>HERRAMIENTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios directivos encaminados al cierre en las diferentes áreas problemáticas.</li> <li>• Procesos encaminados a la práctica de los nuevos aprendizajes.</li> <li>• Procesos encaminados a la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante la palabra y forma de historia, Miriam relato su historia de vida desde el inicio del proceso terapéutico hasta el cierre del mismo.</li> <li>• Esto le permitió darse cuenta del cambio y reforzar los nuevos aprendizajes.</li> </ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaparición del motivo de consulta.</li> <li>• Existen mayores apoyos externos.</li> <li>• Mayor capacidad para integrar y asimilar las experiencias y cambios a su propio crecimiento y madurez natural.</li> <li>• Su habilidad de darse cuenta funciona a su favor.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se erradicó el motivo de consulta, ya que en la escuela el rendimiento académico mejoró considerablemente.</li> <li>• Así mismo, la mentira se erradicó casi en su totalidad.</li> <li>• Es capaz de tener una concepción completa de “si misma”.</li> </ul>

## EJE II. EL PAPEL DE LAS HERRAMIENTAS DE LA GESTALT

### 2.1. EL PAPEL DE LAS HERRAMIENTAS DE LA GESTALT EN LA FASE DE DIAGNÓSTICO

FASE	FASE DE DIAGNÓSTICO 1 – 3 SESIÓN	
PROCEDIMIENTO	EXPLICACIÓN	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	Establecer el rapport con el paciente y sus padres. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el compromiso psicológico.</li> <li>• Explorar áreas de conflicto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estableció el rapport de manera fácil mediante el apoyo de las herramientas de la CV y CNV. Ya que me permitían darme cuenta de las actitudes encubiertas de los padres</li> </ul>
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar los instrumentos de medición:</li> <li>• Elaborar el Mapa primario.</li> <li>• Elaborar el Mapa de la terapia.</li> <li>• Hacer referencia a un diagnóstico.</li> <li>• Establecer el contrato psicológico de terapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El mapa primario ayudo para la elaboración del proceso terapéutico efectivo.</li> <li>• Así mismo apoyo para el diagnóstico.</li> <li>• Mapa de la terapia herramienta que ayudo para el desarrollo de las fases del proceso terapéutico Gestáltico.</li> </ul>
<b>HERRAMIENTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de medición.</li> <li>• Formato del Mapa Primario.</li> <li>• Formato de los Mapas de la Terapia.</li> <li>• Formato del Plan de Trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas representacionales</li> <li>• Herramientas de CV y CNV</li> <li>• Herramienta visual para detectar los posibles engaños mediante movimientos corporales.</li> </ul>

<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compromiso para el proceso terapéutico.</li><li>• Plan de acción (proceso terapéutico).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estas herramientas permitieron determinar el diagnóstico y establecer una buena alianza terapéutica, tanto con el paciente como con los padres.</li></ul>
-------------------	---	---

## 2.2. EL PAPEL DE LAS HERRAMIENTAS DE LAS GESTALT EN LA FASE INICIAL

FASE	FASE INICIAL 4 – 8 SESIÓN	
PROCEDIMIENTO	EXPLICACIÓN	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	NO HAY APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS.	
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar el proceso de auto descubrimiento.</li> <li>• Contestar a las siguientes preguntas: ¿Quién soy yo?, ¿Quién eres tú? y ¿Qué estamos haciendo aquí?</li> <li>• Trabajar la diferenciación (límites interpersonales) en las diferentes áreas de la psicoterapia: Límites y Fronteras del Yo; Separación y límites; Manejo emocional y Relaciones interpersonales.</li> <li>• Encaminar el trabajo de acuerdo con el mapa de la terapia del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante el uso de la palabra y el apoyo psicológico que brinda el terapeuta se contestan preguntas básicas como ¿Quién soy?... pero que para la paciente resultaron complicadas y el inicio de su autodescubrimiento.</li> <li>• Apoyado del mapa primario del paciente y del mapa de la terapia, se desarrollan las habilidades y erradican las conductas negativas.</li> </ul>
<b>HERRAMIENTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque terapéutico: Utilizado para desarrollar habilidades de darse cuenta y contacto.</li> <li>• Ejercicios directivos.</li> <li>• Procesos encaminados a trabajar con la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• el enfoque terapéutico: que se utiliza desde la primera cita hasta el cierre del proceso.</li> <li>• Ejercicios directivos: ayudaron a Miriam a conocer y aceptar tanto sus aspectos positivos como negativos.</li> <li>• Dramatización: de hechos y eventos reales que</li> </ul>



	<p>diferenciación (dramatización y descripción).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas para recuperar proyecciones positivas y negativas a nivel superficial.</li> </ul>	<p>permitieron a Miriam darse cuenta de su situación y de que la mentira no la estaba ayudando a conseguir sus metas.</p>
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización del sensorio manifestado por una mayor claridad para describir, sentir, experimentar e interpretar las sensaciones vividas a través de sus sentidos, dándoles un significado y acciones acordes a las necesidades reales propias.</li> <li>• Hablar en primera persona de sus sensaciones y emociones, relacionándolas con su experiencia.</li> <li>• Ampliar su habilidad de darse cuenta de sus emociones y de las de los demás, expresando sus necesidades reales.</li> <li>• Habilidad para recuperar proyecciones a nivel superficial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener un rendimiento académico más alto.</li> <li>• El proceso terapéutico cada vez se tornaba más agradable y menos angustiante.</li> <li>• Contacto más cercano y positivo con sus compañeros de escuela.</li> <li>• Más comunicación familiar, así como apoyo.</li> </ul>

### 2.3. EL PAPEL DE LAS HERRAMIENTAS DE LA GESTALT EN LA FASE INTERMEDIA

FASE	FASE INTERMEDIA 1 – 12 SESIÓN	
PROCEDIMIENTO	EXPLICACIÓN	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la alianza terapéutica.</li> <li>• Fortalecer el respeto y capacidad de escucha del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante el apoyo de los Sistemas representacionales ayudó a mantener y establecer de manera muy favorable la alianza terapéutica.</li> <li>• Mediante la confrontación se fortaleció la tolerancia a la frustración de Miriam, la cual era mínima.</li> <li>•</li> </ul>
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar el autodescubrimiento (pensamientos, sentimientos, experiencias, lenguaje verbal y corporal, etc.) a un nivel más profundo.</li> <li>• Llevar al paciente a aceptar sus partes buenas y malas y las de los demás.</li> <li>• Llevar a la toma de responsabilidad de sus sentimientos y conductas y de lo que provoca en el exterior con esto.</li> <li>• Desarrollar el autocontrol, la toma de decisiones, la capacidad de resolver problemas y formas adecuadas para expresar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante la CV y CNV se llevó a la paciente a autodescubrirse, aceptando sus partes buenas y malas.</li> <li>• Proceso dirigido de juego de palabras: aprendió a tomar la responsabilidad de sus sentimientos y conductas.</li> </ul>

	<p>sus emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	
<b>HERRAMIENTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramientas de la Gestalt.</li> <li>• Procesos encaminados a trabajar con polaridades.</li> <li>• Procesos encaminados a la resolución del conflicto, utilizando las Técnicas de Recuperación de Proyección y/o Diálogo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyando al desarrollo del pensamiento reflexivo y toma de decisiones con responsabilidad.</li> <li>• Resolución de conflictos, mediante herramientas de recuperación de Proyección y de Dialogó. Donde el terapeuta siempre devuelve algo al paciente.</li> </ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de los conflictos manifestados por el paciente.</li> <li>• Mayores habilidades emocionales, manifestadas en una conducta más adaptada al medio.</li> <li>• Capacidad de darse cuenta que le permite ser consciente de las situaciones que provoca en el ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante la utilización de la diversas herramientas y técnicas que brinda la Gestalt se logró resolver los conflictos que manifestaba Miriam.</li> <li>• También logro manifestar de manera más clara y fluida sus emociones, tanto positivas como negativas, y saber que era su responsabilidad la forma en que actuaba.</li> <li>• Erradicar la mentira casi en su totalidad. Desarrollando mayores habilidades emocionales.</li> <li>• Darse cuenta de las situaciones que provoca en el ambiente. Capaz de expresar ideas y pensamientos propios y no fantasiosos.</li> <li>• Trabajar duelos inconclusos.</li> </ul>

## 2.4. EL PAPEL DE LAS HERRAMIENTAS DE LA GESTALT EN LA FASE FINAL

FASE	FASE FINAL 13 – 15 SESIÓN.	
PROCEDIMIENTO	EXPLICACIÓN	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar el tiempo suficiente para la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso dirigido para la elaboración de la separación entre la paciente y el terapeuta.</li> </ul>
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corroborar el desarrollo de habilidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante la dramatización, corroborar y reforzar las habilidades para la resolución de conflictos</li> </ul>
<b>HERRAMIENTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios directivos encaminados al cierre en las diferentes áreas problemáticas.</li> <li>• Procesos encaminados a la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio directivo, para el cierre del proceso y de las áreas conflictivas.</li> </ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaparición del motivo de consulta.</li> <li>• Existen mayores apoyos externos.</li> <li>• Mayor capacidad para integrar y asimilar las experiencias y cambios a su propio crecimiento y madurez natural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante el apoyo de las herramientas de la Gestalt se logró la desaparición del motivo de consulta, logrando redes de apoyo externa en la paciente, mediante el empleo de herramientas aprendidas en el proceso terapéutico.</li> </ul>

### EJE III. EVOLUCIÓN Y CAMBIO DE LOS PATRONES CONDUCTUALES

#### 3.1. EVOLUCIÓN Y CAMBIO DE LOS PATRONES CONDUCTUALES EN LA FASE DE DIAGNÓSTICO

FASE	FASE DE DIAGNÓSTICO 1 – 3 SESIÓN	
PROCEDIMIENTO	EXPLICACIÓN	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el compromiso psicológico.</li> <li>• Explorar áreas de conflicto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece el rapport aun cuando su conducta es indiferente y sarcástica.</li> <li>• Su conducta permite explorar las áreas de conflicto, provocando problemas escolares, sociales y familiares. Esto a raíz de su conducta, ya que se reporta que es mentirosa y no cumple con las normas sociales.</li> </ul>
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar los instrumentos de medición:</li> <li>• Elaborar el Mapa primario.</li> <li>• Elaborar el Mapa de la terapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiferente hacia la aplicación de herramientas e instrumentos de medición.</li> </ul>
<b>HERRAMIENTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de medición.</li> <li>• Formato del Mapa Primario.</li> <li>• Formato de los Mapas de la Terapia.</li> <li>• Formato del Plan de Trabajo.</li> </ul>	INDIFERENCIA Y ENOJO.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso para el proceso terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aún con su actitud accede al proceso terapéutico.</li> </ul>

<b>RESULTADOS</b>		Comprometiéndose a acudir a las sesiones. <ul style="list-style-type: none"><li>• Mediante su actitud y los resultados de los instrumentos, reporta que es mentirosa patológica.</li></ul>
-------------------	--	--

### 3.2. EVOLUCIÓN Y CAMBIO DE LOS PATRONES CONDUCTUALES EN LA FASE INICIAL

FASE	FASE INICIAL 4 – 8 SESIÓN	
PROCEDIMIENTO	EXPLICACIÓN	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la alianza terapéutica.</li> <li>• Continuar con la exploración y conocimiento del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante el trabajo terapéutico Miriam Fluctúa mucho en su conducta y sentimientos. Pasa del enojo al dolor, del coraje a estar tranquila y feliz.</li> <li>• Esto nos permite darnos cuenta del cambio de conducta.</li> </ul>
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar el proceso de auto descubrimiento.</li> <li>• Contestar a las siguientes preguntas: ¿Quién soy yo?, ¿Quién eres tú? y ¿Qué estamos haciendo aquí?</li> <li>• Encaminar el trabajo de acuerdo con el mapa de la terapia del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la fase inicial maneja y expresa mucho el enojo y la frustración.</li> <li>• Esto le permite manejar la diferenciación o límites interpersonales.</li> </ul>
<b>HERRAMIENTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque terapéutico: Utilizado para desarrollar habilidades de darse cuenta y contacto. .</li> <li>• Técnicas para recuperar proyecciones positivas y negativas a nivel superficial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialmente la herramienta de la CNV le frustra ya que con este elemento es como la confronto para hacerle ver que está mintiendo.</li> <li>• Mediante la dramatización es capaz no solo de demostrar enojo, de manera limitada pero empieza a mostrar dolor y tristeza por su situación.</li> </ul>

<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organización del sensorio manifestado por una mayor claridad para describir, sentir, experimentar e interpretar las sensaciones vividas a través de sus sentidos.</li><li>• Hablar en primera persona de sus sensaciones y emociones, relacionándolas con su experiencia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevalecen sentimientos negativos, pero es capaz de expresarlos, así mismo aunque mínima su conducta ha ido mejorando, ya que maneja mejor el carácter. Se controla más.</li><li>• Es capaz de hablar de ella misma, aun cuando todavía dicen muchas mentiras para adornar su situación actual.</li></ul>
-------------------	---	---



### 3.3. EVOLUCIÓN Y CAMBIO DE LOS PATRONES CONDUCTUAUALES EN LA FASE INTERMEDIA

FASE	FASE INTERMEDIA 9 – 12 SESIÓN	
PROCEDIMIENTO	EXPLICACIÓN	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar el pensamiento reflexivo del paciente, guiando su intervención a lo largo de las sesiones hacia la ampliación del darse cuenta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir de la sesión 13 llega más contenta y relajada.</li> <li>• Su conducta se torna más amable y con un mayor respeto.</li> <li>• Es capaz de dar respuestas alternativas que no sea la mentira ante una situación amenazante.</li> </ul>
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar al paciente a aceptar sus partes buenas y malas y las de los demás.</li> <li>• Llevar a la toma de responsabilidad de sus sentimientos y conductas y de lo que provoca en el exterior con esto.</li> <li>• Resolver los conflictos identificados (asuntos inconclusos, Gestalt inacabadas, conflictos reales).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llega a aceptar que tiene un problema, y que así mismo acepta sus partes buenas y malas, pero también pretende aceptar la de los demás.</li> <li>• Se da cuenta que su conducta es ineficiente y que las consecuencias han sido desfavorables, por lo que se produce un cambio de actitud, donde se torna más cooperativa con el proceso.</li> <li>• Al aceptar esta parte se trabaja con los conflictos identificables.</li> </ul>
<b>HERRAMIENTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramientas de la Gestalt.</li> <li>• Procesos encaminados a trabajar con polaridades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su conducta es más cooperativa para trabajar con las herramientas y técnicas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos encaminados a la resolución del conflicto, utilizando las Técnicas de Recuperación de Proyección y/o Diálogo.</li> </ul>	
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de los conflictos manifestados por el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el pensamiento reflexivo en el aprendizaje y acciones llevadas a cabo fuera de la terapia.</li> <li>• Su rendimiento escolar ha mejorado.</li> <li>• Las relaciones sociales han mejorado, ya que se reporta que empieza a tener relación social con integrantes de su grupo.</li> <li>• Mayores habilidades emocionales, manifiesta conductas más adaptadas al medio.</li> </ul>

### 3.4. EVOLUCIÓN Y CAMBIO DE LOS PATRONES CONDUCTUALES EN LA FASE FINAL

FASE	FASE FINAL 13 – 15 SESIÓN.	
PROCEDIMIENTO	EXPLICACIÓN	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar el tiempo suficiente para la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiente capacidad mental, psicológica e intelectual para un buen manejo de la separación de la terapia y del terapeuta.</li> </ul>
<b>OBJETIVOS DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guiar el pensamiento reflexivo en el aprendizaje y las acciones hacia los logros.</li> <li>• Corroborar el desarrollo de habilidades, la resolución de los conflictos, para darle de alta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja el nivel de mentiras.</li> <li>• Diferente manejo de las situaciones problemáticas</li> <li>• Cambio conductual notable</li> <li>• Mediante ejercicios de dramatización se corrobora el desarrollo de nuevas habilidades.</li> </ul>
<b>HERRAMIENTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios directivos encaminados al cierre en las diferentes áreas problemáticas.</li> <li>• Procesos encaminados a la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición y entusiasmo para la elaboración de duelos y terminación del proceso terapéutico.</li> <li>• Dramatización, permite el cierre de las diferentes áreas problemáticas.</li> </ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaparición del motivo de consulta.</li> <li>• Existen mayores apoyos externos.</li> <li>• Mayor capacidad para integrar y asimilar las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaparición del motivo de consulta.</li> <li>• Suficiente capacidad para integrar y asimilar experiencias y cambios.</li> </ul>

	<p>experiencias y cambios a su propio crecimiento y madurez natural.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Su habilidad de darse cuenta funciona a su favor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ser conciente de los beneficios que le trajo el cambio de conducta.</li><li>• Cambio en la actitud, así mismo se le nota más activa, más tranquila.</li><li>• Al término del tratamiento, de las situaciones más significativas es que sus relaciones sociales se han vuelto más sanas.</li><li>• El cierre se hizo con cita abierta, donde no se agenda una sesión.</li><li>• El motivo de sesión abierta, es por alguna posible recaída en la conducta.</li></ul>
--	--	---

## **12. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados para cada uno de los ejes temáticos, basados en un estudio de caso de una adulta joven de 19 años fueron los siguientes:

1. Manejo de la mentira patológica en proceso terapéutico gestáltico.
2. El papel de las herramientas de la Gestalt.
3. Evolución y cambio de los patrones conductuales.

### **Eje I. Manejo de la mentira patológica**

La necesidad de realizar un estudio sobre el manejo de la mentira patológica en proceso terapéutico gestáltico de un adulto joven, viene exigida por las demandas actuales de la sociedad. Ya que actualmente las sociedades se rigen en base a la mentira debido a las exigencias de la moda, del conocimiento, del materialismo, etc.

Sin embargo esto no solo ha afectado a nivel social; si no que psicológicamente los individuos se están viendo perturbados, sin embargo pocos estudios dan cuenta del manejo de la mentira, por lo tanto no se está preparado para manejarlo en los procesos terapéuticos.

Mediante el proceso terapéutico gestáltico se puede observar que se puede manejar la mentira patológica, ya que mediante las 4 fases se ve un avance considerable de la conducta de la paciente.

Así mismo los resultados nos reportan que con un buen manejo de la mentira en las diferentes etapas se da una reestructuración del Self. La paciente empezó a mejorar en el aspecto académico, motivo por el cual fue referida a proceso terapéutico.

Se encontró que en cuanto al manejo de la mentira, la paciente presentaba no solo problemática en el área académica, sino que también presentaba aislamiento social y familiar. Por lo que se torno una joven solitaria y ensimismada.

Mediante el manejo de la mentira con herramientas de la Gestalt se logró una nueva adaptación en el aspecto social, personal y familiar. Hubo mayor comunicación con la familia, en el aspecto escolar se reporto que compañeros de clases eran más tolerantes con ella y poco a poco se integro en el grupo.

En cuanto al proceso terapéutico, los resultados fueron favorables con las 4 fases que fueron:

1. Fase de diagnóstico
2. Fase inicial.
3. Fase intermedia.
4. Fase final.

Otro de los beneficios del proceso terapéutico gestáltico es que permite una recuperación de corto a mediano plazo, situación que favorece a las sociedades actuales, que prestan poco tiempo al cuidado de la salud psicológica.

## **Eje II. El papel de las herramientas de la Gestalt**

La Gestalt se caracteriza por el manejo de diversas técnicas y herramientas, que apoyan al proceso terapéutico. Las cuales fueron de mucha utilidad para el resultado favorable del proceso terapéutico en el manejo de la mentira patológica en el adulto joven.

En cuanto al estudio de caso que compete a esta investigación, mediante las herramientas de la Comunicación Verbal y la Comunicación No Verbal, los Sistemas Representacionales, ejercicios directivos, confrontación, dramatización, etc. Se logro no solo un diagnóstico favorable, si no que permitió el desarrollo de nuevas habilidades positivas de la paciente.

Para poder apoyarnos y hacer un diagnóstico diferencial confiable, se aplicó la prueba del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2), el cual proporciona los siguientes resultados.

La prueba maneja una escala de mentira la cual resulta muy elevada, de acuerdo con el diagnóstico diferencial, la mentira es un síntoma secundario de la desviación psicopática.

Los resultados mencionan que Miriam cuenta con un perfil normal, sus características radican dentro de rasgos de personalidad, siendo su característica de personalidad rasgos psicopáticos seguidos de rasgos histéricos.

Este diagnóstico nos permite determina que Miriam padece de una conducta compulsiva hacia la mentira, sin presentar una patología mayor, al ser tratada en proceso terapéutico permite la reestructuración de su conducta.

Cuando la paciente acudió a terapia mostraba cierto grado de depresión, tipificado como tristeza leve, lo cual nos muestra que cuando pierde el control de la situación tiende a la depresión.

Mostraba altanería y desinterés, como un motivo de defensa contra sus angustias, las cuales mediante el manejo adecuado, logro disiparlas.

Así mismo, mediante estas herramientas se pudo trabajar con los distintos sentimiento, positivos y negativos, logrando la aceptación de ambos como parte del Self.

Se trabajaron duelos no resueltos y situaciones de conflictos que estaban influyendo en el comportamiento de la paciente, en este caso de mentir de manera compulsiva.

Además de las herramientas otro apoyo indispensable es la capacidad del terapeuta, que logre una buena alianza terapéutica y que sea un acompañante apto en el proceso del paciente.

El apoyo de las herramientas permitió desarrollar el pensamiento reflexivo del paciente, guiando su intervención a lo largo de las sesiones hacia la ampliación del darse cuenta para la comprensión de las situaciones que vive, de las conductas ineficientes y sus consecuencias, guiándolo hacia maneras alternativas de respuesta para lograr conductas socialmente efectivas.

Las herramientas de la Gestalt apoyan en los cierres terapéuticos, guiándolo hacia la transferencia del aprendizaje en acciones que sean efectivas para él en su medio ambiente.



### **Eje III. Evolución y cambio de los patrones conductuales**

Sin lugar a duda, la evolución y el cambio en la conducta de la paciente fueron notorios, ya que a través de las fases del proceso terapéutico gestáltico pasó por distintas etapas, donde en un principio llegó con indiferencia y sin ningún interés.

Posteriormente en la fase inicial paso momentos largos de ira y de dolor, sin embargo lejos de preocupar, lo que estaba pasando en el proceso terapéutico es que estaba ocurriendo un cambio, el cual se pretendió y se logro hacer una reorganización sensorial y emocional, que le permitió darse cuenta a la paciente de lo que su cuerpo sentía, de reconocer y aceptar sus sentimientos ocultos, de aceptar también los sentimientos de los demás, de utilizar su lenguaje de manera constructiva y sin mentiras para describir lo que siente y poder expresar de manera libre sus emociones.

En la fase intermedia en cuestión de evolución y cambio de los patrones conductuales fue donde más se trabajo con su la reconstrucción del Self, pasando de un Falso self a un Self integrado; permitiendo a la paciente auto descubrirse y reestructurar sus patrones conductuales en las diversas áreas de su vida logrando el bienestar y un mejor funcionamiento de su Gestalt.

Este proceso se fue dando a lo largo de las distintas fases, donde paso a ser una joven altanera e indiferente, a una joven amistosa, relajada, contenta y satisfecha de encontrar formas más saludables de utilizar sus pensamientos e ideas y así satisfacer sus necesidades.

Finalmente unos de los mayores logros, fue dejar detrás muchos fantasmas que estaban haciendo la paciente perdiera su individualidad

La conducta del ser humano es definida desde su niñez, ya que es tomada de todo el medio que lo rodea, sin embargo cuando un individuo presenta problemas conductuales es importante llevar un proceso donde le permita modificarlos, en este caso Miriam mediante el proceso terapéutico gestáltico modifico varias conductas como la pereza, el aislamiento, la rebeldía, entre otras, las cuales le permitieron hacer una reintegración de su Gestalt.

Cuando esto sucede en las personas, por consiguiente se ve favorecida su ambiente social, familiar, escolar, entre otros.

Mediante el sistema dialéctico y significativo en permanente interacción intersistémica e intrasistémica, y que, normalmente, involucra una modificación mutua entre el individuo y su entorno social, así como una modificación de su mundo interno Miriam pudo modificar su conducta.

La conducta puede ser normal o patológica (González, 1996), y tanto en uno como en otro caso se manifiesta en las tres áreas del cuerpo, la mente y el mundo externo.

- Desde un enfoque totalizador se define la conducta como estructura, como sistema dialéctico y significativo en permanente interacción, intentando resolver desde esa perspectiva la antinomia mente-cuerpo, individuo-sociedad, organismo-medio.

La inclusión de la dialéctica conduce a ampliar la definición de conducta, entendiéndola no sólo como estructura, sino como estructurante, como unidad múltiple o sistema de interacción, introduciéndose como concepto de interacción dialéctica la noción de modificación mutua, de interrelación intrasistémica.

Tomando estos parámetros se logró la modificación de la conducta de Miriam. Para su beneficio, dando como resultados mejor rendimiento escolar, socialización con sus compañeros de escuela, más apoyos externos, entre otros.

## CONCLUSIONES

La mentira y los ingredientes que la acompañan, son armas de destrucción masiva, se han convertido en la peor agresión contra la integridad psicológica. Pero la exposición de esta gigantesca mentira en la cual vivimos hoy en día inmersos, no provoca su condena sino nuevas justificaciones incluso más insolentes.

El proceso terapéutico gestáltico, cumplió con las herramientas psicológicas necesarias para el manejo de la mentira patológica en el adulto joven, a lo largo del proceso se pudo ver la evolución de la paciente en sus patrones conductuales.

Durante el estudio de caso de esta adulta joven en el proceso terapéutico gestáltico, se puede palpar y llegar a la conclusión de que la mentira es una forma de eludir la realidad, y por lo tanto la mentira se da porque el individuo obtiene cierto placer o una ganancia secundaria.

Es por esto la importancia de estar prevenidos ante la presencia de individuos con habilidades para mentir, ya que se corre el riesgo de reforzar esa conducta.

Como terapeutas se debe estar prevenido ante la nueva ola de enfermedades, que aquejan a la mayoría de los individuos motivadas por las crisis colectivas.

En cuanto al uso de herramientas psicológicas específicamente los de la Comunicación Verbal y la Comunicación no verbal, se llega a la conclusión, de que son elementos que deben estar presentes en el proceso terapéutico gestáltico, ya que apoyan en la detección de la mentira, basándose en las posturas, en la voz, en la ruborización, en la actividad no verbal del individuo.

Así mismo, la Gestalt se apoya de otras herramientas, útiles para el manejo de la mentira patológica, ayudando a los individuos a cambios en sus patrones conductuales; mediante la dramatización y ejemplificación de su situación actual.

A pesar del gran impacto en la sociedad, son pocos los estudios que se han dedicado a analizar, en forma específica, los efectos que causa la mentira no solo en el ámbito social, si no a nivel personal, ya que el mentiroso patológico vive rodeado de fantasmas y en las tinieblas.

A lo largo de este trabajo se puede concluir que la mentira es una manifestación consciente, voluntaria e intencional con el fin de lograr un objetivo externo claramente definido.

Así mismo, entra en controversia si la mentira es una conducta aprendida, Porot (1977), menciona que la actitud del niño frente a la mentira, depende en alguna medida del comportamiento del adulto, en particular el de los padres.

Así se comprueba que cuando alguna persona miente, sus allegados en este caso los padres también recurren a la mentira para deslindarse de responsabilidades.

Se concluye que a la hora de precisar el diagnóstico, es frecuente encontrarse de repente con la noticia de que la mentira, que ha evolucionado de manera psicopatológica, representa solo un síntoma secundario de una psicopatología aún más amplia.

La mentira puede encontrarse en diversas manifestaciones nosográficas, como lo son; desequilibrios o debilidades mentales, la paranoia, los perversos, los trastornos sicopáticos o de carácter, la histeria, entre otros.

Se concluye así mismo que la mentira patológica es difícil de diagnosticar como un fenómeno aislado debido a que se le encuentra muy ligada y coexiste con otras psicopatologías descritas aun más amplias.

El mentiroso patológico o mitómano, miente con determinada finalidad y la mentira tiene un carácter marcadamente activo, lleva adelante su mentira y trata de conseguir con ello algún fin, para lo que se requiere una enorme imaginación y una gran capacidad histriónica, son actores natos y de una gran calidad lo que hace que consigan cierto éxito.

Además es muy importante la forma en que se manejan, en general son personas muy cuidadosas de los lugares donde se mueven y ejercen su acción y tienen un manejo de lo verbal y de lo gestual que los hacen encantadores.

Sin embargo, son personas muy infelices y que presentan grandes estragos en sus relaciones sociales, es por esto la importancia de un manejo adecuado en proceso terapéutico, ya que muchas veces no se le da la importancia al factor de la mentira.

En el caso de los mentirosos patológicos hay una gran discusión entre pensadores acerca de si, de última, terminan creyendo sus propias mentiras. Los campos se dividen.

Muchos sostienen que los mitómanos o mentirosos patológicos terminan creyéndose sus mentiras y es en función de ello que pueden realizar las acciones que realizan.

Otros sostienen que la idea de estar distorsionando la realidad está siempre presente en la psiquis, prueba de ello es que cuando son descubiertos inmediatamente abandonan el personaje, ya que muchas veces se adjudican

características fantásticas que no pertenecen a ellos, sin embargo que los hacen sentir importantes y seguros de su persona.

Se le denomina personaje, porque actúan como actores, que cuando son descubiertos en sus mentiras abandonan ese personaje o ciertas características de personalidad que no son propias de su psiquis.

El hecho de que los mitómanos o mentirosos patológicos una vez descubiertos abandonen su personaje y no permanezcan con la certeza de ser lo que no son es lo que distingue la mitomanía del delirio.

Podría pensarse tranquilamente que la mitomanía es un cuadro delirante, pero justamente el hecho de abandonar el personaje y no aferrarse a la certeza es lo que la distingue del delirio.

Se llega a la conclusión de que otra característica del mentiroso patológico es la poca ambición respecto de lo material que poseen. Al decir de Schneider (1980), lo que persiguen es el aprecio, la estimación, el reconocimiento, esta es su finalidad.

Colateralmente pueden obtener algún beneficio económico, generalmente producto de alguna estafa o algo relacionado con ello, pero no es lo que buscan sino sólo algo colateral más que principal. Esto lo diferencia del farsante.

El manejo de la mentira en el adulto joven en proceso terapéutico gestáltico, resulto muy efectivo para la reconstrucción de la Gestalt de la paciente.

Como se pudo percibir la paciente llegó siendo una chica introvertida, enojada y altanera ante los diversos grupos en los que se desenvolvía, el motivo; su recurrente conducta de mentir a los demás, cierto tiempo funcionó esta conducta, sin embargo cuando fue descubierta, enfrentó el rechazo no solo de

compañeros escolares, si no del personal docente, cabe aclarar que en el ámbito familiar la situación no era muy alentadora.

Mediante la intervención inmediata y el conocimiento del manejo de la mentira, la paciente resultó muy beneficiada del tratamiento, aun siendo un tratamiento de corta duración, los resultados fueron efectivos, mediante la reestructuración de sus patrones conductuales.

Una parte importante del éxito del tratamiento, es conocer las expectativas y fantasías que se tienen del tratamiento, haciendo un encuadre oportuno y claro. Se trabajó con sus áreas de conflicto, logrando la reestructuración del Self, se logró mediante una buena alianza terapéutica, indispensable para avanzar en el proceso terapéutico.

Cuando la paciente depositó confianza en el terapeuta y en el proceso, el cambio conductual empezó a surgir.

Para poder lograr el manejo de la mentira fueron indispensables las herramientas de la Gestalt, así como el apoyo de pruebas psicológicas.

Mediante la dramatización, ejercicios directivos, elaboraciones de mapas se permitió hacer una planeación efectiva del proceso terapéutico. Se permitió descifrar el estado de ánimo y al disposición de la paciente, la comunicación paso d ser casi nula a fluida e interesante.

Otra de las herramientas indispensables fue la de Comunicación Verbal y la Comunicación No Verbal, ya que como propone Ekman (1991) mediante estas técnicas es posible detectar al mentiroso o tener indicios de posibles mentiras, que resultaron efectivas en el manejo corporal de la paciente.

Para poder apoyarnos y hacer un diagnóstico diferencial confiable, se aplicó la prueba del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2), el



cual resultó de gran apoyo y efectivo, ayudando no solo a la detección de la patología, sino también al manejo de la mentira y del proceso terapéutico que se siguió.

La evolución y cambio de los patrones conductuales fue notoria, eso hubiera sido posible si un manejo adecuado de la mentira y el apoyo de las herramientas de la Gestalt que se aplicaron.

Si los profesionales de la salud prestan mayor atención a las manifestaciones mentirosas del individuo, tal vez podrían prevenirse manifestaciones psicopatológicas importantes en la etapa adulta principalmente.

Para finalizar, este estudio permite ampliar la gama de herramientas dentro de la psicología, para un trabajo más efectivo y eficiente en los procesos terapéuticos.

## **LIMITACIONES.**

- Dentro de las limitaciones, una de las más grandes fue encontrar bibliografía que diera cuenta a cerca del origen y el desarrollo de la mentira, tanto en su forma normal como patológica.
- Otras de las limitaciones fue, que existen muchas discrepancias a la hora de presentar los diagnósticos nosográficos de la mentira patológica, por lo que integrar la información fue complicado.
- Existe poca información del manejo la mentira en un proceso terapéutico, por lo que la bibliografía también en éste aspecto fue mínima.
- El poco conocimiento del tema, retardo el proceso de recopilación de información y finalización del mismo.

## **SUGERENCIAS.**

- Se sugiere, continuar con la investigación de la mentira patológica, ya que siguen sin respuesta muchas cuestiones y dan pie a nuevas líneas de investigación.
- Introducir o dar a conocer las herramientas del modelo de la Programación Neurolingüística, para el uso de estas en los procesos de psicoterapia.
- Promover a los encargados de la Salud, el manejo de la mentira en el adulto joven, apoyado con herramientas de la Programación Neurolingüística en psicoterapia Gestáltica.
- Que esta investigación sirva de fundamento para la apertura de nuevas investigaciones; así como la concientización a los psicólogos y psiquiatras del conocimiento de la mentira tanto en su forma normal y patológica.
- Que sirva como manual, para las nuevas generaciones de psicólogos, psiquiatras y estudiosos de la Salud; para que estén preparados ante las nuevas exigencias en los procesos terapéuticos.

## REFERENCIAS.

Alejandro J. B. (1993). Qué es la PNL. El Ojo Escéptico. (6). Recuperado el 30 de febrero de 2007 del sitio web: <http://www.pnlnet.com>

Ajuriaguerra, J. (1972). Las organizaciones neuróticas en el niño: Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Toray- Masson.

Axline, V. (1983). Terapia de juego. México: Diana.

Baumgardner, P. (1987). Terapia Gestalt. México: Concepto.

Bandler, R. y Grinder, J. (1982). De sapos a príncipes. Chile: Cuatro Vientos.

Bandler, R. y Grinder, J. (1983). Programación Neurolingüística: La magia en acción. Barcelona: Sirio.

Bonilla, M. y García, G. (2002). La perspectiva cualitativa en el quehacer social. México: CADEC.

Bouyer, L. (1986). Tomás Moro, Humanista y Martir. Madrid: Encuentro.

Chomsky, N. (1957). La nueva lingüística. Bogotá: Nauta.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Revista Anuales de Psicología. (19). Recuperado el 20 de marzo de 2007 del sitio web: [http://www.um.es/analesps/v19\\_2/04-19\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v19_2/04-19_2.pdf)

Cudicio, C. (1993).Cómo comprender la PNL. Madrid: Granica.

Davis, F. (1989). La Comunicación No Verbal. México: Alianza.

DeCarvalho, R. (1990). History of the "Third Force". Journal of Humanistic Psychology. (30). New York.

Delgado y Gutiérrez. (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis.

Ekman, P. (1991). Cómo Detectar Mentiras. México: Paidós

Erikson, E. (1976). Infancia y sociedad. Buenos Aires: Hormé.

Fadiman y Frager. (1979). Teorías de la personalidad. México: Harla.

Feixas, G. y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Fernández, A y Rodríguez, B. (2001). La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée De Brower.

Fiorini, H. J. (2000). Teoría y Técnica en Psicoterapia. Argentina: Nueva Visión.

Freud, A. (1973). La mentira: Algunas consideraciones generales. Normalidad y patología en la niñez. Buenos Aires: Paidós.

Fuentes, X. (2004). Construcción de la alianza terapéutica: algunos supuestos que la sostienen. Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. (18). Chile.

García, F. (2003). Y es gracias a la noche que el día se significa: Proceso Figura-Fondo en Psicoterapia Gestalt. México: CIEPGFP.

Garrison, A. (2001). Psicología humanista. Buenos Aires: Hormé.

González, L. (1996). P.N.L. Comunicación y Diálogo. México: Trillas.

González, F.L. (2002). Investigación Cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos. México: Thomson Editores.

Gregory, R. J. (2001). Evaluación Psicológica. Historia, principios y aplicaciones. México: Manual Moderno.

Herald, A. (2006). Un estudio breve sobre los mentirosos. Miami. Recuperado el 30 de diciembre de 2006 en el sitio web: <http://www.lakermese.net/herald/adriana09-05.html>

Hernández, R. (2003). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.

Horvarth, A. y Luborsky, L. (1993). El rol de la alianza terapéutica en la psicoterapia. Journal of Consulting and Clinical Psychology. (4). Recuperado el día 02 de Abril, 2007 del sitio web de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina: <http://www.apra.org.ar>

Laverde Rubio, E. (1986) La mentira y sus motivaciones inconscientes. Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. (11). Colombia.

Lecaros, J. (2007). Mentiras adolescentes. Madrid: HF.

Mackinnon. A. (1975). Psiquiatría Clínica Aplicada. México: Interamericana.

Mehrabian. (1996). Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale. Alta Mesa, Monterrey, CA: Mehrabian. Recuperado el 15 de abril de 2007 del sitio web: <http://www.wp.com/mehrab/ei.html>

- Melian, A. (2004). Estudio de la mentira. Revista punto de encuentro. (21). España.
- Mohl, A. (2003). El Aprendiz de Brujo. Programación Neurolingüística. Barcelona: Sirio.
- Nunberg, H. (1980) Sobre la psicología de la mentira. Reunión científica del 7 de Abril de 1909. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Oaklander, V. (1978). Ventanas a nuestros niños. Terapia Gestáltica para niños y adolescentes. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- O'Connor y Seymour (1990): Introducción a la PNL. Barcelona: Urano.
- Opazo, R. (2001). Psicoterapia integrativa: delimitación clínica. Santiago: ICPSI.
- Osman, A. (1992). La Salud mental en la tercera edad. Buenos Aires: Akadia.
- Padrini, F. (1995). El Lenguaje Secreto del Cuerpo. Barcelona: De Vecchi
- Papalia, D. (1988). Psicología. México: McGraw-Hill.
- Piaget, J (1999). Psicología de la inteligencia. Buenos Aires: Psique.
- Porot, A. (1977) Diccionario de psiquiatría 2. (4). Barcelona, España: Labo
- Robbins, A. (1991). Poder sin límites. Editorial Grijalbo. Caracas: Autor.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Aljibe.
- Rogers, C. (1951). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós.
- Safran, J y Segal, Z. (1994). El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Barcelona: Paidós.
- Safran, J. y Muran, C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide. Nueva York: The Guilford Press.
- Salama, H. (1989). El Enfoque Gestalt, una psicoterapia Humanista. México. Manual Moderno.
- Salama, H. (1996). Gestalt de Persona a Persona. México. I.M.P.G.
- Salinas, T. (2003). Nociones de Psicología. Perú: Adunk SRL.

Sambrano, J. (1997). PNL para todos. Caracas: Alfadil.

Santibáñez, P. (2001). La alianza terapéutica en psicoterapia. Chile: Pontificia Universidad.

Schneider, K.(1980). Personalidades Psicopáticas. Madrid: Moreta.

Shub, N. (1992). Gestalt therapy over time: Integrating difficulty with diagnosis. In Nevis, E. C. (Ed.) Gestalt therapy: Perspectives and Applications. New York: Gardner Press (Gestalt Institute of Cleveland Press series).

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Piados.

Villoria, N. (1987). Vivir vs. Sobrevivir. Caracas: Alfadil.

Wilber, K. (1999). Psicología Integral. Barcelona: Kairós.

Yontef, G (1995). Proceso y diálogo en psicoterapia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

## **ANEXO 1. HISTORIA CLÍNICA.**

### **I. DATOS GENERALES.**

- Nombre: Miriam.
- Edad: 19 años.
- Escolaridad: preparatoria 3°
- Fecha de nacimiento: 04.01.88
- Lugar de nacimiento: Morelia, Mich.
- Nombre del padre: Jaime.
- Edad: 47 años.
- Ocupación: profesionista.
- Nombre de la madre: Miriam.
- Edad: 45 años.
- Ocupación: profesionista.
- Nivel socioeconómico: medio.
- Domicilio: -----
- Religión: católica.
- Fuente de información: madre, padre, profesores, amigos.
- Grado de confiabilidad: alto.
- Referido por: escuela.
- Frecuencia: 1 vez a la semana.
- Fecha de admisión: febrero, 2007.
- Fecha de elaboración: mayo, 2007.
- Terapeuta: Alba Mariana Gómez Barajas.

### **II. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE.**

Miriam aparentemente es una chica joven común y corriente, con 19 años de edad finalizando la etapa de la adolescencia y adentrándose a la vida adulta sin mayor conflicto aparente; usualmente asiste a terapia con ropa “a la moda”,



usualmente usa pantalones de mezclilla ajustados, blusas llamativas con algún motivo gráfico o lisas, zapatos muy femeninos. Su complexión física es delgada, lleva pelo largo y lacio, sus facciones son finas.

### **III. IMPRESIÓN DEL PACIENTE.**

Da la impresión de ser una chica muy sociable, habla demasiado, pero dice poco de sí. Sus movimientos son “escandalosos, exagerados y llamativos”, así mismo es altanera y denota disgusto.

### **IV. MOTIVO DE CONSULTA.**

- **Manifiesto:** El motivo de consulta es que la chica tiene bajo rendimiento escolar, aun más lo que preocupa a los profesores es los conflictos que últimamente ha tenido con sus compañeros de la escuela; ya que paso de ser “la niña popular” a ser una chica que no tenía amigos y era rechazada por la mayoría.
- **Latente:** Miriam presenta un conflicto ya que no le gusta respetar muchas de las reglas escolares y familiares, sin embargo se ha detectado que utiliza la mentira de manera compulsiva para “poder funcionar” en la sociedad y ser aceptada, esto le permite escapar por momentos de su realidad. El problema de aceptación se encuentra vigente y no logra encontrar un lugar, un espacio en donde ser, solo a través de la mentira.

### **V. FACTOR DESENCADENANTE**

Después de haber repetido el último año de bachillerato, lejos de su amigos, aunque la misma escuela era un nuevo ambiente, han generado que no logre adaptarse al medio, es cuando se ve más marcada la tendencia a la mentira de

una forma más compulsiva, ya que miente en las escuela, a sus padres, a sus compañeros y esto ha generado el rechazo de la sociedad en general. La cual la ha llevado a tener poco contacto social, escolar y familiar.

## **VI. ENFERMEDAD ACTUAL.**

Miriam muestra cierto alejamiento de cualquier contacto social, solo logra estar ligada mediante el uso de la mentira, no tiene amigos ni relación significativa con algún compañero de la escuela. Pasa mucho tiempo encerrada en su cuarto y conectada a internet, menciona que ahí si tiene amigos. Anteriormente, mencionan los padres, Miriam se mostraba feliz, era una niña que tenía amigos, le gustaba salir al café o al cine, pero ahora todo ello se ha ido quedando del lado.

## **VII. HISTORIA FAMILIAR.**

Cuenta con una familia nuclear biparental (ambos padres), sus padres están casados hace 23 años. Ambos padres profesionistas, Miriam de 45 años de edad, Licenciado en Contabilidad, trabajando para una dependencia de gobierno del estado, originaria de Zamora, Michoacán. En padre, Jaime, Licenciado en Contabilidad, así mismo trabaja para una dependencia de Gobierno del estado, originario de León, Guanajuato.

Ambos viven en la ciudad de Morelia desde hace más de 30 años, se conocieron estudiando en la preparatoria del estado. En el último año de bachillerato.

De acuerdo con los relatos de los padres, ambos se conocieron en la ciudad de Morelia, fueron novios al poco tiempo que Jaime llegó a radicar en Morelia y terminar sus estudios de bachillerato, mencionan literalmente “aún cuando nuestra relación no ha sido fácil, estamos unidos por nuestra hija”.

Mencionan que decidieron casarse a la edad de 22 años cuando Miriam resulto embarazada, Jaime estaba cumpliendo los 24 y concluyendo su Licenciatura, motivo por el cual adelantaron los planes, sin embargo, ese bebé al nacer murió, por asfixia. Un golpe muy fuerte para los padres. Esto siempre se le ocultó a Miriam hija, fue hace menos de un año que se enteró. Así mismo menciona la madre, que tienen muchos problemas, a causa del alcoholismo del padre, a lo cual él dice que no es ningún alcohólico, que va a muchas reuniones por el trabajo, lo cual ha provocado muchas discusiones en la pareja, una vez intentaron separarse, pero solo fue un tiempo breve, Miriam hija tenía la edad de 12 años, esto también se lo ocultaron y lo supo al año después, cuando escucho una discusión de los padres.

El padre menciona que la madre, no ha sido una figura materna como tal, ya que ha fungido como “amiga” de Miriam, no como madre. A lo cual Miriam, siempre que tiene que enfrentar sus responsabilidades por alguna falta, acude al consuelo y aprobación de sus mamá, la cual dice que es mejor tener una relación de “amiga a amiga” que de “madre a hija”, a lo cual menciona el papá que Miriam no respeta las reglas y se confunde, ya que sus límites son nulos.

Ambos llevan una vida aparentemente tranquila, dicen sentir mucho orgullo de tener a Miriam como hija, ya que es la única y dicen literalmente: “llena el hueco que dejó el bebé que murió...”.

Miriam es hasta cierto punto dependiente emocionalmente de sus padres, pero con unos vínculos pobres y mucha ambivalencia, ya que muestra mucha admiración y amor hacia sus padres, pero a la vez con fuertes sentimientos de odio hacía los mismos.

## VIII. HISTORIA PERSONAL.

La historia del desarrollo de Miriam nos muestra que el embarazo fue transcurriendo de manera normal, pero la madre se la pasaba angustiada, debido al evento anterior de su embarazo; aún así menciona que el parto fue normal y sin ninguna dificultad.

El embarazo no fue planeado, pero ambos padres estaban felices. El padre deseaba un varón y la madre dice que no tenía ninguna preferencia lo único que pedía era que naciera bien. Nace en una clínica particular. Su alimentación transcurrió de forma normal, dejó el pecho a los 14 meses la mamá menciona que fue muy difícil quitarle el pecho, continuó con el biberón, hasta casi los 3 años de edad, aún cuando tomaba alimentos más sólidos, de igual manera fue difícil quitarle el biberón.

El sueño en los primeros 3 años de vida fue tranquilo, pero a partir de los 4 aproximadamente empezó a tener pesadillas, por lo cual algunas noches dormía con los padres, aun cuando siempre tuvo su propio cuarto. El control de esfínteres se llevó a cabo en la guardería, transcurrió de forma normal sin presentar ninguna complicación.

En el desarrollo sexual ambos padres han sido muy abiertos en información cuando se requiere. Su salud en general ha sido muy buena, presenta las enfermedades más comunes como gripes, diarrea, a la edad de 4 años le dio paperas, pero fue sin complicaciones, generalmente recurre a tratamientos médicos que finaliza. Su carácter ha sido fuerte, manipulador y muy expresivo; actualmente ha sido más manipuladora, grosera e introvertida.

Los patrones de juegos han sido los propios de una niña, barbies, jugar a la casita, jugar a la mamá, juegos de mesa, le gusta mucho la computadora, jugar en bicicleta, practicaba natación, pero lo dejó hace un año aproximadamente.

Actualmente ya se considera un adulto joven, por lo que esos juegos fueron en la infancia, pero ha dejado su mayor hobby que es la natación.

Practica la religión católica, pero de un año a la fecha, no le gusta ir a misa.

Como eventos significativos el darse cuenta de que su mamá se embarazó y tuvo un hermano el cual murió al nacer, fue antes de su nacimiento, el haber reprobado el último año de bachillerato.

**ANEXO2. INSTRUMENTO PARA DETECTAR EL CANAL SENSORIAL.** (Mohl, 2003).

1. Cuando tengo tiempo libre prefiero:	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ver TV, video, cine, leer un libro</li><li>• Oír música, escuchar radio</li><li>• Hacer deporte, actividad física o manual</li></ul>
2. Que me llama la atención de la gente	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como se ve o se viste</li><li>• Como se oye cuando habla</li><li>• Como se Mueve</li></ul>
3. Aprendo más fácilmente cuando:	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Me muestran lo que hay que hacer</li><li>• Recibo instrucciones verbales</li><li>• Realizo personalmente la tarea designada</li></ul>
4. Cuando estoy en una ciudad que no conozco elijo el camino para llegar a algún lugar	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usando un mapa</li><li>• Preguntando a una persona como llegar</li><li>• Confío en mi orientación para encontrar el camino</li></ul>
5. Disfruto libros o revistas:	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que tengan muchas fotografías</li><li>• Que discutan temas de interés</li><li>• Que cubra deportes o actividades manuales</li></ul>
6. Cuando tengo muchas cosas que hacer, yo...	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hago listas de los pendientes y me imagino haciendo las cosas</li><li>• Me repito internamente las cosas por hacer para que no se me olviden</li><li>• Me siento incomodo hasta no concluir los pendientes</li></ul>
7. Cuando platico con alguien:	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trato de ver lo que me esta diciendo</li><li>• Escucho cuidadosamente para oír lo que tiene que decir</li><li>• Trato de ubicarme en lo que me esta diciendo y si es posible</li></ul>

	experimentarlo
8. Cuando resuelvo problemas yo...	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busco la alternativa que mejor me parezca y aquella que aclare la situación</li> <li>• Hablo acerca de las nuevas alternativas y selecciono aquella que mejor me suene</li> <li>• Evalúo las posibilidades</li> </ul>
9. Me gusta un lugar cuando...	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay cosas que ver y gente que observar</li> <li>• Hay música y conversación agradable</li> <li>• Hay espacio para moverse</li> </ul>





### **ANEXO 3. COMO DETECTAR A UN MENTIROSO. (Alonso, 2006)**

**1. ¿Eres de los (as) que piensan “que se queme la casa sin que yo vea el humo”?**

- a) no. Me molesta esa actitud.
- b) A veces la vergüenza me lleva a actuar así.
- c) Si, no me gusta que conozcan mis debilidades y problemas.

**2. Tiendes a agradecer o complacer a...**

- a) Mi jefe, mis superiores, las autoridades.
- b) Personas importantes o prestigiosas.
- c) Familiares y amigos.

**3. Si tienes problemas, ¿Pides ayuda?**

- a) No, me sentiría un (a) fracasado (a).
- b) Si, creo que es un derecho.
- c) No, si no he sabido actuar es cosa mía.

**4. ¿Haces lo que sea para quedar bien?**

- a) Sí, para tener contactos y me consideren mejor.
- b) Sí, para no tener problemas con los que quiero.
- c) No, lo prioritario es quedar bien conmigo mismo.

**5. ¿Consideras que tienes credibilidad con los que te rodean?**

- a) Generalmente, sí.
- b) Suelen dudar de mi palabra y eso no me trae problemas.
- c) No mucho; me ven como una persona insegura.

## VALORACIÓN.

LETRAS/NÚMEROS	A	B	C
1	4	6	2
2	6	2	4
3	2	4	6
4	2	6	4
5	4	2	6

- **0 – 10 PUNTOS: Posible Mentiroso Patológico:** se cataloga como una persona que se preocupa en exceso por la imagen que los demás tienen a cerca de él en general. Estos individuos tienen una forma de pensar donde ocultan sus verdaderos intereses, posiblemente por el temor de ser lastimados o rechazados. Tienden a vivir en un mundo ficticio y esto muy probablemente genera problemas con los demás, aquí ya se puede considerar un cierto grado de mentira patológica.
- **11 – 20 PUNTOS: Generalmente muy estables:** personas que son sinceras consigo mismas, cuentan con buenos recursos psicológicos y buenas redes de apoyo. No buscan vivir en la apariencia y no son personas que les angustie o vivan siempre pensando lo que otras personas piensan de ellos. Por lo general son muy sinceros, suelen recurrir a la mentira en situaciones muy extremas, sucede cuando la integridad yoica no encuentra otro recurso.
- **21 – 30 PUNTOS: Personas muy inseguras:** son personas que les preocupa mucho perder el aprecio de los demás. Pero la razón principal de su actuar es la inseguridad y no la mentira, ya que por lo general callan sus deseos y opiniones por ese miedo; pero esa actitud genera desconfianza en los demás. Existe un mínimo de respeto hacia sí mismos, pero respeta

mucho a los demás, esto lo hace con la finalidad de mantener el contacto con el otro.

**ANEXO 4. CUADRO DE INDICIOS DE QUE UNA EXPRESIÓN ES FALSA.**  
(Ekman, 1991).

<b>EMOCIÓN FALSA</b>	<b>INDICIO CONDUCTUAL</b>
Temor	Ausencia de una expresión fidedigna en la frente.
Tristeza	Ausencia de una expresión fidedigna en la frente.
Alegría	Participan los músculos orbiculares de los párpados.
Entusiasmo o Interés	No aumenta la cantidad de ilustraciones, o es incorrecta su secuencia temporal.
Emociones Negativas	Ausencia de sudor, de alteraciones en el ritmo respiratorio, de aumento en la cantidad de manipulaciones.
Cualquier Emoción	Expresiones asimétricas, aparición demasiado abrupta, desaparición demasiado abrupta o entrecortada, sincronización incorrecta.

ANEXO 5. MMPI-2.

