

# La conspiración del silencio: mentir u ocultar la verdad

El dilema acerca de mentir, ocultar o decir la verdad se pone de manifiesto de manera muy frecuente en el ámbito familiar cuando algún miembro es diagnosticado con una enfermedad grave, como el cáncer en etapa terminal. La relación médico-paciente-familiar se puede ver afectada, entre otros aspectos, por dificultades en la comunicación que pueden derivar en el fenómeno de la *conspiración del silencio*, tema de este trabajo.

## Mentir u ocultar la verdad, ¿conceptos iguales o diferentes?

El tema de mentir, ocultar o decir la verdad genera mucha polémica. En el argot popular es muy frecuente escuchar frases como “Prefiero una verdad que duela a una mentira que ilusione y me haga feliz”, “Una verdad a medias es la mentira más cobarde”, “Ocultar también es mentir”, “Duela o no, la verdad es muy necesaria”, y muchas otras que puede ser que hayas escuchado. En la vida las personas pueden enfrentarse a circunstancias en las que no saben si expresar la verdad es la mejor decisión por temor a las consecuencias. En este artículo se comenta tal conflicto, especificando cómo esto puede afectar la comunicación en la familia en casos como la noticia de un diagnóstico de enfermedad terminal. A modo de reflexión y para que comprendas hacia dónde se dirige el análisis, te proponemos que te preguntes si consideras que es lo mismo mentir que ocultar la verdad.

En el debate sobre si ocultar la verdad es también mentir, se pueden encontrar criterios distintos: algunos concuerdan en que una conlleva a la otra, otros plantean que son lo mismo, y otros más consideran que son dos cuestiones diferentes. El hecho de elegir una u otra perspectiva constituye una decisión difícil cuando la persona desea decir la verdad, pero sabe que esto puede ocasionar reacciones no deseadas que no sabe cómo manejar. La **Figura 1** representa gráficamente a una persona pensando si debe decir la verdad o mentir, de manera completamente consciente y como consecuencia de una intención que genera preocupación, incertidumbre y temores que hacen que la decisión sea más difícil de tomar. Por ende, cuando la situación es muy complicada y el sujeto no sabe manejarla adecuadamente, puede elegir ocultar la verdad como alternativa a decir la verdad.





**Figura 1.** Difícil decisión: ocultar la verdad o mentir. Ilustración: Andrea Hernández Rangel.

Ocultar y mentir son dos conceptos diferentes, para entenderlos mejor veamos la definición de éstos.

La mentira es una expresión o manifestación contraria a la verdad, a lo que se sabe, se cree o se piensa, y es utilizada para simular, fingir, engañar, aparentar, persuadir o evitar situaciones.<sup>1</sup> Mentir en realidad va mucho más allá de un comportamiento negativo y no deja de ser un acto voluntario y consciente, en la mayoría de los casos. Esto se relaciona en la sociedad con la moralidad y se tiende a juzgar negativamente a las personas mentirosas; por tanto, se asume que una persona que dice mentiras es malévola o tiene malas intenciones. Para no generalizar y evitar estas etiquetas negativas, se comenzaron a usar términos como “mentiras piadosas” para justificar determinado tipo de mentira, como un acto de buena fe en el cual supuestamente no se miente por maldad, sino para evitar un disgusto; o sea, se miente con intención benevolente y de este modo se llega a creer que es necesario y perdonable. Lo mismo sucede con términos como “mentiras blancas” y “mentiras honestas”, utilizados con el fin de justificar algo

<sup>1</sup> Según el *Diccionario de la lengua española* [en línea], RAE: <<https://dle.rae.es/mentira?m=form>>.

olvidado, como cuando se narra un acontecimiento de modo poco preciso.

Existen diversos tipos de mentiras, además de las mencionadas, como el “autoengaño”, las “promesas rotas”, las “mentiras instrumentales”, la “exageración”, el “plagio” o las “mentiras compulsivas”. Se puede mentir incluso cuando comunicamos algo que es falso y erróneo, pero desconocemos que lo es; en este caso, no se es consciente de la mentira, a diferencia de los otros casos señalados antes, donde se dicen mentiras propositivamente. La mentira, dependiendo de su gravedad, puede afectar las relaciones interpersonales y a la persona en sí cuando se convierte en una práctica frecuente.

Cuando se dice una mentira de importancia o de gran magnitud para otros, al ser descubierta, puede generar un gran impacto emocional (surgen preocupaciones de ser descubierto, temor a olvidar lo que se dijo, un estado de alerta por la sensación de amenaza permanente) y, por consiguiente, se pierde la libertad de actuar libre y tranquilamente. En la mentira los detalles no existen, por tanto, cuando se cuenta algo una y otra vez se omiten detalles y se expresan versiones diferentes. Una mentira lleva a otra y a otra, en forma de bola de nieve que se va agrandando.

Por otro lado, si se analiza el significado de *ocultar*, se describe como el acto de callar conscientemente lo que se podría o debería decir; o disfrazar la verdad, excluir y contener algo que no se manifiesta a todos.<sup>2</sup> La cuestión de ocultar puede llevar a la mentira, aunque no siempre. En determinadas ocasiones se hacen preguntas generales y la persona se limita a responder únicamente lo que preguntaron y omite los detalles; sin embargo, cuando la pregunta es muy específica y requiere como respuesta un dato que no se desea compartir, tiene lugar la mentira.

También puede ocurrir que no se pregunte y que, de igual modo, se oculte algo que se debería decir obligatoriamente. Supongamos que conoces a alguien y no te cuenta que nunca ha conocido a sus padres biológicos; quizás te enteras y no te afecta porque no era relevante para ti saberlo; y para él

<sup>2</sup> *Diccionario de la lengua española* [en línea], RAE: <<https://dle.rae.es/ocultar?m=form>>.

tampoco era necesario brindarte esa información. Por otro lado, si esa misma persona no te cuenta que tiene otra pareja además de ti, ahí habría un problema, pues te está ocultando algo que te afecta y que tienes derecho de saber para tomar la decisión de continuar o no con esa persona.

Ocultar la verdad puede perturbar la moral ante los demás. Por ejemplo, si trabajas en una empresa y te ausentas algunos días necesitas dar información de las causas de tu ausencia, no ocultarla. Si vives con tu pareja, hijos u otros familiares y piensas que para evitar un conflicto es mejor ocultar cosas, te comunicamos, estimado lector, que es posible que se generen otros problemas. Entonces, habrás llegado a la conclusión de que mentir y ocultar no es lo mismo, pero van de la mano.

### Elegir entre decir u ocultar la verdad ante problemas de la vida

Forma parte de la labor de los profesionales de la psicología, en el contexto clínico, ofrecer atención a personas con condiciones variables de salud y diagnósticos de enfermedades como el cáncer. También pueden dar orientación psicológica a sus familiares, en caso de requerirlo. En muchos casos de enfermedad en estadio final o grave, los miembros de la familia preguntan si se debe decir la verdad, pues consideran que puede empeorar la situación del paciente. Los familiares se ven entonces sumergidos en un gran laberinto donde no identifican cuál es el camino correcto. Es como querer resolver un problema de geometría sin saber las leyes y teoremas de matemáticas; sin embargo, no es tan complejo saber qué hacer, se trata sólo de conocer las consecuencias de decir la verdad y de mentir.

Cuando en una familia se diagnostica a unos de sus miembros con cáncer en etapa terminal, o cualquier otra enfermedad grave, y los médicos no ofrecen esperanza de vida, es muy frecuente que el cuidador o ser querido prefiera ocultarle al enfermo ese diagnóstico en acuerdo mutuo con el personal de salud (médico, enfermeras). O sea, todos saben que la persona tiene cáncer menos ella; es aquí donde se desencadenan las consecuencias de ocultar la ver-



dad. Estas dificultades en la comunicación pueden afectar la relación médico-paciente-familiar.

¿Por qué ocultar la verdad ante un diagnóstico crítico? La respuesta a esta pregunta se asocia a un modo de afrontar el proceso de enfermedad. Tiene que ver principalmente con el manejo de la información cuando existen bajas posibilidades de curación o cuando existe la probabilidad de una muerte inminente. El problema de la comunicación se relaciona con el hecho de no dar la información que se conoce sobre el diagnóstico (enfermedad) y el pronóstico (estimación de lo que ocurrirá durante la enferme-

dad). Éstos se ocultan por miedo a las consecuencias negativas que puede generar la comunicación del estado real. Existe la creencia de que de esta manera se protege a la parte que no conoce la verdad, para no herirla, evitarle sufrimiento o sentimientos de desesperanza y culpa (Font-Ritort y cols., 2016). ¿Sabes cómo se le conoce a este fenómeno de ocultarle la verdad a una persona respecto a su enfermedad? Se le conoce como conspiración del silencio (cs).

■ **Definición de la cs**

■ A continuación, se señalan otros detalles sobre el tema. La cs es un acuerdo tácito entre cuidadores primarios (familiares, amigos, persona que normalmente cuida) o el personal de salud que interviene en el proceso de tratamiento del paciente, para omitir o cambiar información con el objetivo de ocultarle el diagnóstico de una enfermedad y el pronóstico, por lo general negativo (Espinoza-Suárez y cols., 2017). En la **Figura 2** se observa cómo la doctora, en este caso, le comunica algo al familiar a espaldas del paciente.

Esta cs, como bien se plantea, es un pacto entre dos o más personas. En la mayoría de los casos

es una petición de la familia a los médicos, quienes también pueden considerar aceptar este pacto como una opción en ocasiones más fácil que decirle la verdad al paciente, ya que así se podría evitar malestar emocional.

La cs también surge cuando tanto el paciente como la familia conocen la situación real de la enfermedad y todos evitan hablar de ello, como una forma de negación (rechazar la existencia de un problema, no enfrentar la realidad de manera directa) y por temor de dañarse mutuamente. En algunos casos, muchas de las personas con una enfermedad terminal adoptan una actitud de negación simulando que no quieren conocer su diagnóstico o pronóstico.

*Clasificación*

Es un tema muy interesante sobre el que vale la pena profundizar para comprenderlo con claridad. La cs es un problema bastante frecuente en nuestro medio. Después de leer este artículo podrás identificarlo fácilmente en cualquier contexto donde se manifieste. Se puede clasificar la cs atendiendo al conocimiento de la información disponible (parcial y total) y según el causante (como adaptativa o desadaptativa).



**Figura 2.** Conspiración del silencio desadaptativa: el personal de salud y el familiar le ocultan información al enfermo. Ilustración: Andrea Hernández Rangel.

Clasificación de la conspiración del silencio según el conocimiento de la información disponible		
	Parcial	Total
Diagnóstico	Se conoce	No se conoce
Pronóstico	No se conoce	No se conoce
Clasificación de la conspiración del silencio según el causante		
	Desadaptativa	Adaptativa
Paciente	—	Causante
Familiar	Causante	—
Personal de salud	Causante	—

Se considera parcial cuando el paciente conoce sólo el diagnóstico, y total cuando el paciente no conoce ni el diagnóstico ni el pronóstico. Es desadaptativa cuando el paciente quiere saber y pregunta, pero su familia o el profesional le niegan la información, y adaptativa cuando tiene como base la necesidad del paciente de no querer saber lo que está ocurriendo, como se representa en la **Figura 3** (Guilarte y cols., 2016).

### Factores causantes y consecuencias

En la literatura se puede apreciar que la cs ha perdido a lo largo de los años, antes con mayor énfasis que en la actualidad, pero la realidad es que sigue siendo muy frecuente. Por ejemplo, Arranz y Bayes (1996) estudiaron una muestra de 96 pacientes de cáncer avanzado y hallaron que el 22% declaraban conocer el diagnóstico completo, incluida la localización del tumor; el 24% tenía información parcial, sabía que se trataba de un cáncer, y el 54% aseguraba un diagnóstico distinto de cáncer.

Centeno y Núñez (1994 y 1998) evidenciaron que el diagnóstico le era revelado al 25-50% de los enfermos de cáncer con la certeza de que la información no era del todo real. Estos autores señalaron que uno de cada tres enfermos estudiados decía no saber lo que tenía; otro sospechaba su enfermedad, pero no la había confirmado, y el tercero sabía con certeza que su enfermedad era un tumor maligno o cáncer.

Fumis y cols. (2012) evidenciaron, en un estudio realizado con 202 oncólogos, 150 pacientes con cáncer y 150 familiares, que un 79.2% de los médicos y un 74.7% de los familiares consideraron que el paciente no debería saber sobre su estado terminal; sin embargo, el 92% de los enfermos con cáncer plantearon la necesidad de conocer su estado real. O sea que dichos pacientes prefirieron saber sobre su pronóstico, por encima del criterio de los médicos y sus familiares.

Otros autores (Bermejo y cols., 2013) estudiaron el grado de conocimiento que tenían pacientes y familiares sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad terminal al ingreso y al alta, en una unidad de cuidados paliativos, para cuantificar la existencia de cs. Al ingreso, la tasa de desconocimiento del diagnóstico fue de un 14%, y del pronóstico de un 71%. Al alta, las tasas de desconocimiento del diagnóstico disminuyeron al 8% y de pronóstico al 57%. Alrededor del 50% de los pacientes tanto al ingreso como al alta no habla, niega, o evita, mientras que alrededor del 40% no muestra actitud contraria a la información. Un 55% de los familiares quiere proteger al enfermo y un 35% no manifiesta una actitud contraria.



**Figura 3.** Conspiración del silencio adaptativa: el enfermo evita escuchar o hablar sobre su diagnóstico y pronóstico. Ilustración: Andrea Hernández Rangel.

Todos estos datos muestran que efectivamente la cs sigue siendo una práctica bastante frecuente en nuestro entorno. Varios autores hacen referencia a que existen factores que influyen en la aparición de este fenómeno. Ruiz-Benítez (2009) hizo una clasificación de los factores de riesgo para la cs. A continuación se describen algunos.

*Las repercusiones de la verdad.* Definidas como el miedo a las consecuencias negativas en el enfermo, resultado de la revelación de la verdad, tales como: depresión, pérdida de interés por la vida, locura, empeoramiento del estado físico, sufrimiento innecesario, entre otros. Cuanto mayor sea la creencia de que la verdad va a tener repercusiones negativas en el enfermo, mayor es la incapacidad para comunicarse.

*El desbordamiento emocional.* Se refiere a la sobrecarga emocional que resulta difícil de controlar y que implica a aquellas personas que son vencidas por la negatividad, lo que impide oír sin distorsiones el mensaje recibido, organizar los pensamientos y responder con claridad. Se plantea que un mayor desbor-

damiento emocional suele acompañar a una menor competencia para manejar los aspectos relacionados con la enfermedad o la muerte. Por otra parte, cuanto mayor es el miedo y la evitación hacia la muerte, mayor suele ser el desbordamiento emocional.

*Las dificultades de comunicación con el enfermo.* Consideradas como la falta de preparación o capacidad para manejar temas relacionados con la enfermedad y la muerte del ser querido. Cuando esto ocurre se puede identificar menor percepción de competencia ante la muerte por parte de los familiares; es decir, que estas personas se perciben gradualmente con menor capacidad para afrontar la muerte del ser querido, y así lo demuestran sus actitudes y creencias al respecto.

*El apoyo en las creencias religiosas.* Se refiere al acercamiento a la religión o el desarrollo de la religiosidad previamente existente como una forma de afrontar situaciones estresantes, permitiéndole adoptar un sentido de coherencia que como recurso general de resistencia favorece su salud.

*La competencia ante la muerte.* Se afirma que a lo largo de la vida las personas no se entrenan ni desa-

rollan habilidades ante la enfermedad y la muerte; por lo que generalmente mientras mayor es la falta de competencia ante la muerte, menor es la capacidad de comunicación acerca de ella.

Por otro lado, Ruiz-Benítez (2009) menciona que la edad del paciente es otro factor que influye en la cs. Se observa que, a mayor edad, mayor es el número de conspiradores. También refiere que el género no influye, pues tanto hombres como mujeres conspiran sin diferencias significativas. Sin embargo, en su estudio se evidencia una fuerte relación entre la cs y el nivel educativo. Los resultados demuestran que cuando el paciente y acompañante tienen estudios de bachillerato o más altos, la frecuencia relativa con la que conspiran es del 47 %, mientras que cuando no alcanzan este nivel educativo se conspira en un 93 % de los casos.

En esta conspiración resultan todos afectados, pero los que sufren las mayores consecuencias son los pacientes. Cuando la cs surge por parte de los familiares y del personal de salud, los pacientes pueden sentirse abandonados, incomprensidos o engañados, pues pueden llegar a percibir como algo negativo el



comportamiento de los otros para evitar hablar de la enfermedad delante de ellos. Cuando esto ocurre, el paciente puede presentar síntomas de ansiedad o depresión, con componentes importantes de miedo e ira. Esta situación de ignorancia de su diagnóstico o pronóstico les impide tomar decisiones en cuanto a la solución de situaciones significativas para ellos; por tanto, experimentan un estado de angustia grave que lleva al aislamiento y que puede empeorar los síntomas físicos.

¿Qué tipo de decisiones necesitan tomar las personas con una enfermedad terminal? En cualquier caso, cuando la familia le oculta al enfermo que tiene una enfermedad terminal –sea cáncer en último estadio u otra–, lo está privando no sólo del derecho a saber que va a morir, sino del derecho a elegir qué desea hacer en sus últimos días. Por ejemplo, despedirse de sus amigos, tener cerca a las personas que quiere, tomar la decisión de qué hacer con sus objetos, tener asuntos económicos arreglados, en caso de ser posible ser donante de órganos, disfrutar de lo que más le gusta; en fin, de expresar y cumplir sus últimas voluntades.

A modo de conclusión, se puede decir que ocultar la verdad no es la mejor opción, ni tampoco es una buena decisión en situaciones delicadas como una enfermedad terminal. No se debe decidir por otra persona, quien tiene derechos y necesidades que satisfacer mientras tenga vida. Finalizamos con la siguiente frase que manifiesta la voluntad de toda persona que desea conocer la verdad: “Háblame siempre con la verdad; probablemente no me guste o no sepa manejarla, pero déjame ser yo quien decida qué hacer con ella”.

#### Kenlys Yera Rodríguez

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.  
kenlisyera@gmail.com

#### Roberto Oropeza Tena

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.  
roberto.oropeza@umich.mx

#### Referencias específicas

- Arranz, P. y R. Bayes (1996), “Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal”, en M. González, A. Ordóñez, J. Feliú, P. Zamora y E. Espinosa (comps.), *Tratado de medicina paliativa*, Madrid, Médica Panamericana, pp. 237-255.
- Bermejo, J. C., M. Villacieros, R. Carabias, E. Sánchez y B. Díaz-Albo (2013), “Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas”, *Medicina Paliativa*, 20(2):49-59.
- Centeno, C. y J. M. Núñez (1994), “Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a perspective study evaluating patient’s responses”, *Palliative Medicine*, 8(1):39-44.
- Centeno, C. y J. M. Núñez (1998), “Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España”, *Medicina Clínica*, 110(19):744-750.
- Espinoza-Suárez, N. R., C. M. Zapata del Mar y L. A. Mejía (2017), “Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia”, *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(2):125-136.
- Font-Ritort, S., J. Martos-Gutiérrez, M. Montoro-Lorite y L. Mundet-Pons (2016), “Calidad de la información sobre el diagnóstico al paciente oncológico terminal”, *Enfermería Clínica*, 26(6):344-350.
- Fumis, R. R. L., B. de Camargo y A. del Giglio (2012), “Physician, patient and family attitudes regarding information on prognosis: a Brazilian survey”, *Annals of Oncology*, 2: 205-211.
- Guilarte, X. C., C. R. V. García-Viniegras y B. B. L. González (2016), “Conspiración de silencio en familias de pacientes oncológicos en etapa terminal”, *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(1):1-10.
- Ruiz-Benítez, M. A. (2009), *La conspiración del silencio en los familiares de los pacientes terminales*, tesis doctoral, Universidad de La Laguna, repositorio institucional. Disponible en: <<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/9608>>, consultado el 21 de abril de 2025.