

Artículo

Análisis del Relato a Través de Freud y Kelly: Credulidad e Hipocresía

Francisco José Iruela Bustos¹  y Diego Troncoso Hidalgo² 

¹Clínica privada, Valencia (España)

²Clínica privada, Santiago de Chile (Chile)

INFORMACIÓN

Recibido: 29/11/2025
Aceptado: 04/03/2026

Palabras clave:

Transferencia
Construcciones
Hipótesis
Significado y altas prematuras

RESUMEN

Para este trabajo, nos enfocamos en las lecturas concordantes entre Freud y Kelly con respecto al proceso terapéutico, abordando sus manejos teóricos y prácticos. Para ello, se resalta cómo deben transformarse las narrativas para dejar de ser sintomáticas y así poder dar altas terapéuticas no prematuras. Por lo tanto, la transferencia, el significado y las construcciones son los ejes centrales del proceso terapéutico en ambos autores. En conclusión, Freud y Kelly nos alertan que como terapeutas podemos caer en distintos equívocos al basarnos excesivamente en lo que dice el paciente de manera explícita.

Analysis of the Story Through Freud and Kelly: Credulity and Hypocrisy

ABSTRACT

For this work, we focus on the concordant readings between Freud and Kelly regarding the therapeutic process, addressing their theoretical and practical approaches. To this end, we highlight how narratives must be transformed so that they cease to be symptomatic and thus allow for therapeutic discharges that are not premature. Therefore, transference, meaning, and constructions are the central axes of the therapeutic process in both authors. In conclusion, Freud and Kelly warn us that as therapists we can fall into various misconceptions by relying excessively on what the patient says explicitly.

Keywords:

Transfer
Constructions
Hypotheses
Meaning, and premature discharges

Introducción

La influencia de S. Freud en G. Kelly han sido estudiadas de una manera a nuestro entender insuficiente. Por ejemplo, se han intentado reducir algunos mecanismos de defensa desde la evaluación a través de la técnica de rejilla como otros instrumentos (Catina et al., 1992). En cambio, para nuestro interés, aquí vamos a centrarnos en las convergencias y los paralelismos de ambos autores.

La obra principal de G. Kelly, *Psicología de los Constructos Personales* está llena de referencias al psicoanálisis. La siguiente cita puede dar cuenta de ello (Kelly, 1955b/1991, vol. 2):

En opinión del autor, una de las muchas grandes contribuciones del pensamiento psicoanalítico es el desarrollo de un sistema de “psicodinámica” que sustituye a los sistemas nosológicos de la época. El psicoanálisis permitió al clínico ver que algo estaba sucediendo en el cliente, que no era simplemente un bulto de materia deforme (p. 154).

Muchos autores y psicoterapeutas de otras escuelas se sienten identificados con la obra de Kelly. Por eso, han definido a la Psicología de Constructos Personales como humanista, conductista, cognitiva, etc. En referencia al psicoanálisis, en un simposio de 1965 el mismo autor dijo lo siguiente (Kelly, 1969/2001):

Hace años, un psicoanalista ortodoxo, tras escucharme hablar sobre psicoterapia, insistía en que (sin importar lo que yo pensara sobre Freud o el que no formase parte de la sucesión apostólica por la que un analista instituye a otro) yo era en realidad “un psicoanalista”. Lo mismo me imputaron un par de psiquiatras en formación analítica en Londres el año pasado; nada de lo que dije pudo quebrar su convicción (p. 179-180).

Comencemos por el principio de la influencia de Freud en Kelly. Como contexto histórico, en torno a 1928 G. Kelly comenzó a leer a Freud cuando cursaba sus estudios en sociología y relaciones laborales (Chiari, 2017). Volvió a los escritos de Freud en torno a 1931, cuando crea una clínica psicológica gratuita en la universidad que daba clase, en Fort Hays, Kansas. La primera lectura fue negativa. Pero en ese entonces, tuvo una vivencia muy diferente: “ahora que había escuchado el lenguaje de la angustia, los escritos de Freud tenían un nuevo tipo de sentido” (texto citado en Chiari, 2017).

La obra de G. Kelly fue publicada en 1955. Puede entenderse como una macro-teoría clasificada como un constructivismo moderado (Feixas y Villegas, 2000). La posición del modelo se llama alternativismo constructivo, el cual quiere decir que no podemos captar la realidad objetiva sino que hay múltiples construcciones acerca de los hechos. Por eso la realidad puede construirse “trozo a trozo”, lo cual ha sido llamado también fragmentalismo acumulativo (Feixas y Villegas, 2000).

El objetivo de este artículo es doble. Por un lado, mostrar la conexión entre ambas teorías. Por otro lado, exponer cómo la construcción de ambos autores sobre la psicoterapia está conectada con nuestra labor terapéutica. A cualquier terapeuta puede serle cercano y estimulante lo que hablaremos.

Como inicio, importa rescatar lo que ambos autores (Freud y Kelly) derivan su concepción sobre el manejo clínico. Más específicamente, cómo ambos conciben el confirmar o no la veracidad de lo relatado, qué tipos de conformismos o autocomplacencias narrativas pueden derivar en autoengaños. Por último, qué aspectos posibilitan dar un alta terapéutica.

Transferencia: ¿Un Concepto Únicamente Psicoanalítico?

Es importante explicar en este apartado el concepto original de transferencia en terapia (Freud, 1905/2001). Para desarrollarlo, primero diferenciaremos entre la transferencia freudiana y las teorías vinculares de apego. Estas últimas tuvieron sus primeros cimientos en estudios de primates realizados por el zoólogo británico Zuckermann, junto a los estudios pioneros del psicoanalista húngaro Hermann desde 1933 (Kächele, 2010). Temáticas que luego profundizó Bowlby en el concepto de Modelos Operativos Internos (Sherman et al., 2015).

Diferenciándolo con la transferencia que aquí tratamos, las teorías vinculares generalmente se centran en un nivel macro-global-general de la interacción clínica entre terapeuta y paciente. Un ejemplo podría ser los estilos de procesamiento vincular, tipo A, B y C (Crittenden, 2002). La transferencia/contra-transferencia freudiana aguarda un nivel micro-específico-local en la historia particular durante la relación paciente-terapeuta. De este modo, la transferencia llega a romper con la tajante distinción “paciente” ante “terapeuta” (sujeto ante objeto), en una coordinación microscópica de co-pertenencia, como espacio transicional (Winnicott, 1962/2014). En este mismo sentido, Freud (1914/2001) detalla “transferencia crea así una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, y a través de esta zona va teniendo efecto la transición desde la primera a la segunda” (p. 1687).

Los modelos constructivistas no suelen utilizar el concepto de transferencia, sino el de vínculo, alianza terapéutica o alianza de trabajo (Feixas y Villegas, 2000).

Sin embargo, en el volumen II de la *Psicología de Constructos Personales*, Kelly (1955b/1991, vol. 2) habla extensamente sobre la transferencia:

La transferencia, como se reserva el término para su uso en psicoterapia, se basa en constructos de rol más que en constructos en general. Se relaciona con la percepción que uno tiene de las personas que participan en iniciativas sociales cooperativas. Se refiere a la forma en que uno intenta subsumir los constructos de otros. En psicoterapia, representa el intento del cliente de subsumir partes del sistema de constructos del terapeuta y, por lo tanto, establecer una relación de rol con él. A menos que el cliente se esfuerce por interpretar al terapeuta transfiriéndole constructos de rol, este difícilmente podrá ejemplificar cualquier aspecto de la realidad con la esperanza de obtener una interpretación significativa (p. 76).

Anteriormente en la obra, desarrollaba el concepto de rol transferencial (Kelly, 1955a/1991, vol. 1): “es una serie de actividades que se llevan a cabo en función de la comprensión que uno tiene del comportamiento de una o más personas” (p. 69-70). Para comprender más profundamente el rol transferencial, tenemos que hacer referencia a qué entiende el autor por rol (Kelly, 1955a/1991, vol. 1):

El término “rol” se reserva para una serie de actividades que se desarrollan a la luz de la construcción que uno hace de los sistemas de construcción de una o más personas. Cuando uno desempeña un rol, se comporta de acuerdo con lo que cree que otra persona piensa, no solo de acuerdo con lo que la otra persona parece aprobar o desaprobar. Se desempeña un rol cuando se ve a otra persona como un intérprete (p. 124).

En su última obra en vida (Kelly, 1963) realiza una abreviación de los primeros tres capítulos del volumen I de su obra magna. Insiste en que la transferencia y contratransferencia son procesos indispensables

para la creación del rol. En su obra póstuma (Kelly, 1969/2001) el texto “La relación terapéutica” desarrolla de nuevo el tema de transferencia y contratransferencia en el proceso psicoterapéutico. Su obra de 1955 no la revisó eliminando dichos conceptos.

Freud (1925/2001) amplía a lo largo de su carrera lo que entiende sobre la transferencia:

Esta relación puede ser positiva o negativa y varía desde el enamoramiento más apasionado y sensual hasta la rebelión y el odio más extremo. Tal fenómeno, al que abreviadamente damos el nombre de “transferencia”, sustituye pronto en el paciente el deseo de curación e integra, mientras se limita a ser cariñoso y mesurado (p. 2781).

Kelly, al igual que Freud, entiende la transferencia cómo un proceso donde la construcción del otro, la construcción del rol, es dinámica. Así lo desarrolla (Kelly, 1955b/1991, vol. 2):

¿Qué hace el cliente cuando se enfrenta al terapeuta? Extrae un constructo de su repertorio y lo observa con los ojos desorbitados a través de él. ¿Qué ve? Responder a esta pregunta en detalle es construir la transferencia. La respuesta puede no ser fácil, pero el terapeuta debe buscarla con frecuencia. Quizás se sienta amenazado al encontrarla. Incluso puede temer la primera mirada a sí mismo a través de los ojos de su cliente. Porque lo que descubre que el cliente ve tras un constructo figurado pero semitransparente puede tener un parecido inquietante con una autopercepción recientemente desterrada (p. 76).

Se destacan algunas palabras en negrita a diferencia del texto original. Estas palabras tienen cierta correspondencia con Freud. Así, lo referido por Kelly sobre aquel temor “a través de los ojos de su cliente” y el “parecido inquietante” de la autopercepción, coincide con lo elaborado por Freud (1919/2001) sobre lo Ominoso (terror siniestro) sobre lo “familiarmente inquietante” de uno mismo (el punto ciego que abruptamente espanta, dado que fue algo familiarmente cercano).

Aquello inquietante desterrado, fue lo que Freud (1905/2001) se interrogó:

¿Qué son las transferencias? Reediciones o productos facsímiles de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singularidad característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. O para decirlo de otro modo: toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobran de nuevo vida, pero no ya como pasado, sino como relación actual con la persona del médico. Alguna de estas transferencias se distinguen tan sólo de su modelo en la sustitución de persona. Son, pues, insistiendo en nuestra comparación anterior, simples reproducciones o reediciones invariadas. Otras muestran un mayor artificio; han experimentado una modificación de su contenido, una sublimación, según nuestro término técnico, y pueden incluso hacerse conscientes apoyándose en alguna singularidad real, hábilmente aprovechada, de la persona o las circunstancias del médico. Estas transferencias serán ya reediciones corregidas y no meras reproducciones (p. 998).

El inconsciente se observa en la obra de Kelly (1955a/1991, vol. 1) a través de lo preverbal:

Si el cliente interpreta al terapeuta, a través de la transferencia, mediante una construcción esencialmente preverbal, el terapeuta debe estar alerta ante la posibilidad de que el cliente

esté imaginando algún tipo de relación de dependencia infantil con el terapeuta (p. 341).

Como se verá a continuación, Freud en su obra, recomienda un trabajo sobre la infancia y sobre quién puede representar la figura del terapeuta (es decir qué elementos, qué figuras repiten constructos en la transferencia). Freud ya señalaba el problema de la transferencia con respecto a sus figuras primarias (lo cual en el párrafo anterior Kelly lo llama “relación de dependencia infantil con el terapeuta”). Situación que Freud (1926a/2001) revela como el:

Repetir en su relación con el analista todos los destinos de aquel pretérito período de su vida, caído para él en el más absoluto olvido. Lo que nos muestra es, por tanto, el nódulo de la historia íntima de su vida, reproduciéndolo palpablemente como present'e en lugar de recordarlo (p. 2938).

Este proceso convierte al terapeuta en algo más que un mero profesional “objetivo”, ya que estaría enmarañado también en la transferencia. Habla de la siguiente manera Freud (1938a/2001):

Dispuesto a conformarse con una función parecida a la del guía en una ardua excursión alpina; por el contrario, el enfermo ve en aquél una copia —una reencarnación— de alguna persona importante de su infancia, de su pasado, transfiriéndole, pues, los sentimientos y las reacciones que seguramente correspondieron a ese modelo pretérito (...) deja a un lado el propósito racional de llegar a curar y de librarse del sufrimiento. En su lugar aparece el propósito de agradar al analista, de conquistar su aplauso y su amor, que se convierte en el verdadero motor de la colaboración del paciente; el débil y se fortalece, y bajo el influjo de dicho propósito el paciente logra lo que de otro modo le sería imposible: abandona sus síntomas y se cura aparentemente; todo esto, simplemente por amor al analista (p. 3398).

Freud (1914/2001) añade que la transferencia:

No es por sí misma más que una repetición y la repetición, la transferencia del pretérito olvidado, pero no sólo sobre el médico, sino sobre todos los demás sectores de la situación presente. Tendremos, pues, que estar preparados a que el analizado se abandone a la obsesión repetidora que sustituye en él el impulso a recordar no sólo en lo que afecta a su relación con el médico, sino también en todas las demás actividades y relaciones simultáneas de su vida; por ejemplo: cuando durante el transcurso de la cura elige un objeto erótico, se encarga de una labor o acomete una empresa. Tampoco resulta difícil reconocer la participación en la resistencia. Cuanto más intensa es ésta, más ampliamente quedará sustituido el recuerdo por la acción (repetición) (p. 1685).

Anteriormente Freud (1909/2001) lo señaló en el modo de vincularse: “vive, en su relación con el médico, aquella parte de su vida sentimental que ya no puede hacer volver a su memoria” (p. 1560-1561).

Por tanto, la transferencia es tanto regresiva (repetitiva) como progresiva (creativa). La transferencia/contra-transferencia es el vehículo de comunicación donde la persona construye tanto nuevos como reciclados constructos personales de la otra persona y viceversa. La transferencia se da recíprocamente como procesos que están continuamente actualizándose-repetiéndose entre terapeuta y paciente. Así dice Kelly (1955a/1991, vol. 1): “el manejo de la transferencia y la contratransferencia en la psicoterapia es un ejemplo del desarrollo de roles tanto para el cliente como para el terapeuta” (p. 69).

Kelly aborda los procesos de transferencia distinguiendo entre la transferencia primaria (repetitiva) y secundaria (creativa). La transferencia primaria tiene que ver con la identificación personal hacia el terapeuta. Así refiere el autor (Kelly, 1955b/1991, vol. 2): “el terapeuta se convierte en una figura primaria y el cliente se apega a él de una manera dependiente que ofrece pocas posibilidades de resolver la relación” (p. 83). En Kelly, la terapia siempre comienza con la transferencia primaria. El inicio del proceso psicoterapéutico, lo describe de la siguiente manera (Kelly, 1955b/1991, vol. 2):

El terapeuta se “encasilla” en su papel. Ya no puede asumir diversos roles secundarios. La obra debe escribirse y representarse siempre para ajustarse a su identidad. El movimiento terapéutico puede parecer tener lugar dentro de la consulta, pero no parece que se intenten enfoques realmente nuevos fuera de ella. Lo que el cliente aprende lo generaliza a otras conductas del terapeuta, pero no a otras personas. Las conversaciones se vuelven íntimas, pero no significativas en las relaciones sociales externas. El comportamiento del cliente en relación con el terapeuta tiende a estabilizarse. La construcción que el cliente hace del terapeuta se elabora, quizás con gran espontaneidad y originalidad, pero no se da la inversión cotidiana de la postura ni la experimentación con construcciones completamente nuevas del papel del terapeuta. La elaboración se lleva a cabo en la dirección de aprender más detalles sobre el terapeuta y encajarlos en su lugar. Lo que el terapeuta dice se toma como material de contexto para los constructos del terapeuta como persona única, no como parte de un contexto que también contiene elementos externos a la sala de conferencias. En términos más simples, el cliente relaciona lo que el terapeuta ha dicho con lo que este ha dicho, y no con lo que han dicho otras personas. A medida que se forman nuevos constructos, la documentación tiende a basarse en material ya mencionado en la sala de terapia, como si el cliente dijera: “Mira, veo cómo empiezo a entender lo que quieres decir”, pero no: “Déjame contarte lo que acabo de descubrir sobre lo que quiero decir”. El cliente “tipifica” al terapeuta, y su enfoque tipológico no le ayuda a adaptar su rol social a otras personas, así como el enfoque tipológico en la filosofía social no ha llevado a las personas a adaptarse entre sí con respeto mutuo por la individualidad de cada uno (p. 83).

La transferencia secundaria tiene que ver con la reconstrucción del conocimiento adquirido en la transferencia primaria (en este sentido, Freud habla de hacer consciente lo transferencial). El paciente aprende mediante la transferencia surgida, acerca de sus propios constructos. De lo idiográfico a lo nomotético. Así habla Kelly (1955b/1991, vol. 2): “el cliente debe, eventualmente, ser capaz de realizar construcciones nomotéticas. En la medida en que sus nuevas construcciones se detengan en una generalización idiográfica del terapeuta, su reajuste se detiene en el umbral de la sala de terapia” (p. 85). Si la transferencia no evoluciona a secundaria en momentos decisivos, se daría una transferencia de dependencia (Kelly, 1955b/1991, vol. 2). Este proceso desarrollado en el volumen II se debe a una “identificación personal” del paciente hacia el terapeuta (p. 89). El paciente puede quedar fascinado por la figura del terapeuta, en la idealización, alimentando solo la transferencia “tú y yo”. Este fenómeno descrito en el volumen II, si se da en la figura del terapeuta se llama transferencia de contradependencia (Kelly, 1955b/1991, vol. 2): “puede terminar proporcionando

al cliente un ajuste que no es más que un ajuste del ‘yo y tú’” (p. 85). La modificación de transferencias primarias a creaciones secundarias, circula entre la resistencia (impermeabilidad) que estancan los constructos tejidos. La transferencia secundaria, como lo entiende Kelly, cobra incluso mayores afinidades en psicoterapias psicodinámicas focales o breves (Fiorini, 1993/2008).

La “transferencia secundaria” que usa Kelly como concepto, aunque no se encuentra en Freud, se asemeja a lo clínico de modificar la compulsión a la repetición (Freud, 1914/2001). Es decir, mediante la elaboración de hacer consciente lo inconsciente (Freud, 1914/2001) durante la transferencia y respecto a memorias dinámicas (recordar para no repetir), a su vez, se coordinan con las interpretaciones junto a las construcciones en su elaboración clínica (Freud, 1937a/2001).

Volviendo a Kelly sobre el proceso prototípico de la transferencia, el paciente inicialmente acude con una demanda, luego reelabora la demanda o expectativas, adquiriendo nuevos constructos. Todo ello está dentro de la experiencia de transferencia. Pero, ¿cómo sabe Kelly cuando se acaba un ciclo de transferencia y empieza otro? Así nos dice (Kelly 1955b/1991, vol. 2):

A medida que el terapeuta observa la finalización de cada ciclo de transferencia, debe considerar si desea iniciar otro y, en caso afirmativo, qué tipo de transferencias invitará. Algunos terapeutas consideran que estos ciclos de transferencia se basan en la “profundidad” del “material clínico” involucrado. Si el término “profundidad” tiene un significado personal razonablemente preciso para el terapeuta, este tipo de conceptualización profesional puede ser suficiente para permitirle mantener la situación bajo control. Nosotros preferimos medir esta “profundidad” en términos de la especificidad de las palabras utilizadas por el cliente para expresar sus anticipaciones de lo que espera que suceda en la situación terapéutica. Si es totalmente incapaz de generalizar lo que espera del terapeuta y solo es capaz de utilizar palabras como señales remotas de lo que debe estar esperando del terapeuta, es de esperar que el ciclo de transferencia sea relativamente largo y tortuoso (p. 87).

La actitud inicial que recomienda Kelly se asemeja mucho a la recomendada por Freud para que el proceso de transferencia se modifique desde cierta neutralidad posible. Freud (1912b/2001) recomienda que: “el médico debe permanecer impenetrable para el enfermo y no mostrar, como un espejo, más que aquello que le es mostrado” (p. 1658). Si el reflejo muestra simultáneamente la biografía íntima del terapeuta, el espejo o lente queda borroso.

Esta posición ética de inicio de la terapia, es tomada en cuenta por Kelly (1955b/1991, vol. 2) al formular que el terapeuta:

Debe centrarse en construcciones que involucren a otras personas y cosas en lugar de aquellas con las que el cliente define su yo en términos generales. Debe expresarse con frases más estructuradas, formular los problemas con el mismo lenguaje cada vez que se mencionan y permitir que las exploraciones del cliente se realicen fuera de la consulta, en lugar de dentro. No debe intentar ser un representante de la realidad, sino señalar al cliente las representaciones externas de la misma. La validación negativa debe evitarse en la medida de lo posible, aunque puede ser difícil de lograr. En general, el apoyo debe reducirse al mínimo; pero, quizás paradójicamente, se puede brindar tranquilidad en cantidades limitadas, siempre que no se provoquen transferencias de

dependencia. En general, el juego de roles parece ayudar a cerrar un ciclo de transferencia, aunque los tipos de roles seleccionados y los problemas planteados en las situaciones influyen en gran medida en el efecto (p. 89).

El modo en cómo Kelly cursa estos procesos, se pueden resumir en los dos siguientes fragmentos. El ensimismamiento no solo es del paciente, para Kelly, también puede ser del terapeuta. El corolario de comunalidad e individualidad tiene que estar en cierto equilibrio para no caer en la idealización, riesgo que le podría ocurrir también al mismo terapeuta (Kelly, 1955b/1991, vol. 2):

Los constructos de transferencia primaria o de identificación personal tienden a ser impermeables a la inclusión de otras personas en su contexto. Por lo tanto, limitan el desarrollo conceptual del cliente en cuanto a sus relaciones con otras personas. Sin embargo, los constructos de identificación personal tienden a ser permeables a información adicional sobre el terapeuta. El ámbito del terapeuta se convierte, por lo tanto, en un campo fértil para la elaboración espontánea y la búsqueda de intereses estimulantes. El cliente se siente “simplemente encantado” con el terapeuta. Lo encuentra fascinante y entretenido sin límites. Incluso puede pensar que su terapeuta lo acompaña en sus idas y venidas diarias. E incluso puede “hablar con el terapeuta” cuando está solo (p. 85).

Los terapeutas pueden caer en el mismo aprieto que los clientes con respecto a las identificaciones personales. El terapeuta de orientación fenomenológica que no admite constructos profesionales públicos ni los subsume en su sistema, pero que insiste en que “cada cliente es único en todos los sentidos”, puede involucrarse con su cliente en una serie improductiva de “relaciones personales encantadoras”. Incurre en un riesgo adicional si realiza una transferencia de contradependencia en su esfuerzo por construir al cliente de una manera significativa. Con demasiada frecuencia, el clínico con este tipo de orientación depende completamente de los constructos del “yo y tú”. Puede terminar proporcionando al cliente un ajuste que no es más que un ajuste del “yo y tú” (p. 85).

El siguiente fragmento de Freud (1938a/2001) complementa muy bien lo dicho por Kelly en referencia al terapeuta:

Por más que al analista le tiene convertirse en maestro, modelo e ideal de otros; por más que le seduzca crear seres a su imagen y semejanza, deberá recordar que no es ésta su misión en el vínculo analítico y que traiciona su deber si se deja llevar por tal inclinación. Con ello no hará sino repetir un error de los padres, que aplastaron con su influjo la independencia del niño, y sólo sustituirá la antigua dependencia por una nueva. Muy al contrario, en todos sus esfuerzos por mejorar y educar al paciente, el analista siempre deberá respetar su individualidad (p. 3398).

Como se revisó anteriormente, la actitud terapéutica requiere de cierta neutralidad posible tanto en Freud como en Kelly. Al respecto Freud (1917a/2001) dice:

El medio de vencer la transferencia es demostrar al enfermo que sus sentimientos no son producto de la situación del momento ni se refieren, en realidad, a la persona del médico, sino que repiten una situación anterior de su vida. De este modo le forzamos a remontarse desde esta repetición al recuerdo de los

sucesos originales. Conseguido esto, la transferencia cariñosa y hostil que parecía amenazar gravemente el éxito del tratamiento nos proporciona ahora fácil acceso a los más íntimos sectores de la vida psíquica convirtiéndose en la mejor herramienta terapéutica (p. 2399).

Pero no basta con tener una neutralidad, requiere de generar una confianza a través de sentirse aceptado el paciente (Freud, 1912a/2001):

Es indudable que la confesión de un impulso optativo ha de resultar más difícil cuando ha de llevarse a cabo ante la persona a la cual se refiere precisamente dicho impulso. Esta imposición provoca situaciones que parecen realmente insolubles, y esto es, precisamente, lo que quiere conseguir el analizado cuando hace coincidir con el médico el objeto de sus impulsos sentimentales. Pero una reflexión más detenida nos muestra que esta ventaja aparente no puede ofrecernos la solución del problema. Una relación de tierna y sumisa adhesión puede también ayudar a superar todas las dificultades de la confesión. Así, en circunstancias reales análogas, solemos decir: “Delante de ti no tengo por qué avergonzarme; a ti puedo decírtelo todo” (p. 1651).

En Kelly, esta neutralidad al igual que resalta, Freud da lugar a una confianza del paciente (Kelly, 1955b/1991, vol. 2):

El cliente confía en el terapeuta. Al hacerlo, expone ciertos constructos para su examen. No siempre lo expone todo, al menos no intencionalmente. Durante un ciclo de transferencia dado, el cliente parece elaborar, examinar y poner a prueba ciertos constructos de rol. Utiliza al terapeuta; incluso puede llegar a depender bastante de él durante un tiempo. Sin embargo, al completar cada reconstrucción importante de un área de constructo, las transferencias realizadas al terapeuta parecen volverse superficiales de nuevo. Las dependencias parecen reducirse en lo que respecta al terapeuta. El cliente trata al terapeuta más como si fuera otra persona en su entorno social personal. Diríamos que esto marca el cierre de un ciclo de transferencia. También marca el punto en el que la interrupción de la relación terapéutica es más factible (pp. 88-89).

Complementando lo citado, Freud (1920/2001) descubre entre los desafíos que se despliegan durante la transferencia los siguientes:

Estas dolorosas situaciones afectivas y todos estos sucesos indeseados son resucitados con gran habilidad y repetidos por los neuróticos en la transferencia. El enfermo tiende entonces a la interrupción de la cura, aún no terminada, y sabe crearse de nuevo la impresión de desprecio, obligando al médico a dirigirle duras palabras y a tratarle con frialdad; halla los objetos apropiados para sus celos y sustituye el ansiado niño de la época primitiva por el propósito o la promesa de un gran regalo (...) repite también el suceso desagradable, porque con ello consigue dominar la violenta impresión, experimentada mucho más completamente de lo que le fue posible al recibirla. Cada nueva repetición parece perfeccionar el deseado dominio (...) es éste un displacer para un sistema y al mismo tiempo satisfacción para otro. Un nuevo hecho singular es el de que la obsesión de repetición reproduce también sucesos del pasado que no traen consigo posibilidad alguna de placer y que cuando tuvieron lugar no constituyeron una satisfacción (p. 2515).

Un concepto relacionado para explicar esta interrupción de la cura freudiana, es según Kelly, la hostilidad (Kelly, 1955a/1991,

vol. 1): “la hostilidad es el esfuerzo continuo por obtener pruebas que validen un tipo de predicción social que ya ha demostrado ser un fracaso” (p. 375). Extorsionar los datos que avalen mi anticipación. Simplificándolo mucho, el terapeuta sería igual a mis figuras de apego, quienes nunca lograron que yo me responsabilizara de mí mismo y me autorregulara. El sistema de construcción personal busca lo que es más congruente para el yo. Ese desprecio citado de Freud aparece en muchas ocasiones en el proceso terapéutico. Para referirse a este proceso, Kelly utilizó el concepto de “hostilidad amorosa” (Kelly, 1955a/1991, vol. 1). Estos comportamientos son más protectores que destructivos. Para la paciente que construye el rol del terapeuta, su punto de vista (Kelly, 1955a/1991, vol. 1):

Puede que sea su única protección contra la confusión creciente de ansiedad que surge a raíz de su percepción errónea de él, o puede que sea una medida protectora frenética para alejar la amenaza de una reconstrucción espeluznante y demasiado plausible de sí misma (p. 376).

Hostilidad amorosa puede ser cuando el paciente ante el avance terapéutico demanda al terapeuta que necesita más herramientas cuando ya tiene las necesarias o redefine al terapeuta como un confidente cercano. Es decir, ante la falta de control de cambios que afectan al yo, aunque sean positivos, la persona constriñe su experiencia, focaliza y distorsiona los datos para no seguir avanzando. En ese sentido es la persistencia de una predicción fracasada. He ahí la repetición, la queja hacia el proceso o terapeuta, que se dará hasta la resolución del meollo transferencial.

No es un sí o no, Sino Cómo es ese sí o no

La psicoterapia desde su origen ha estado preocupada sobre la psicopatología y se ha encargado de buscar medios para que las personas aquejadas de sintomatología psicológica alcancen un bienestar o sufran menos (Breuer y Freud, 1895; Wampold e Imel, 2021).

¿Qué pueden decir Freud y Kelly respecto al proceso psicoterapéutico y a la reducción de sintomatología? Ambos coinciden en que el discurso del paciente, su narrativa, es lo que orienta el proceso. Es decir, su manera de construir significados sobre su yo, los demás y el mundo.

Sin embargo, lo que el paciente diga en qué estaría bien o mal respecto a sus síntomas o identidad, no necesariamente implicará un momento innovativo durante terapia (Batista et al., 2020). Es decir, no hay garantía a priori que sea un Cambio tipo 2 o en términos psicoanalíticos, una elaboración (Freud, 1914/2001). De aquellas construcciones que el paciente elabora sobre su malestar, importará a qué lo atribuye y cómo lo va desarrollando en sesión según su historia pasada y relaciones actuales.

Teniendo en cuenta esta problemática a modo inicial. Es relevante mencionar que tanto Freud como Kelly, concuerdan en sus maneras de trabajo clínico para intentar resolver estas encrucijadas que emergen en procesos narrativos.

En la obra de G. Kelly, se desarrolla un postulado fundamental con once corolarios derivados de él (Feixas y Villegas, 2000). Su postulado fundamental está en el volumen I de su obra principal (Kelly, 1955a/1991, vol. 1) “los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la manera en que anticipa los acontecimientos” (p. 32). La construcción de la experiencia es nuclear, pues ello dará una falta de control o no, una incertidumbre o predicción.

Para este apartado tiene especial relevancia el Ciclo de Creatividad (aflojamiento-rigidificación) y Ciclo de Experiencia (donde se explica la validación e invalidación de nuestra vivencia, en el momento concreto).

En la obra de G. Kelly acerca de la narrativa del paciente, la construcción de la experiencia debe de hacerse a través de hipótesis (la metáfora del hombre como científico) pues esto ayudará a que nuestros constructos y comportamiento tengan mayor predicción en la realidad. A este respecto desarrolla Kelly (1955a/1991, vol. 1): “la formulación de hipótesis útiles requiere el uso del talento creativo. Están diseñadas para predecir lo que ocurrirá en el futuro” (p.282). En lo que nos concierne resaltamos el siguiente fragmento (Kelly, 1955a/1991, vol. 1): “el individuo no se limita a alcanzar un estado terminal de ajuste mediante el despliegue de una potencialidad interior, si no que se ajusta continuamente a un escenario cambiante mediante una sucesión organizada de planes formulados” (p. 297).

Sobre lo ambiental, Kelly concuerda con Freud (1918a/2001) en que:

El logro del paciente depende también de cierto número de circunstancias que forman una constelación externa. ¿Vacilaríamos en modificar esta última interviniendo de la manera apropiada? Opino que esta clase de actividad en el médico que aplica tratamiento analítico es inobjetable y está enteramente justificada (pp. 157-158).

Más aún, en dicho texto, Freud (1918b/2001) nos aclara que:

No podemos evitar encargarnos también de pacientes completamente inermes ante la vida, en cuyo tratamiento habremos de agregar al influjo analítico una influencia educadora, y también con los demás surgirán alguna vez ocasiones en las que nos veremos obligados a actuar como consejeros y educadores. Pero en estos casos habremos de actuar siempre con máxima prudencia, tendiendo a desarrollar y robustecer la personalidad del paciente en lugar de imponerle las directrices de la nuestra propia (p. 2460).

El ciclo de creatividad en Kelly (Freud utiliza similarmente la palabra construcción) es un acto de producir algo nuevo en la narrativa. El constructo, el significado otorgado a una parte de la experiencia, puede tender a rigidificarse o a volverse más laxo. Kelly (1955a/1991, vol. 1) dice al respecto: “la alternancia entre apretar y aflojar construcciones es una característica importante de la terapia profunda. Se forman nuevas construcciones aflojando las antiguas y apretando las formulaciones provisionales que empiezan a tomar forma en el desorden resultante” (p. 357). Esto quiere decir que su importancia se modula en base a cuánta precisión añade (o no) a la anticipación que la persona hace. Es decir, al final es una cuestión de cuánta predicción puede obtener la persona sobre lo que vive. Sigue desarrollando el autor (Kelly, 1955a/1991, vol. 1):

“El terapeuta suele intentar confinar las construcciones sueltas a la sala de terapia y tiende a apretar las construcciones antes de que el cliente se vaya por el día. En especial, el terapeuta refuerza la construcción antes de una pausa en la secuencia terapéutica” (p. 357).

La rigidificación —aflojamiento de constructos/significados está a lo largo de toda la terapia.

El ciclo de experiencia y creatividad resuena con parte de los escritos de Freud. Este en “Construcciones analíticas” (Freud, 1937a/2001) respondió a una de las críticas más repetidas a su obra, en que

supuestamente no habría manera de saber cuándo el terapeuta se equivoca. Así responde Freud a sus críticos (Freud, 1937a/2001):

Al proporcionar interpretaciones a un paciente lo tratamos según el famoso principio de heads I win, tails you lose (“cara yo gano, cruz tú pierdes” [traducción propia]). Es decir, si el paciente está de acuerdo con nosotros, la interpretación es acertada; si nos contradice, es un signo de su resistencia, lo cual demuestra también que estamos en lo cierto. De este modo siempre tenemos razón frente al pobre diablo inerme al que estamos analizando, independientemente de lo que responda a lo que le presentamos (p. 3365).

Por consiguiente, en esa modalidad, no importaría si se niega o no la labor del terapeuta (afirmar o rechazar la interpretación). Puesto que siempre el terapeuta tendría la razón, sea porque supuestamente resiste o reprime inconscientemente la verdad (Troncoso, 2018).

De tal manera Freud explicó que las interpretaciones y construcciones pueden darse tanto de manera acertadas como erróneas, así como ambas a la vez. Si damos construcciones erróneas, al ponerlas en evidencia, no caemos en un perjuicio necesariamente, pues siempre se pueden corregir las hipótesis en el transcurso. Esto en Kelly puede traducirse como el aflojar-rigidificar el constructo para que emerjan otros constructos a través de circunspección, apropiación y control a través del análisis del ciclo de experiencia (Kelly, 1969/2001).

El “sí” a la construcción (Freud, 1937a/2001): “no tiene valor, a menos que sea seguido por confirmaciones indirectas, a menos que el paciente inmediatamente después de su “sí” produzca nuevos recuerdos que completen y amplíen la construcción” (p. 3369). Por otro lado, un “no” (Freud, 1937a/2001):

Es tan ambiguo y de menos valor, porque, puede ser una resistencia u otro factor de la compleja situación analítica (...) De este modo, la única interpretación segura de su “no” es que apunta a la incompletud, por lo que la construcción no le ha dicho todo (p. 3369).

Por lo tanto, aclara Freud (1937a/2001) que es:

Verdad que no aceptamos el “no” de una persona en tratamiento por su valor aparente, pero tampoco damos paso libre a su “sí”. No existe justificación para acusarnos de que invariablemente tendamos a retorcer sus observaciones para transformarlas en una confirmación. En realidad las cosas no son tan sencillas ni nos permitimos hacer tan fácil para nosotros el llegar a una conclusión (p. 3368).

Incluso añade (Freud, 1937a/2001):

Un simple “sí” de un paciente no deja de ser ambiguo. En realidad puede significar que reconoce lo justo de la construcción que le ha sido presentada; pero también puede carecer de significado o incluso merece ser descrito como “hipócrita”, puesto que puede ser conveniente para su resistencia hacer uso en sus circunstancias de un asentimiento para prolongar el ocultamiento de la verdad que no ha sido descubierta (pp. 3368-3369).

Esto último es crucial, pues “aquello refleja lo que se conoce como la ganancia secundaria de todo síntoma como goce, resistencia narcisista, desmentida en el ideal del yo, entre otros” (Troncoso, 2018, p. 22).

En la obra de Freud se previene la sobrevaloración de detalles aislados sin su historia desplegada. Un mismo constructo, puede querer decir una cosa un día y otra al otro día. Cada asociación

(recuerdos, gestos, entonación) puede tejer distintos sentidos múltiples según sea la conexión de eventos y defensas (resistencias).

De parte de Freud, durante el proceso de construcción, es relevante ir viendo las señales que nos indicarán (directa o indirectamente) cómo pueden jalarse nuevos recuerdos espontáneos y brinde nuevas asociaciones. En su texto Construcciones en Análisis, Freud (1937a/2001) con humildad, lo cierra del siguiente modo:

No pretendemos que una construcción sea más que una conjetura que espera examen, confirmación o rechazo. No pretendemos estar en lo cierto, no exigimos una aceptación por parte del paciente ni discutimos con él si en principio la niega (...) “Todo se aclarará en el curso de los acontecimientos futuros” (p. 3370).

Por tanto, desde una construcción analítica (Freud, 1937a/2001):

Uno coloca ante el sujeto analizado un fragmento de su historia anterior, que ha olvidado, de un modo aproximadamente como éste: “Hasta que tenía usted tres años, se consideraba usted como el único e ilimitado dueño de su madre; entonces llegó otro bebé y le trajo una gran desilusión. Su madre le abandonó por algún tiempo, y aun cuando reapareció, nunca se hallaba entregada exclusivamente a usted. Sus sentimientos hacia su madre se hicieron ambivalentes, su padre logró una nueva importancia para usted”, etc. (pp. 3367-3368).

La Construcción en análisis tiene que ver no en tanto a la búsqueda de una verdad o una parte del detalle que remite a un todo por contextualizar (no siempre un detalle o fragmento logra acoplarse perfectamente en un todo que complete un puzzle). Más bien es construir hipótesis, caminos que permitan abrir preguntas o asociaciones que busquen dar sentido a lo que no se recuerda.

Es fundamental, tener en cuenta que en Freud (1910/2001):

Toda tentativa de sorprender al enfermo en la primera consulta con la comunicación brusca de sus secretos, adivinados por el médico, es técnicamente condenable y atrae al médico la cordial enemistad del enfermo, desvaneciendo toda posibilidad de influencia (p. 1574).

Más aún (Freud, 1938b/2001): “si lo asaltáramos con nuestras interpretaciones antes que él estuviera preparado, la comunicación sería infecunda o bien provocaría un violento estallido de resistencia” (p. 178). De igual forma lo puntualiza Breuer y Freud (1895/2001) anteriormente en su apartado G sobre Estudios sobre la Histeria:

Es totalmente inútil penetrar directamente en el nódulo de la organización patógena. Aunque llegáramos a adivinarla, no sabría el enfermo qué hacer con la explicación que le proporcionásemos, ni produciría en él tal explicación modificación psíquica alguna. No hay, pues, más remedio que limitarse en un principio a la periferia del producto psíquico-patógeno. Comenzamos, pues, por dejar relatar al enfermo todo lo que sabe y recuerda (p. 160).

Ese sí o ese no, en la obra de G. Kelly puede verse especialmente en el corolario de fragmentación. Aunque este corolario como los 10 restantes, tienen estrecha relación con los ciclos de experiencia (incluyendo el de transferencia que hemos visto), ciclo de creatividad (aflojamiento - rigidez del constructo) y ciclo C-A-C (circunspección, apropiación y control).

El corolario de fragmentación de Kelly tiene muchos paralelismos con varios conceptos de Freud. Este corolario lo define así (Kelly, 1955a/1991, vol. 1): “una persona puede emplear sucesivamente diversos subsistemas de construcción que son inferencialmente

incompatibles entre sí” (p. 58). Por ejemplo, pasar del amor a los celos por el miedo a la pérdida. En términos lógicos, A como amor, B como miedo a la pérdida y C como celos. Puedes pasar del amor a los celos sin procesar el miedo a la pérdida. La terapia por tanto, enfatiza la reconstrucción de episodios donde haya una excesiva fragmentación que desemboque en conductas sintomatológicas. Siempre habrá fragmentación, lo problemático es el exceso. Los constructos tienen una permeabilidad o impermeabilidad, lo cual se describe en el corolario de modulación. Por eso, tal como el mismo autor indica, la fragmentación y modulación están estrechamente relacionadas. Esta permeabilidad o su falta depende de la historia de la persona así como de lo nuclear que sea el significado que se pone en juego en la experiencia. Si el constructo se valida o invalida en el transcurso de la terapia, dan cuenta del proceso de la permeabilidad e impermeabilidad. Para Kelly (1955a/1991, vol. 1) la permeabilidad es dinámica:

Dado que la variación en el sistema de construcción de una persona está subordinada a ciertos aspectos más permeables de su sistema, cada vez que sus comportamientos o sus ideas sufren un cambio, debe invocar, de una forma u otra, la construcción permeable que proporciona el hilo conductor de la coherencia en sus comportamientos. Si ese constructo permeable no está demasiado claramente definido, o si no es demasiado permeable, es posible que tenga que abandonar su uso y buscar frenéticamente nuevas formas de dar sentido a la vida. Estos intentos frenéticos de formar nuevos conceptos amplios pueden dar lugar a algunos constructos extrañamente nuevos, a medida que intenta encontrar los aspectos en los que los acontecimientos de la vida tienen similitudes y diferencias definidas (p. 62).

Sobre la impermeabilidad escribe (Kelly, 1955b/1991, vol. 2): Existen otras formas de vinculación simbólica. Se puede fomentar la vinculación con un lugar, con una persona, con una situación, etc. “Se trata de un constructo que consideraremos aplicable solo en este lugar, es decir, un constructo que solo es aplicable a esa persona o en esa situación concreta”, etc. De este modo, el pensamiento puede endurecerse y el constructo reducirse a la impermeabilidad. Aunque en tales casos podría parecer mejor poner a prueba el constructo y descartarlo por completo, tal revisión, como en el caso de una creencia religiosa devota en los milagros, puede tener un efecto devastador sobre la organización de la personalidad (p. 361).

Véase que rigidez —aflojamiento tiene similitud con impermeabilidad, permeabilidad así como con precisión— impreciso. La pregunta crucial en la obra de G. Kelly es: con su construcción, con los constructos que tiene la persona, ¿puede dar cabida a lo que experimenta? ¿Puede procesar o predecir significativamente la experiencia que tiene que afrontar? En el discurso del paciente al respecto puede haber muchos problemas sobre esto. Especialmente sobre las huellas o construcciones preverbales, ya que no hay una traducción de lo analógico a lo digital (Watzlawick et al., 1981). Kelly (1955b/1991, vol. 2) aborda este tema:

Una de las principales dificultades para producir una construcción ajustada radica en la naturaleza del desarrollo humano. Muchas construcciones imprecisas son preverbales. Como tales, no pueden expresarse fácilmente con palabras. El terapeuta se encuentra en desventaja, no solo por el cambio del contexto de la construcción, sino también porque el cliente se muestra reacio a revelar el contexto y es capaz de proporcionarle muy pocos elementos simbólicos con los que

poder comprenderlo. Es como manejar un pez vivo en la oscuridad: no solo se retuerce, sino que es resbaladizo y difícil de ver (p. 365).

Cuestiones que coinciden con Freud (1917b/2001) pues las múltiples construcciones narradas:

No es algo simple, sino más bien una jerarquía de instancias, una confusión de impulsos, que tienden, independientemente unos de otros, a su cumplimiento correlativamente a la multiplicidad de los instintos y de las relaciones con el mundo exterior (p. 2435).

Este tejido de historias y narrativas a elaborar, Freud (1937a/2001) las precisa diferenciando el proceder de la arqueología y el psicoanálisis: “para el arqueólogo la reconstrucción es la aspiración y el fin de sus esfuerzos, mientras que para el analista la construcción es solamente una labor preliminar” (p. 3367). Por supuesto, no es una labor preliminar en el sentido de que haya de (Freud, 1937a/2001):

Completarse antes de que pueda empezarse el trabajo siguiente, como, por ejemplo, ocurre en el caso de la construcción de un edificio en el que todas las paredes han de levantarse y todas las ventanas incrustarse antes de que pueda empezarse la decoración interna de las habitaciones (p. 3367).

G. Kelly también tiene en cuenta el pasado, ambos la consideran una labor preliminar para la reconstrucción. Kelly enfatiza el hecho de reconstruir como un salto cualitativo para compensar las carencias narrativas y afectivas. Así dice al respecto (Kelly, 1955b/1991, vol. 2): “el arrepentimiento o “reconsideración» es una forma mejor de corregir los errores que la expiación. Reconsiderar (o reconstruir) parece ser una forma más probable de evitar los mismos errores en el futuro” (p. 194). Como vemos, hay un énfasis en Kelly sobre el presente y el futuro. Más adelante continúa así (Kelly, 1955b/1991, vol. 2):

El terapeuta impone estructuras recientes sobre elementos antiguos. Todas las personas tienden a usar constructos más antiguos e infantiles al abordar los recuerdos de elementos de la experiencia ocurridos durante la infancia. Así es como se estructuraron inicialmente los eventos infantiles; la tendencia es seguir interpretándolos de esa manera. Los eventos más recientes —al menos la mayoría— pueden abordarse de una manera mucho más adulta. A veces, aunque no siempre, el terapeuta puede intentar que el cliente sustituya algunos de sus modos de pensar más recientes al abordar los eventos y personajes de su pasado más remoto (p. 365).

Aunque preocupado por el presente y futuro, Kelly centra su atención sobre las vivencias del pasado que aún influyen en el presente. Así lo dice en el volumen II (Kelly, 1955b/1991, vol. 2): “es importante ver cuál es su interpretación de esos acontecimientos. Ignorar su relato de lo sucedido solo porque es inexacto constituye un grave error clínico” (p. 139). Es un análisis exhaustivo en aquellos recuerdos que sospechamos que interfieran o puedan dar problemas en el presente. Así lo resalta (Kelly, 1955b/1991, vol. 2):

La reconstrucción del pasado podría no ser necesaria si nunca existiera el peligro de que se extendiera al presente. Pero figuras del pasado a veces se materializan en el presente; y acontecimientos que se habían desvanecido hace mucho tiempo tienen la capacidad de resurgir, nítidos y claros, ante nuestros ojos atónitos. Como siempre tendemos a ver temas repetitivos, el curso de la vida parece segmentado en acontecimientos. Estos acontecimientos parecen revivir y repetirse una y otra vez (p. 25).

Estos procesos en la construcción de la experiencia retornan en forma de fragmentación, dando lugar a sus respectivos síntomas debido a la incapacidad del sistema de constructos, funcionar de una manera flexible a la experiencia que capta su realidad.

En el mismo sentido, la fragmentación se vuelve sintomática desde Freud (1917b/2001), pues apunta que:

El yo se siente a disgusto, pues tropieza con limitaciones de su poder dentro de su propia casa, dentro del alma misma. Surgen de pronto pensamientos, de los que no se sabe de dónde vienen, sin que tampoco sea posible rechazarlos. Tales huéspedes indeseables parecen incluso ser más poderosos que los sometidos al yo; resisten a todos los medios coercitivos de la voluntad, y permanecen impertérritos ante la contradicción lógica y ante el testimonio, contrario a la realidad. O surgen impulsos, que son como los de un extraño, de suerte que el yo los niega, pero no obstante ha de temerlos y tomar medidas precautorias contra ellos. El yo se dice que aquello es una enfermedad, una invasión extranjera, e intensifica su vigilancia; pero no puede comprender por qué se siente tan singularmente paralizado (p. 2435).

Esta fragmentación y contradicción de la identidad construida, pone en sospecha al agente narrativo que se autopercebe como (Freud, 1917b/2001) “el yo se dice que aquello es una enfermedad, una invasión extranjera” (p. 2435). En otras palabras (Freud, 1917b/2001) “no se ha introducido en ti nada extraño; una parte de tu propia vida anímica se ha sustraído a tu conocimiento y a la soberanía de tu voluntad” (p. 2435).

Conformismo, Complacencia que Llevan a Altas Prematuras

La narración y construcción es solo un medio pero no un fin en sí mismo para la terapia. Toda construcción, narración o asociación libre en Freud (1917b/2001) debe estar alertada en que:

No debes acariciar la ilusión de que obtienes noticia de todo lo importante. En algunos casos (por ejemplo, en el de un tal conflicto de los instintos), el servicio de información falla, y tu voluntad no alcanza entonces más allá de tu conocimiento. Pero, además, en todos los casos, las noticias de tu conciencia son incompletas, y muchas veces nada fidedignas, sucediendo también con frecuencia que sólo llegas a tener noticia de los acontecimientos cuando los mismos se han cumplido ya, y en nada puedes modificarlos. ¿Quién puede estimar, aun no estando tú enfermo, todo lo que sucede en tu alma sin que tú recibas noticia de ello o sólo noticias incompletas y falsas? Te conduces como un rey absoluto, que se contenta con la información que le procuran sus altos dignatarios y no desciende jamás hasta el pueblo para oír su voz. Adéntrate en ti, desciende a tus estratos más profundos y aprende a conocerte a ti mismo (p. 2436).

En Kelly, aunque se utiliza con frecuencia el término construcción y narración, también se emplea el término reconstrucción, como la habilidad de elaborar de nuevo lo ya edificado. Así podemos ver en los aspectos más epistemológicos de la teoría (Kelly, 1955b/1991, vol. 2):

La declaración del cliente es, por definición, una formulación verdadera del problema. Sin embargo, no es la única formulación verdadera, ya que existen distintos niveles de formulación, y el nivel de formulación del cliente puede no ser el más fructífero (p. 169).

Diferentes capas de construcción al captar su realidad, forman parte del alternativismo constructivo ya citado. La reconstrucción es añadir a la teoría personal más niveles de formulación y lograr una cierta coherencia entre sus diferentes partes.

Por su lado, Freud (1917b/2001) enfatiza en la humildad de no ilusionarse cuando:

Confías en que todo lo que sucede en tu alma llega a tu conocimiento, por cuanto la conciencia se encarga de anunciártelo. Y cuando no has tenido noticia ninguna de algo, crees que no puede existir en tu alma. Llegas incluso a identificar lo “anímico” con lo “consciente”; esto es, con lo que te es conocido, a pesar de la evidencia de que a tu vida psíquica tiene que suceder de continuo mucho más de lo que llega a ser conocido a tu conciencia. Déjate instruir sobre este punto. Lo anímico en ti no coincide con lo que te es consciente; una cosa es que algo sucede en tu alma, y otra que tú llegues a tener conocimiento de ello (p. 2436).

No existe la transparencia plena de sí apenas uno ensambla una narrativa, es por ello que se debe explorar, no confirmar a priori, no asentir sin interrogar (Troncoso, 2018):

La demanda en su petición (como asentir a las narraciones y relatos del paciente sin una escucha reflexiva-crítica), en otras palabras, crearle al “yo soy” del Yo. Pues según nos dice Freud, eso sería ser cómplice de su hipocresía no revelada, cómplice de su ocultamiento, adornar de otro modo la ganancia secundaria del síntoma o el Ego (p. 22).

Breuer y Freud (1895/2001) en su último apartado en “Estudios sobre la Histeria”, señala invariablemente lo mismo:

La exposición del enfermo parece completa y segura sin conexiones ni apoyos de ningún género. Al principio nos encontramos ante ella como ante un muro que tapa por completo la vista y no deja sospechar lo que al otro lado pueda haber. Pero cuando consideramos críticamente la exposición que sin gran trabajo ni considerable resistencia hemos obtenido del enfermo, descubrimos siempre en ella lagunas y defectos. En unos puntos aparece visiblemente interrumpido el curso lógico y disimulada la solución de continuidad con un remiendo cualquiera; en otros, tropezamos con un motivo que no hubiera sido tal para un hombre normal. El enfermo no quiere reconocer estas lagunas cuando le llamamos la atención sobre ellas (p. 161).

En su texto “Análisis Profano”, Freud (1926a/2001) nos explica que este intento de emparejar las contrariedades o maquillar lo incoherente, resulta que:

El yo es una organización que se caracteriza por una singular aspiración a la unidad, a la síntesis, carácter que falta en absoluto al ello, el cual carece, por decirlo así, de coherencia. Sus distintas tendencias persiguen sus fines independientemente unas de otras y sin atenderse entre sí (p. 2919).

Los discursos no están provistos de una coherencia impecable al comienzo de la terapia, especialmente si se presentan como libro cerrado concluido. Según Freud (1918b/2001), algunos cimientos presentan fisuras o grietas que deberán explorarse durante su relato. Para sus últimos textos publicados, Freud (1938a/2001) desarrolla este punto:

Las reglas decisorias de la lógica no tienen validez alguna en lo inconsciente; se puede decir que es el reino de la alógica. Aspiraciones de metas contrapuestas coexisten simultánea y conjuntamente en el inconsciente, sin que surja la necesidad

de conciliarlas; o bien ni siquiera se influyen mutuamente, o, si lo hacen, no llegan a una decisión, sino a una transacción que necesariamente debe ser absurda, pues comprende elementos mutuamente inconciliables (p. 3394).

En otras palabras, durante lo narrado se puede “amar y odiar” en simultáneo a una persona sin una conciliación lógica congruente. Por lo tanto, el trabajo clínico debe despejar las variables relatadas en juego y desde allí pulirlas durante su discurso diferenciado los “y”, “o”, “a veces”, “parte del todo”, etc. (Troncoso, 2018). Lo mencionado aquí en Freud, tiene correspondencia con el corolario de fragmentación ya explicado en Kelly.

Dado que el agente narrador al tejer nunca es pleno transparente de sí mismo, no se puede reconfirmar a priori cualquier dicho sobre el “yo soy” que vaya relatando a nuevas auto-organizaciones de sí mismo. El proceso de preguntar no es rellenar mecánicamente con respuestas autocomplacientes, beneplácitas de sí o externalizar culpabilidad. Aunque tampoco, es golpear para aturdir el narcisismo y que solo así se rearme de otro modo, como abusa Lacan en el corte de sesión (Green, 2002/2010).

G. Kelly también reconoce las resistencias discursivas del paciente. Las entiende dentro de (Kelly, 1955a/1991, vol. 1): “la difícil situación de una persona perturbada que está atrapada en su propio sistema de construcción” (p. 336). Esto significa que el terapeuta puede (Kelly, 1955a/1991, vol. 1) “ayudarla a encontrar nuevas vías de movimiento ordenado, ayudándola a rediseñar su red de caminos” (p. 336). En esa encrucijada del paciente, fomenta la actitud pro-activa del terapeuta (Kelly, 1955a/1991, vol. 1): “los ejes coordinados que establezcamos deben representar muchas líneas de movimiento diferentes que estén abiertas para él y no un laberinto de pasillos de un solo sentido del que nunca podrá escapar” (p. 336).

El cuidado de abrir rutas, implica también prestar suficiente atención en que si dejamos a cualquier narración abierta, sin una precaución crítica para la reflexión exploratoria, caemos en grandes riesgos. Significaría no observar o escuchar las contradicciones, las resistencias, los encubrimientos de deseos bajo una palabra que rellena al “yo” engordando su tejido narcisístico. Sin tocar por ende, lo que se repite en los síntomas, sin desvelar la posición ganancial donde se inserta ante los otros, sin rozar sus íntimas pérdidas o búsquedas. Que reiteramos, son en parte lo que (Freud, 1914/2001): “el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto; lo repite sin saber, naturalmente, que lo repite” (p. 1684).

De este modo, bajo esta mirada clínica, el deseo, los conflictos y las frustraciones narrativizadas emergerán desde una óptica distinta que refleje “soy en donde no creo ser”, “soy donde olvidé ser”, “soy donde no soy”, “soy donde no quiero ser”, “soy donde repito ser”, “soy donde resisto”, “soy donde sustituyo el deseo”. Muchos de los elementos, fragmentos o (Troncoso, 2018):

Detalles más importantes no están justamente en lo relatado o narrado, sino precisamente en lo no-dicho, lo que no se alcanzó a decir, en los sueños, transferencias, en los chistes, defensas, corolarios, olvidos, silencios, fantasías, en sus actos, etc. (p. 23).

Esta mirada freudiana nos anima a repensar a Kelly. A nuestro entender, la actitud crédula propuesta en su teoría ha sido generalmente mal entendida. El constructivismo moderado de su teoría no deja de lado el concepto de verdad y mentira.

Para sorpresa de algunos, Kelly (1955a/1991, vol. 1) escribe un fragmento que hubiese suscrito Freud:

El clínico perspicaz siempre respeta el contenido de las “mentiras” de su cliente, aunque también tiene cuidado de no dejarse engañar por ellas. Cuando descubre que lo que ha dicho un cliente no concuerda con lo que realmente ha sucedido, se cuida de exponer ambas versiones una al lado de la otra y no borra la versión del cliente para sustituirla por la versión “verdadera”. Incluso se inclina más por reflexionar sobre la versión del cliente que por sacar conclusiones de la versión “verdadera”. De hecho, el clínico perspicaz puede estar tan preocupado por la versión del cliente de un acontecimiento que resulta ser “incorrecta” como por el acontecimiento en sí o por el hecho de que el cliente no haya dicho la “verdad” (p. 241).

El “no decir la verdad” alude al término de “hipócrita” freudiano. Los límites de la credulidad ya han sido reportados en el trabajo con asesinos en serie y criminales violentos (Winter, 2007). Aún más, los límites de la credulidad ya están presentes en nuestro trabajo psicoterapéutico tal como detallaban Freud y Kelly.

La gran pregunta clínica, desde lo ético, va a exigir un tiempo implícito de prueba, vale decir, cómo estaremos más o menos seguros que la historia alternativa de sí o lo emergente que reedifica, fue ciertamente un cambio 2 y no un mero cambio 1 que duraría un par de meses. No como circuito circunstancial que lo redireccionará a síntomas similares y quejas a su narcisismo.

Como hemos revisado, también influye la transferencia hacia la figura del terapeuta en estos procesos narrativos, donde la sugestionabilidad (Freud, 1913/2001) de narrar en “la transferencia logra suprimir muchas veces por sí misma los síntomas patológicos, pero sólo provisionalmente, esto es, mientras ella misma existe. Pero esto constituirá un tratamiento sugestivo” (p. 1674).

Concordando con Freud, Kelly (1955b/1991, vol. 2) nos recomienda una serie de preguntas que ayudarán a ver si lo narrado se sustenta en la vida del paciente:

El terapeuta puede decir simplemente: “¿Cómo lo sabes?”, “¿Qué ha pasado para que veas las cosas de esta manera?”, “¿Qué tipo de pruebas se necesitarían para convencerte de que estás equivocado?”, “Si no fuera así, ¿cómo lo sabrías?”, “¿Estás seguro de que eso es lo que quieres decir?” (p. 360).

La respuesta, no está en lo narrado mismo, es más indirecta, no se localiza bajo una conducta narrada de un yo supuestamente transparente pleno, que puede ser hipócrita (Freud, 1937a/2001). Quizás, se pueden apreciar cambios de ánimo o conductuales del problema-queja. Aunque se puede caer a la trampa de autoconvencerse que todo aquello fue un “Cambio 2”, cuando solo es la antesala de un mero “Cambio 1” irremediable a repetir.

En líneas similares, Kelly (1955a/1991, vol. 1) desarrolla el conformismo en terapia con base al término signos saludables y no saludables en terapia. El insight racional acerca de la queja sintomática, si no va acompañado de cambios en la vida del paciente, puede ser engañoso. Un cambio tipo 1, más de lo mismo, aunque más elaborado cognitivamente. La queja, el síntoma, para Kelly (1955a/1991, vol. 1) tiene que evolucionar a:

Un incidente cerrado sin significado permeable para el futuro. El clínico apuesta a que el paciente puede recibir una nueva forma de enfrentarse a los acontecimientos futuros, una forma que no le obligue a invocar los constructos subyacentes a la queja, o incluso a interpretar la propia queja como un elemento que debe reproducirse a sí mismo (p. 305).

Para Freud (1922/2001) tales eventos pueden interrumpirse:

Por ejemplo, muy frecuentemente cuando el paciente está por pasar a una nueva fase de la transferencia, que le es desagradable. Se comporta entonces muy análogamente a muchos neuróticos que se declaran curados a las pocas horas de tratamiento, intentando así evadirse de todos los elementos desagradables que están a punto de expresar en el análisis (p. 2621).

Otro signo no saludable es que persista una excesiva fragmentación. Puede haber una falta de integración en el discurso, aunque pueda el paciente hablar de una mejora o de un sentirse comprendido por el terapeuta. Para Kelly, esto sería quedarse atrapado en las relaciones de rol psicoterapéutico. En el progreso terapéutico, se da la experiencia emocional correctiva (Alberti, 2018). Kelly (1955a/1991, vol. 1) al respecto escribe:

Es el tipo de prueba que los terapeutas llaman a veces “percepción emocional” o “aprendizaje visceral”. Nosotros lo llamaríamos simplemente “construcción organizada”. Se puede contrastar con la meticulosidad verbal que utilizan algunas personas perturbadas para evitar que sus tambaleantes sistemas de construcción se desmoronen (p. 308).

¿Cuándo Entonces dar un Alta?

Para Freud (1937b/2001) en su texto Análisis terminable responde a la cuestión:

Esto sucede cuando se han cumplido más o menos por completo dos condiciones: primera, que el paciente no sufra ya de sus síntomas y haya superado su angustia y sus inhibiciones; segunda, que el analista juzgue que se ha hecho consciente tanto material reprimido, que se han explicado tantas cosas que eran ininteligibles y se han conquistado tantas resistencias internas, que no hay que temer una repetición de los procesos patológicos en cuestión. Si dificultades externas impiden la consecución de esta meta, es mejor hablar de un análisis incompleto que de un análisis inacabado (p. 3341).

Freud (1926b/2001) detalla en su Entrevista titulada “El valor de la vida” los nuevos procesos que se abren paso en la vida del paciente:

El psicoanálisis vuelve a la vida más simple. Adquirimos una nueva síntesis después del análisis. El psicoanálisis reordena el enmarañado de impulsos dispersos, procura enrollarlos en torno a su carretel. O, modificando la metáfora, el psicoanálisis suministra el hilo que conduce a la persona fuera del laberinto de su propio inconsciente.

Por último, desmitificando abusivos idealismos sobre qué significa acabar el proceso psicoterapéutico, Freud (1937a/2001) sostiene que: “Nuestra aspiración no será borrar toda peculiaridad del carácter individual en favor de una ‘normalidad’ esquemática ni exigir que la persona que ha sido ‘psicoanalizada por completo’ no sienta pasiones ni presente conflictos internos” (p. 3362).

Para G. Kelly las nuevas construcciones sustituyen a los síntomas formulados como quejas. Así lo explica (Kelly, 1955a/1991, vol. 1):

Con este cambio de perspectiva nunca ha dejado de producirse un marcado cambio en la formulación de los problemas por parte del cliente. Las antiguas quejas, si es que se mencionan, tienden a mencionarse en términos como: Cuando llegué aquí pensaba... El tiempo pasado se utilizará predominantemente para describir una actitud: por ejemplo, “Solía sentirme ...”. El cliente puede incluso describir las antiguas quejas con leve

diversión, aunque si lo hace repetidamente con risas explosivas el valor terapéutico del cambio es sospechoso (p. 308).

Sobre la narrativa del paciente, Kelly (1955a/1991, vol. 1) detalla la siguiente serie de pistas:

A veces, el cliente dice: “Ahora siento que éste debía de ser mi verdadero yo todo el tiempo y que, de alguna manera, pensaba que se esperaba que fuera otra cosa”. Esta afirmación proporciona una pista interesante para el terapeuta intelectualmente curioso, pero no tiene por qué seguirse desde el punto de vista del cliente. Es el tipo de prueba que los terapeutas llaman a veces “percepción emocional” o “aprendizaje visceral”. Nosotros lo llamaríamos simplemente “construcción organizada”. Se puede contrastar con la meticulosidad verbal que utilizan algunas personas perturbadas para evitar que sus tambaleantes sistemas de construcción se desmoronen (p. 308). La persona toma nuevas decisiones alternativas, entendidas como “buen ajuste”, por lo tanto tienen mayor satisfacción. Aquí tiene mucha importancia el corolario de elección: “una persona elige por sí misma una alternativa en una construcción dicotomizada a través de la cual anticipa la mayor posibilidad de ampliación y definición de su sistema” (Kelly, 1955a/1991, vol. 1, p. 45). A través de las nuevas elaboraciones, el paciente tiene maneras más precisas de anticipar los eventos y por tanto, de decidir su comportamiento una vez se vea en la situación. Así, el sistema de construcción personal busca calibrar una variedad de situaciones actualizando significados y comportamientos. Esto se puede ver en el volumen I (Kelly, 1955a/1991, vol. 1): “el individuo no se limita a alcanzar un estado terminal de ajuste mediante el despliegue de una potencialidad interior, sino que se ajusta continuamente a un escenario cambiante mediante una sucesión organizada de planes formulados” (p. 297).

Para Freud y Kelly, tras una terapia, el campo complejo de construcciones se reelabora, así como la capacidad de abrir nuevas elecciones para la vida. Esto se debe al aumento de metacognición sobre la consciencia y revisión de la experiencia (Semerari, 2013). Parafraseando a Kelly (1969/2001), hay que comprometerse a vivir la vida. Viviéndola, se generan nuevas hipótesis, y por tanto, nuevas teorías que se pondrán a prueba.

Conclusiones

Como se pudo ver, existen concordancias para considerar puentes comunes entre Freud y Kelly. Las similitudes y paralelismos en los enfoques derivados de ambos autores son notables. Véase por ejemplo (Sassaroli et al., 2005). Quedan abiertas muchas áreas por seguir investigando en el trabajo clínico por autores contemporáneos.

G. Kelly tuvo una gran deuda con Freud. Esto es algo que se ha ignorado en los manuales disponibles en español sobre Terapia de Constructos Personales (Feixas y Villegas, 2000; Botella y Feixas, 1998). La omisión de los conceptos transferencia y contratransferencia no están presentes en los manuales de lengua inglesa (Neimeyer, 2011; Chiari, 2017; Fransella, 2003).

Se ha pretendido en este artículo mostrar los aspectos en común de Freud y Kelly, aunque sean muchas sus diferencias. Las recomendaciones teóricas y técnicas sobre cómo construimos al paciente y ellos nos construyen pueden ser aprovechables para todo psicoterapeuta. Como recomiendan los autores contextuales, los aspectos destacados de ambos autores son coherentes

epistemológicamente con cualquier marco psicoterapéutico que incluya los aspectos relacionales y la historia personal del paciente (Wampold e Imel, 2021; Botella et al., 2015).

Conflicto de Intereses

Los autores no presentan conflictos de intereses.

Bibliografía

- Alberti, G. G. (2018). Psychotherapy by alliance and corrective experiences: A possible general model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 31-45. <https://doi.org/10.1037/int0000079>
- Batista, J., Silva, J., Magalhães, C., Ferreira, H., Fernández-Navarro, P., y Gonçalves, M. M. (2020). Studying psychotherapy change in narrative terms: the innovative moments method. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 442-448. <https://doi.org/10.1002/capr.12297>
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S., y Vall, B. (2015). *Integración en psicoterapia 2015: pasado, presente y futuro* [Manuscrito no publicado].
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Laertes.
- Breuer, J., y Freud, S. (1895/2001). Estudio sobre la histeria (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 2). Amorrortu Editores.
- Catina, A., Gitzinger, I., y Hoeckh, H. (1992). Defense mechanisms: an approach from the perspective of personal construct psychology. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5(3), 249-257. <https://doi.org/10.1080/08936039208404315>
- Chiari, G. (2017). *George A. Kelly and his personal construct theory*. George Kelly Society.
- Crittenden, P. M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego* (M. A. Muñetón, Trad.; M. T. Miró, Comp.). Promolibro.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Desclee de Brouwer.
- Fiorini, H. (1993/2008). *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Nueva Visión.
- Fransella, F. (Ed.). (2003). *International handbook of personal construct psychology*. John Wiley & Sons.
- Freud, S. (1905/2001). Análisis fragmentario de una histeria (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 3). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1909/2001). Quinta conferencia (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 5). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1910/2001). El psicoanálisis silvestre (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 5). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1912a/2001). La dinámica de la transferencia (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 5). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1912b/2001). Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 5). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1913/2001). La iniciación del tratamiento (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 5). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914/2001). Recordar, repetir, elaborar (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 12). Losada.
- Freud, S. (1917a/2001). Lección 27: La transferencia (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 6). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1917b/2001). Una dificultad del psicoanálisis (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 17). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1918a/2001). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 17). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1918b/2001). Los caminos de la terapia psicoanalítica (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 7). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1919/2001). Lo ominoso (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 17). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920/2001). Más allá del principio del placer (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 7). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1922/2001). Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación onírica (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 7). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1925/2001). Autobiografía (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 7). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1926a/2001). Análisis profano (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 8). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1926b/2001). Entrevista: el valor de la vida. *Revista Interrogant*. <https://revistainterrogant.org/sigmund-freud-valor-la-vida>
- Freud, S. (1937a/2001). Construcción en análisis (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 9). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1937b/2001). Análisis terminable e interminable (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 9). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1938a/2001). Compendio de psicoanálisis (L. López-Ballesteros, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 9). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1938b/2001). Esquema de psicoanálisis (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 23). Amorrortu Editores.
- Green, A. (2002/2010). *El pensamiento clínico* (C. E. Consigli, Trad.). Amorrortu Editores.
- Kächele, H. (2010). *Un precursor húngaro de la teoría del apego*. <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos-Clinicos/Un-Precursor-Hungaro-de-la-Teoria-del-Apego-Imre-Herman-el-sucesor-de-Ferenczi.pdf>
- Kelly, G. (1969/2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos* (E. Laso, Trad.; B. Maher, Comp.; G. Feixas, Ed.). Paidós.
- Kelly, G. A. (1955a/1991). *The psychology of personal constructs: A theory of personality* (Vol.1). Routledge.
- Kelly, G. A. (1955b/1991). *The psychology of personal constructs: Clinical diagnosis and psychotherapy* (Vol. 2). Routledge.
- Kelly, G. A. (1963). *A theory of personality: The psychology of personal constructs*. W. W. Norton.
- Neimeyer, R. A. (2011). *Psicoterapia constructivista: Rasgos distintivos* (D. González y F. Mora, Trad.). Desclee De Brouwer.
- Sassaroli, S., Lorenzini, R., y Ruggiero, G. M. (2005). Kellian invalidation, attachment theory and the construct of control in psychopathology. En D. A. Winter y L. Viney (Eds.). *Personal construct psychotherapy: Advances in theory, practice and research* (pp. 34-42). Wiley.
- Semerari, A. (2013). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave: Metacognición y relación terapéutica*. Desclee de Brouwer.
- Sherman, L. J., Rice, K., y Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, 37, 109-141. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.06.001>
- Troncoso, D. (2018). *El regreso a Freud tras el extravío de Lacan*. Amazon.
- Wampold, B. E., e Imel, Z. E. (2021). *El gran debate de la psicoterapia: La evidencia de qué hace que la terapia funcione* (L. Botella, Trad.). Eleftheria.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., y Jackson, D. D. (1981). *Teoría de la comunicación humana, interacciones, patologías y paradojas* (N. Rosenblatt, Trad.). Herder Editorial.
- Winnicott, D. (1962/2014). *La integración del yo en el desarrollo del niño. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (J. Piatigorsky, Trad.). Paidós.
- Winter, D. A. (2007). Construing the construction processes of serial killers and other violent offenders: 2. The limits of credulity. *Journal of Constructivist Psychology*, 20(3), 247-275. <https://doi.org/10.1080/10720530701347902>