

# AUTOLESIÓN Y RECONSTRUCCIÓN: UNA PERSPECTIVA DESDE LA TEORÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES

## SELF-HARM AND RECONSTRUCTION: A PERSONAL CONSTRUCT THEORY PERSPECTIVE

David A. Winter

Profesor Emérito de Psicología Clínica

Departamento de Psicología, Deporte y Geografía, Universidad de Hertfordshire,  
College Lane, Hatfield, Hertfordshire, Reino Unido

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Winter, D. A. (2023). Autolesión y reconstrucción: Una perspectiva desde la teoría de los constructos personales. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 151-164. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.37054>

### Resumen

*Este artículo analiza la paradoja del comportamiento aparentemente autodestructivo basándose en la teoría de los constructos personales. Se presenta una taxonomía de constructos personales sobre las autolesiones y el suicidio, ilustrada con citas de personas que se han autolesionado. Esta perspectiva teórica, junto con los resultados asociados de investigaciones previas, condujeron al desarrollo de un enfoque psico-terapéutico de los constructos personales para las personas que se autolesionan. Se presentan los resultados de un estudio que evalúa este enfoque.*

Palabras clave: suicidio, autolesión, teoría de los constructos personales, psicoterapia

### Abstract

*This paper considers the paradox of behaviour which is apparently self-destructive by drawing upon personal construct theory. A personal construct taxonomy of self-harm and suicide is presented, illustrated with quotes by people who have self-harmed. This theoretical perspective, and associated research findings, led to the development of a personal construct psychotherapeutic approach for people who self-harm, and the findings of a study evaluating this approach are reported.*

Keywords: suicide, self-harm, personal construct theory, psychotherapy



**Nota de Autor:**

Este artículo fue publicado originalmente en inglés en 2018 en *Journal of Psychotherapy and Counselling Psychology Reflections*, 3, 9-14 (<https://www.ingentaconnect.com/content/phoenix/jpt/2018/00000003/00000002/art00003>), y se vuelve a publicar con permiso.

Durante mucho tiempo se ha considerado paradójico que algunas personas se comporten repetidamente de una manera que, desde una perspectiva externa, podría parecer autodestructiva. Por ejemplo, Mowrer (1950) consideró la “paradoja neurótica” del comportamiento “al mismo tiempo contraproducente y autoperpetuante”. En algunos casos, la autodestrucción puede ser muy evidente, como en el caso de las personas que se autolesionan el cuerpo; en otros, se manifiesta en patrones de comportamiento que conducen a la ruptura de relaciones o al fracaso en la consecución de los objetivos personales. Sin embargo, desde la perspectiva de la teoría de los constructos personales de George Kelly (1955/1991), este comportamiento no es menos comprensible que cualquier otro, ya que todo comportamiento se considera un experimento (Kelly, 1970) y representa el mejor medio disponible de la persona para intentar anticiparse a su mundo. Esta perspectiva teórica se introducirá brevemente antes de pasar a considerar cómo se ha aplicado al suicidio y a las autolesiones, incluyendo a su vez, la provisión de intervenciones terapéuticas para las personas que se autolesionan.

**Teoría de los Constructos Personales**

La teoría de Kelly considera que cada uno de nosotros funciona como un científico, formulando constantemente hipótesis, o construcciones, sobre el mundo, poniéndolas a prueba y revisándolas si no se confirman o no son válidas. En los trastornos psicológicos, este proceso se bloquea y la persona sigue utilizando una construcción específica a pesar de ser repetidamente invalidada. El objetivo principal de la psicoterapia basada en esta perspectiva es, por tanto, facilitar la reconstrucción y el reconocimiento de que siempre hay construcciones alternativas de los acontecimientos.

Los bloques de construcción de las hipótesis de una persona son constructos personales bipolares (por ejemplo, “destructivo - constructivo”) que se organizan en un sistema jerárquico, siendo unos “superiores” a otros. No existen dos personas que interpreten un acontecimiento exactamente de la misma manera, y la base de todas las relaciones significativas, incluida la que se establece entre el terapeuta y el cliente, es lo que Kelly denominó *sociabilidad*, es decir, el intento de ver el mundo a través de los ojos de la otra persona.

Kelly (1955/1991) desarrolló diferentes técnicas para la evaluación de la interpretación, la más popular, y la que se utilizó en la investigación que se describirá en este documento, es la técnica de la rejilla de repertorio (Fransella et al., 2004). Esta técnica implica la obtención de los constructos que aplica un individuo a ciertos elementos de su vida (normalmente otras personas significativas y aspectos

del yo) y, posteriormente, la calificación de los elementos de esos constructos. El análisis estadístico de la rejilla genera una serie de medidas, como las distancias entre los elementos, que indican su disimilitud interpretada; las correlaciones entre los constructos, que indican su significado; y las medidas de los aspectos de la estructura del sistema de constructos, como cuán *tenso* o *relajado* (rígidamente o flexiblemente) está organizado.

En el ámbito clínico, Kelly (1955/1991) enfatizó la importancia de adoptar una “actitud crédula”, considerando los puntos de vista del cliente al pie de la letra y centrándose en la viabilidad de estos puntos de vista en lugar de, como en algunas terapias cognitivas racionalistas, su validez (Winter y Watson, 1999). Como resultado, de nuevo a diferencia de las terapias racionalistas, fomenta la libre exploración de construcciones alternativas sin entrar a valorar cuáles de ellas son racionales y “correctas”. Este enfoque puede ser muy valioso especialmente con los clientes que se autolesionan, en los cuales su comportamiento puede ser fácilmente descartado como irracional. Otra fortaleza del enfoque es que sus técnicas de evaluación, como la rejilla de repertorio, permiten al clínico conocer la visión del mundo que tiene el cliente, incluidos aquellos aspectos que se encuentran en un nivel bajo de conciencia. Por último, ofrece un conjunto de “construcciones diagnósticas” para ayudar al clínico a interpretar los procesos de construcción del cliente y seleccionar intervenciones que se dirijan a las características particulares de la construcción (Winter y Procter, 2014). Como veremos, algunos de estos constructos diagnósticos (como los relativos a la interpretación de tenso o relajado, a la restricción del mundo del cliente, a la toma de decisiones, a la ansiedad, a la culpa y a la hostilidad) pueden ser especialmente útiles para proporcionar formulaciones sobre el suicidio y la autolesión.

### ***Formulaciones de los Constructos Personales del Suicidio y la Autolesión***

Kelly (1961) diferenció entre tres tipos diferentes de suicidio, y esta clasificación se ha ampliado para abarcar también los actos no mortales de autolesión (Neimeyer y Winter, 2006; Winter et al., 2000) partiendo de la base de que la autolesión puede considerarse como un continuo en cuanto al grado de la intención suicida y la letalidad. Tal y como lo define el National Collaborating Centre for Mental Health (2004), es “**el autoenvenenamiento o la autolesión, independientemente del propósito aparente del acto**” (p. 16, negrita y cursiva en el original). La consideración de un espectro de actos de autolesión, desde los mortales hasta los no mortales, también reconoce la seriedad con la que deben considerarse estos últimos actos, ya que son el mejor predictor de un futuro suicidio (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1998). Además, los constructos diagnósticos de Kelly, en los que se basan las distintas categorías de la taxonomía, son igualmente aplicables a la conducta con intención suicida o no suicida (como de hecho lo son a cualquier otra conducta, sea o no considerada patológica). A continuación, se describirán brevemente estas categorías.

### **Acto Dedicado**

Una forma relativamente rara de suicidio descrita por Kelly (1961) es el suicidio como “acto dedicado”, que está “diseñado para validar la propia vida... para ampliar su significado esencial en lugar de ponerle fin” (p. 260). Como ejemplo de esto, Kelly utilizó la decisión de Sócrates de beber cicuta, en vez de renunciar a sus creencias en la obediencia civil aprovechando la oportunidad de huir tras su condena a muerte por corrupción e impiedad. En otros casos, la persona que se suicida lleva a otros con él a su muerte para maximizar el impacto del suicidio. Esto posiblemente ayude a explicar las acciones de Andreas Lubitz al estrellar el avión que pilotaba, matándose no sólo a sí mismo, sino también a sus 149 pasajeros. Lubitz había escrito previamente que “un día haré algo que cambiará todo el sistema, y entonces todos conocerán y recordarán mi nombre” (Knight et al., 2015).

### **Suicidio Determinista**

Kelly (1961) consideraba que algunas personas, que suelen mostrar una interpretación estricta, se suicidan porque “el curso de los acontecimientos parece tan obvio que no tiene sentido esperar al resultado” (p. 260). Como explicó George tras sobrevivir a un intento de suicidio:

Mi cumpleaños era el sábado. Planeé cuántas pastillas debía tomar para no volver a dejar el trabajo a medias, así que pensé en 50. Mi 50º cumpleaños, junto con el hecho de no celebrar la Navidad, hicieron que quiera morirme... No veo el sentido de estar vivo... No hay romance, a los niños no les importa nada, mis familiares ya no me ven<sup>1</sup>.

En cuanto a las relaciones de dependencia, Kelly (1955/1991) consideraba que el estado óptimo es la dispersión de las dependencias en una serie de personas. La *dependencia no dispersa*, en la que las dependencias se centran en una sola persona, puede conducir a una visión determinista de un futuro aislado si esta persona muere o decide terminar la relación. Este fue el caso de Susie:

Llevaba 11 años viviendo con mi pareja. Un día vino y me dijo que ya no sentía nada y que se iba a ir. No podía creerlo. Antes nos fuimos de vacaciones y me dijo que me quería, pero ahora no sentía nada... El dolor era demasiado intenso. Quería simplemente cerrar los ojos e irme a dormir... Tomé antidepresivos, algunas otras pastillas, y lejía.

### **Suicidio Caótico**

Kelly (1961) consideraba que, a diferencia del suicidio determinista, algunas personas, susceptibles de mostrar una interpretación laxa, se suicidan porque “todo parece tan imprevisible que lo único que se puede hacer es abandonar la escena por completo” (p. 260). Esto lo describió muy bien el dramaturgo Antonin Artaud:

Si me suicido, no será para destruirme, sino para recomponerme. El suicidio no será para mí más que un medio de reconquistarme violentamente, de invadir brutalmente mi ser, de anticipar los acercamientos imprevisibles

de Dios. Mediante el suicidio, reintroduzco mi propósito en la naturaleza. Por primera vez daré a las cosas la forma de mi voluntad. (Hirschman, 1967, p. 56)

Para Kelly (1955/1991), la experiencia de encontrar imprevisible el propio mundo se equiparaba a la ansiedad. La imprevisibilidad del mundo social de la persona puede reflejar una dificultad en la sociabilidad, interpretando los procesos de construcción del otro. Como reconoce la poeta estadounidense Sylvia Plath:

¿Me pongo en la mente y las entrañas de otras personas? No. Ni la mitad.  
(Kukil, 2000, p. 92)

El título de la novela de Plath (1967), *La Campana de Cristal*<sup>2</sup>, es una metáfora evocadora del proceso de *constricción*, en el que una persona traza los límites exteriores de su mundo para limitarlo a las áreas que son predecibles. En opinión de Kelly (1955/1991), el suicidio era la constrictión definitiva. En el último poema que escribió, seis días antes de tomar esta última opción a la edad de 30 años, Plath (1965) quizás anticipó cómo la muerte puede proporcionar cierta certeza y perfección en un momento de caos:

La mujer alcanzó la perfección.  
Su cuerpo muerto luce la sonrisa de realización,  
...

### ***La Autolesión Como Forma de Vida***

La constrictión puede implicar la retirada al mundo predecible de un síntoma particular, que efectivamente se convierte en la “forma de vida” de la persona (Fransella, 1970). Para algunas personas, este estilo de vida implica la autolesión, que se utiliza para proporcionar cierta estructura cuando el mundo se vuelve caótico. Como Fred describió su ingestión regular de objetos extraños:

Realmente no quiero dejar de hacerlo. Es parte de mí, ir al hospital y mejorar.

### ***La Autolesión Como un Esbozo del Ciclo de Circunspección-Apropiación-Control***

El Ciclo de Circunspección-Apropiación-Control (o CPC) de Kelly (1955/1991) se refiere al proceso de toma de decisiones, en el que la persona considera todas las cuestiones, o constructos, implicados en la decisión (Fase de Circunspección), se centra en el constructo más supraordinado (Fase de Apropiación), y toma una decisión basada en la elección de un polo de este constructo (Fase de Control). Por ejemplo, en relación con la decisión de intentar suicidarse, la persona puede considerar los constructos relativos a los efectos del acto en las personas significativas, si le proporcionase o no un escape de los problemas, y la probabilidad de que tenga de éxito (fase de Circunspección). Entonces la persona puede concluir que la consideración más importante es si el acto podría o no dañar a otros significativos (Fase de Apropiación), y puede decidir no realizar el intento de suicidio para no causar daño a otros (Fase de Control).

En contraste con la prolongada circunspección de Hamlet sobre “ser o no ser”, los actos impulsivos de autolesión pueden implicar saltarse la fase de circunspección del ciclo. Por ejemplo, como lo describe John:

Estaba pensando en una persona con la que trabajé que se cortó y se suicidó. Pensé que, si él podía hacerlo, yo también... Corré a la cocina, cogí un cuchillo y empecé a cortarme por pura depresión.

### ***El Daño a Uno Mismo Como Absolución de la Culpa***

Kelly (1955/1991) consideraba la culpa como la experiencia de desprendimiento del rol central de uno, con lo que se refería a la conciencia de que uno se está comportando de manera diferente a como siempre se ha visto a sí mismo en relación con otras personas. Para algunas personas, la autodestrucción forma parte de su papel central, y para ellas *no ser autodestructivas* sería una experiencia de culpabilidad. Este fue el caso de Nigel, que fue remitido a una evaluación psicológica porque sus padres estaban cada vez más preocupados porque se comportaba de una manera que consideraban autodestructiva (Winter, 1992). La rejilla de Nigel indicaba que su polo contrario a ser “autodestructivo” era ser “egoísta”, y que asociaba la autodestructividad con una serie de atributos que, para él, eran positivos, concretamente, ser “libre”, “consciente”, “reflexivo”, “desinteresado”, “inteligente”, “equilibrado”, “bajo control”, y tener “sentido del humor”. Para Nigel, por tanto, la autodestrucción era su opción preferida.

### ***La Autoagresión Como Hostilidad***

Para Kelly (1955/1991), la hostilidad surgía del intento del individuo de hacer que el mundo encaje con sus construcciones invalidadas, en vez de revisarlas. En un ejemplo de caso, Aldridge (1998) utilizó estos términos para explicar el comportamiento autolesivo de los pacientes psiquiátricos, extrayendo así pruebas de validación para sus propias construcciones de los miembros del personal como “antipáticos, indiferentes e incapaces de ayudar” (p. 131). Para completar este círculo vicioso hostil, el comportamiento antipático de los miembros del personal provocó respuestas en los pacientes internos, que validaron las construcciones de los miembros del personal de sus acciones como “anormales, ilegítimas y poco cooperativas”.

### **Investigación sobre la Construcción en el Suicidio y las Autolesiones**

Hay una incuestionable cantidad de investigación de la rejilla de repertorio sobre las características de la construcción en las personas que se han autolesionado. Landfield (1976) encontró evidencia de que los intentos serios de suicidio estaban asociados con la desorganización y la restricción del sistema de construcción. Dzamonja-Ignjatovic (1997) demostró una visión constreñida del yo en el futuro (la cual parte de la media de este elemento) en personas suicidas, y una visión menos constreñida de su propia muerte (indicando que la muerte era más construible)

en aquellos que habían intentado suicidarse. Hughes y Neimeyer (1990, 1993) encontraron que las características del sistema de constructos, concretamente, la interpretación desorganizada y polarizada, eran mejores predictores del riesgo de suicidio que el estrés.

Un estudio realizado por Winter et al. (2007) sobre personas que acuden a urgencias después de haberse autolesionado, analizó las relaciones entre la interpretación, evaluada por una rejilla de repertorio, y la gravedad de los síntomas, evaluada mediante cuestionarios; las construcciones de los participantes sobre la autolesión, evaluadas por una entrevista; y, como se discutirá más adelante, la eficacia de una intervención psicoterapéutica basada en los constructos personales. Unos niveles elevados de ideación suicida y desesperanza se asociaron con una interpretación desfavorable del yo (indicada por su diferencia interpretada con el yo ideal de la persona), y la desesperanza se asoció con una visión constreñida del yo futuro, utilizando la misma medida que en el estudio de Dzamonja-Ignjatovic (1997) (es decir, el número de veces que este elemento recibió una media de 4 en una escala del 1 al 7 de todos los constructos de la rejilla). Se encontró un nivel adecuado de fiabilidad interjueces ( $kappa = 0.52$ ) para la taxonomía del constructo personal de los tipos de autolesión cuando se aplicó a las transcripciones de las entrevistas (cuyas citas se proporcionan a continuación), que exploraron lo que conducía al acto de autolesión, lo que se anticipó que sucedería como resultado del mismo, si esta anticipación fue validada o invalidada, y qué efecto, si lo hubo, tuvo esto en la interpretación del cliente.

Para algunos participantes, la anticipación era de la muerte y, como se indica en los siguientes ejemplos, en algunos de estos casos hubo una reconstrucción posterior, mientras que en otros no:

Quería morir... Fue una estupidez.

Pensé que iba a morir. Tenía toda la intención de suicidarme. Lo haré pronto.

Otro resultado anticipado, que no fue validado, fue el de escapar de los problemas. Por ejemplo:

Quería sentir paz, pero no estoy seguro de querer morir... Me sentí avergonzada después de haberlo hecho, así que no estaba realmente en paz.

(Preveía que) no tendría nada de qué preocuparme... Hay otras formas de buscar ayuda. Fue realmente patético. Ahora me siento y me pregunto por qué lo hice.

En varios casos, se anticipó una reacción específica de los demás. En algunos casos, la anticipación de una reacción comprensiva fue validada:

Ahora me están ayudando más... Esperaba la ayuda que recibí.

Están reconociendo mis problemas y pensando más en mí... No era consciente de hacerlo, pero creo que probablemente ésta era la razón para hacerlo, para llamar la atención de mis amigos porque no me estaban tomando en serio.

Sin embargo, en otros casos hubo una invalidación masiva de esas anticipaciones:

(Mi marido) me odia por ello... piensa que soy algo que se puede recoger de la calle... Al principio piensas que si realizas una sobredosis correrán hacia ti... piensas que te quieren y que correrán hacia ti, pero no es así.

(Mi marido) simplemente me dio una paliza. No esperaba que se enfadara. Esperaba que se enfadara, pero no hasta el punto de golpearme.

Mi madre no me ha hablado... me ha excluido del testamento... Me sorprendió porque nos habíamos llevado bien.

Mi padre dijo: "No puedes ni siquiera suicidarte". Mi hermano me llamó "reina del drama" y no me habla... pensé que me apoyarían.

(Mi hijo me trató) 1000 veces peor de lo que puedo soportar. Él es verbalmente violento. Pensé que me trataría mejor, pero es exactamente lo contrario.

Para algunas personas, la anticipación era la de una reacción poco comprensiva por parte de los demás, que en ocasiones se validaba:

Mi mujer pensó que era un estúpido y se mostró despectiva cuando llamaron a la ambulancia, diciendo "llévenselo"... La conozco, sabía que sería despectiva.

Me dijo que era un estúpido, una reacción similar a la que yo pensaba queería.

En otros casos, las anticipaciones de una reacción poco comprensiva fueron invalidadas:

La gente me ha demostrado que sí les importa. Yo creía que no.

Pensé que mi familia se enfadaría por lo que había hecho. No esperaba que me apoyaran.

Están más preocupados por mí. Pensé que se enfadarían conmigo.

## **Intervenciones Terapéuticas para Personas que se Autolesionan**

### ***Base Empírica***

Aunque se han aplicado numerosas intervenciones con personas que se han autolesionado deliberadamente, al revisar la literatura, House et al. (1992) concluyeron que:

ninguno de los estudios publicados hasta ahora ha demostrado el beneficio de la intervención en la reducción de las tasas de repetición; sin embargo, sería erróneo decir que han demostrado, ya sea individualmente o colectivamente, que la intervención es ineficaz. (p.16).

Del mismo modo, la conclusión del National Collaborating Centre for Mental Health (2004) fue que:

La evidencia revisada aquí sugiere que hay sorprendentemente pocas intervenciones específicas para las personas que se han autolesionado que tengan algún efecto positivo... en la actualidad, no existe evidencia suficiente para apoyar ninguna recomendación de intervenciones específicamente

diseñadas para las personas que se autolesionan. (pp. 177-178)

En la actualidad la situación ha cambiado un poco, ya que una revisión posterior indicó que existen pruebas de la eficacia de las terapias del espectro cognitivo-conductual (que van desde las tradicionales hasta las de “nueva ola”) con este grupo de clientes, pero también de otras, incluida la terapia psicodinámica breve (Winter et al., 2013). Se concluye que:

Se debe seguir proporcionando una gama de enfoques de psicoterapia y asesoramiento a los clientes en riesgo de suicidio, que coincide con la gama de preferencias de los clientes, ya que actualmente no hay fundamentos para excluir ninguno en base a su ineeficacia. (p. 174)

También existe evidencia en la investigación cualitativa relacionada con las opiniones de los clientes que se autolesionan sobre la eficacia del asesoramiento y la psicoterapia, y sobre la importancia de la relación terapéutica (Winter et al., 2014).

### ***Una Intervención Psicoterapéutica Basada en los Constructos Personales***

Se desarrolló una intervención terapéutica basada en la perspectiva de la teoría de los constructos personales sobre la autolesión (Winter, 2005; Winter et al., 2007). Un supuesto básico que subyace a esta intervención es que hay varias rutas diferentes para la autolesión, y que las técnicas terapéuticas empleadas deben centrarse en los aspectos de construcción identificados en la formulación de la autolesión de un cliente individual.

La intervención, que comienza unas semanas después de un acto de autolesión, se ofrece con un contrato renovable de seis sesiones. La primera sesión explora el significado de este acto para el cliente, adoptando una actitud crédula, y viendo la autolesión como si fuera un experimento. También se pide al cliente que considere la forma en que sus allegados pueden haber interpretado la autolesión. Para algunos clientes, esta sesión implicará la elaboración de interpretaciones que están en un nivel bajo de conciencia, y el proceso de “poner” en palabras (Kelly, 1955/1991) construcciones que, previamente, fueron expresadas de manera no verbal, como en los actos de autolesión, y puede en sí misma reducir la probabilidad de autolesiones futuras. También puede facilitar la consideración de construcciones alternativas de los eventos, incluyendo la visión de la autolesión como una estrategia que puede ser reemplazada por estrategias alternativas (Stefan y Linder, 1985). Este proceso de exploración continúa en la segunda sesión, a la que se invita al cliente a traer a una persona significativa, permitiendo que su perspectiva sobre la autolesión se compare con la del cliente.

Tras las dos primeras sesiones, y posiblemente la finalización de las técnicas de evaluación del constructo personal, como la rejilla de repertorio, el terapeuta desarrolla una formulación del constructo personal de la autolesión, que se comparte (por supuesto, en un lenguaje coloquial) con el cliente. El enfoque adoptado en las sesiones posteriores se guía por esta formulación. Por ejemplo, si se considera que la autolesión del cliente ha ocurrido en el contexto de una visión determinista

del mundo, las técnicas empleadas serán diferentes a las empleadas si la visión del mundo del cliente se considera caótica. En el primer caso, la atención se centrará en relajar la interpretación del cliente para facilitar la exploración de construcciones alternativas; en el segundo, la atención se centrará en tensar la interpretación. Si se considera que la dependencia no dispersa ha contribuido al acto de autolesión, se puede animar al cliente a experimentar gradualmente con la dispersión de las dependencias de otras personas. Si el cliente parece mostrar dificultades en la socialización (algunas de las cuales pueden haberse hecho evidentes en la sesión conjunta con el otro significativo), puede centrarse en la interpretación de las construcciones de los demás, tal vez ayudado por ejercicios de role-playing. Si la autolesión parece ser la “forma de vida” del cliente, es probable que el enfoque principal sea desarrollar una forma de vida alternativa que ofrezca al menos la misma posibilidad de anticiparse al mundo. Si la autolesión del cliente parece reflejar un esbozo del Ciclo de Circunspección-Apropiación-Control, se pueden utilizar ejercicios para avanzar a través de las etapas de este ciclo en relación con las decisiones en la vida cotidiana del cliente, extendiéndolas a las formas de abordar la decisión de autolesionarse. Si la evitación de la culpa parece ser un factor en la autolesión, el enfoque de la terapia puede ser la reconstrucción de un rol central que no incorpore la autodestrucción, un proceso que puede ayudar es el uso de técnicas de construcción personal centradas en la resolución de problemas (Feixas y Saúl, 2005). Por último, si la autolesión del cliente parece haber ocurrido en el contexto de la hostilidad, un enfoque principal puede ser el fomento de la experimentación, inicialmente en áreas limitadas. El terapeuta también tendrá que ser consciente del peligro de caer en la trampa de responder a la hostilidad con su propia hostilidad, y en su lugar debe adoptar una *relación ortogonal* (Chiari y Nuzzo, 2010) con el cliente, relacionándose consistentemente con el cliente de una manera que es independiente a su forma de interpretar las relaciones interpersonales.

### ***Evidencia en la Investigación de la Intervención Psicoterapéutica Basada en los Constructos Personales***

Un estudio de clientes que habían acudido a los servicios de urgencias tras autolesionarse comparó el resultado de 24 de los clientes que recibieron la intervención psicoterapéutica basada en los constructos personales, con el de otros 40 para los que el enfoque fue la “práctica clínica normal” basada en la evaluación de la salud mental junto con sesiones de seguimiento con los profesionales de la salud mental (con una media de 5.56 contactos en el período comprendido entre la primera y la segunda evaluación de la investigación, y 13.51 en el año siguiente, en comparación con las medias de 6.65 y 9.46 en la condición de intervención) según el caso (Winter et al., 2007). Los clientes fueron asignados a la condición psicoterapéutica basada en los constructos personales si había disponibilidad, y a la condición de práctica normal si no. Hubo una reducción significativamente mayor del pre al post tratamiento en las puntuaciones de la Escala de Ideación Suicida de

Beck, la Escala de Desesperanza de Beck y el Inventory de Depresión de Beck (con tamaños del efecto en el rango medio) en los clientes en la condición psicoterapéutica de los constructos personales, así como, una reducción significativamente mayor en las distancias del yo ideal del yo actual y del yo futuro, y en el número de valoraciones de punto medio dadas a estos dos últimos elementos del yo (el primer tamaño del efecto en el rango medio, y el resto en el grande), en la rejilla de repertorio. De hecho, mientras que se produjeron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de todas las medidas en la condición psicoterapéutica de los constructos personales, no hubo cambios significativos en ninguna medida en la condición de práctica normal. En la evaluación de seguimiento a los seis meses, las puntuaciones de la rejilla de repertorio indicaron que, en comparación con los de la condición de práctica normal, los clientes de la condición psicoterapéutica basada en los constructos personales mostraron un mayor aumento en su capacidad interpretada para dar sentido al mundo y en la positividad de la interpretación de sus parejas ahora y en el futuro (el primer tamaño del efecto en el rango medio, y otros en el grande).

Sin embargo, podría decirse que los cambios demostrados en el cuestionario y en las medidas de la rejilla tendrían poca importancia si no se reflejaran en los cambios de la conducta autolesiva. Por lo tanto, los registros del Departamento de Accidentes y Urgencias local fueron monitoreados durante cinco años para mantener un registro de cualquier episodio repetido de autolesión por parte de los clientes de la muestra. Hubo un número significativamente menor de estos episodios en el seguimiento a uno, tres y cinco años en los clientes pertenecientes a la psicoterapia basada en los constructos personales que en los pertenecientes a la condición de práctica normal.

Las limitaciones de este estudio que deben tenerse en cuenta son que no fue posible la asignación aleatoria completa de los clientes a las dos condiciones (aunque no se encontraron diferencias marcadas entre los grupos de clientes en la evaluación previa al tratamiento); los clientes en la condición psicoterapéutica basada en los constructos personales posiblemente recibieron más tiempo de terapia con los profesionales de la salud mental; y hubo una alta tasa de abandono en la condición de práctica normal (aunque esto sólo habría sesgado los resultados a favor de la condición de los constructos personales en el improbable caso de que los clientes con mayor mejora en la condición de práctica normal hubieran sido más propensos a abandonar la investigación). Sin embargo, como uno de los pocos estudios de resultados terapéuticos para personas que se han autolesionado que han demostrado una mejora no sólo en las medidas del cuestionario, sino también en términos de frecuencia de las autolesiones, los hallazgos pueden considerarse alentadores y, al menos, merecen una mayor investigación de la intervención. Los hallazgos también se suman a una creciente base empírica sobre la eficacia de la psicoterapia basada en los constructos personales (Metcalfe et al., 2007).

## Conclusiones

La perspectiva de la teoría de los constructos personales proporciona una comprensión del significado personal del comportamiento que puede considerarse autodestructivo, incluido el suicidio, para el individuo en cuestión y de su propósito como un intento de mejorar la predictibilidad del mundo de la persona. La formulación del constructo personal de dicho comportamiento permite el desarrollo de una intervención terapéutica adaptada individualmente, y la evidencia inicial de la eficacia de la psicoterapia de los constructos personales con personas que se autolesionan apoyan su uso en la práctica clínica y su evaluación posterior.

Se puede considerar que la persona suicida, o aparentemente autodestructiva, opina que es mejor tener razón que sobrevivir o ser feliz. Preocupantemente, a una escala más global, este puede ser también el caso de aquellos a los que se les confía la supervivencia de otros, así como la suya propia. Así, el intercambio de insultos en 2017 entre el presidente de EE.UU. y el líder supremo de Corea del Norte, Donald Trump y Kim Jong-un, puede considerarse una manifestación de hostilidad Kellyana en la que cada uno provoca al otro para que se comporte de forma que valide las construcciones del otro (Winter, 2018). Aunque los acontecimientos posteriores, afortunadamente, condujeron a un resultado menos catastrófico, en última instancia, esto puede haber permitido al menos que cada uno diga “te dije que era malvado” en los pocos minutos que quedaban después de que el otro lanzara el misil nuclear que causaría la destrucción de su país<sup>3</sup>.

## Notas:

1. Esta y otras citas no atribuibles de personas que se han autolesionado proceden del estudio de Winter et al. (2000).
2. Novela póstuma publicada en 1963. Existe versión en castellano: Sylvia Plath, *La Campana de cristal*, traducción de Elena Rius, Edhasa, 2016. (*Nota de la traductora*)
3. Este ejemplo era pertinente en la época en que se escribió el documento. Lamentablemente, ahora hay más ejemplos actuales del mismo fenómeno.

## Referencias

- Aldridge, D. (1998). *Suicide: The tragedy of hopelessness* [Suicidio: La tragedia de la desesperanza]. Jessica Kingsley.
- Chiari, G. y Nuzzo, M. L. (2010). *Constructivist psychotherapy: A narrative hermeneutic approach* [Psicoterapia constructivista: un enfoque hermenéutico narrativo]. Routledge.
- Dzamona-Ignjatovic, T. (1997). Suicide and depression from the personal construct perspective [Suicidio y depresión desde la perspectiva del constructo personal]. En P. Denicolo y M. Pope (Eds.), *Sharing Understanding and Practice* (pp. 222-234). EPCA Publications.
- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2005). Resolution of dilemmas by personal construct psychotherapy [Resolución de dilemas mediante psicoterapia de constructo personal]. En D.A. Winter y L.L. Viney (Eds.), *Personal construct psychotherapy: advances in theory, practice and research* (pp. 136-147). Whurr.
- Fransella, F. (1970). Stuttering: not a symptom but a way of life [Tartamudez: no un síntoma sino una forma de vida]. *British Journal of Communication Disorders*, 5(1), 22-29. <https://doi.org/10.3109/13682827009011497>
- Fransella, F., Bell, R. y Bannister, D. (2004). *A manual for repertory grid technique* [Un manual para técnica de cuadrícula de repertorio]. Wiley.

- Hirschman, J. (Ed.) (1967). *Antonin Artaud anthology [Antología de Antonin Artaud]*. City Lights.
- House, A., Owens, D. y Storer, D. (1992). Psycho-social intervention following attempted suicide: is there a case for better services? [Intervención psicosocial después del intento de suicidio: ¿existe un caso para mejores servicios?] *International Review of Psychiatry*, 4(1), 15-22. <https://doi.org/10.3109/09540269209066298>
- Hughes, S. L. y Neimeyer, R. A. (1990). A cognitive model of suicidal behavior [Un modelo cognitivo de la conducta suicida]. En D. Lester (Ed.), *Understanding suicide: the state of the art* (pp. 1-28). Charles Press.
- Hughes, S. L. y Neimeyer, R. A. (1993). Cognitive predictors of suicide risk among hospitalized psychiatric patients: a prospective study [Predictores cognitivos del riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos hospitalizados: un estudio prospectivo]. *Death Studies*, 17(2), 103-124. <https://doi.org/10.1080/07481189308252609>
- Kelly, G. A. (1961). Theory and therapy in suicide: the personal construct point of view [Teoría y terapia en el suicidio: el punto de vista del constructo personal]. En N. L. Farberow y E. Shneidman (Eds.), *The cry for help* (pp. 255-280). McGraw-Hill.
- Kelly, G. A. (1970). Behavior is an experiment [El comportamiento es un experimento]. En D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct theory* (pp. 255-269). Academic Press.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs* [La psicología de los constructos personales] (vol. I y II). Norton. (Trabajo original publicado en 1955)
- Knight, B., Harding L. y Willsher, K. (27 de mayo, 2015). Germanwings co-pilot Andreas Lubitz ‘wanted to make everyone remember him’ [El copiloto de Germanwings, Andreas Lubitz, “quería que todos lo recordaran”]. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2015/mar/27/germanwings-co-pilot-andreas-lubitzs-background-under-scrutiny>
- Kukil, K. V. (Ed.) (2000). *The journals of Sylvia Plath, 1950-1962 [Los diarios de Sylvia Plath, 1950-1962]*. Faber & Faber.
- Landfield, A. (1976). A personal construct approach to suicidal behaviour [Un enfoque de construcción personal para el comportamiento suicida]. En P. Slater (Ed.), *The measurement of intrapersonal space by grid technique* (vol. 1.). *Explorations of intrapersonal space* (pp. n.d.). Wiley.
- Metcalfe, C., Winter, D. A. y Viney, L. L. (2007). The effectiveness of personal construct psychotherapy in clinical practice: a systematic review and meta-analysis [La efectividad de la psicoterapia de constructo personal en la práctica clínica: una revisión sistemática y metanálisis]. *Psychotherapy Research*, 17(4), 431-42. <https://doi.org/10.1080/10503300600755115>
- Mowrer, O. H. (1950). *Learning theory and personality dynamics* [Teoría del aprendizaje y dinámica de la personalidad]. Ronald Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). *Self-Harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care* [Autolesiones: el manejo físico y psicológico a corto plazo y la prevención secundaria de las autolesiones en atención primaria y secundaria]. British Psychological Society.
- Neimeyer, R. A. y Winter, D. A. (2006). To be or not to be: personal constructions of the suicidal choice [Ser o no ser: construcciones personales de la elección suicida]. En T. Ellis (Ed.), *Cognitions and suicide: theory, research and practice* (pp. 149-169). American Psychological Association.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. (1998). Deliberate self-harm [Autolesiones deliberadas]. *Effective Health Care*, 4(6), 1-12. <https://www.york.ac.uk/media/crd/ehc46.pdf>
- Plath, S. (1965). *Ariel: poems by Sylvia Plath [Ariel: poemas de Sylvia Plath]*. Faber & Faber.
- Plath, S. (1967). *The bell jar [La campana de cristal]*. Faber & Faber.
- Stefan, C. y Linder, H.B. (1985). Suicide, an experience of chaos or fatalism: perspectives from personal construct theory [El suicidio, una experiencia de caos o fatalismo: perspectivas desde la teoría del constructo personal]. En D. Bannister (Ed.), *Issues and approaches in personal construct theory* (pp. 183-209). Academic Press.
- Winter, D. A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice: theory, research and applications* [Psicología de los constructos personales en la práctica clínica: teoría, investigación y aplicaciones]. Routledge.
- Winter, D. A. (2005). Self harm and reconstruction [Autolesión y reconstrucción]. En D. A. Winter y L. L. Viney (Eds.), *Personal construct psychotherapy: advances in theory, practice and research* (pp. 127-135). Whurr.
- Winter, D. A. (2018). Sociality and hostility: a pernicious mix [Socialidad y hostilidad: una mezcla perniciosa] [Presentación de artículo]. 14<sup>th</sup> Conference of European Personal Construct Association, Edinburgh.
- Winter, D., Bhandari, S., Lutwyche, G., Metcalfe, C., Riley, T., Sireling, L. y Watson, S. (2000). Deliberate and undeliberated self harm: theoretical basis and evaluation of a personal construct psychotherapy intervention [Autolesión deliberada y no deliberada: base teórica y evaluación de una intervención de psicoterapia de construcción personal]. En J. W. Scheer (Ed.), *The person in society: challenges to a constructivist theory* (pp. 351-360). Psychosozial-Verlag.

- Winter, D., Sireling, L., Riley, T., Metcalfe, C., Quaite, A. y Bhandari, S. (2007) A controlled trial of personal construct psychotherapy for deliberate self-harm [Un ensayo controlado de psicoterapia de construcción personal para la autolesión deliberada]. *Psychology and Psychotherapy*, 80(1), 23-37. <https://doi.org/10.1348/147608306X102778>
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F. y Wellsted, D. (2013). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies [Una revisión sistemática de la literatura sobre consejería y psicoterapia para la prevención del suicidio: 1. Estudios cuantitativos de resultados y procesos]. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(3), 164-83. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.761717>
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F. y Wellsted, D. (2014). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 2. Qualitative studies [Una revisión sistemática de la literatura sobre asesoramiento y psicoterapia para la prevención del suicidio: 2. Estudios cualitativos]. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(1), 64-79. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.737004>
- Winter, D. A. y Procter, H. G. (2014). Formulation in personal and relational construct psychotherapy [Formulación en psicoterapia de constructo personal y relacional]. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy* (pp. 145-172). Routledge.
- Winter, D. A. y Watson, S. (1999). Personal construct psychotherapy and the cognitive therapies: different in theory but can they be differentiated in practice? [La psicoterapia de constructo personal y las terapias cognitivas: diferentes en teoría pero ¿pueden diferenciarse en la práctica?] *Journal of Constructivist Psychology*, 12(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/107205399266190>

**Traducción de Sara Barrio Martínez**