



¿Cuándo es terapéutica la confrontación clínica o por el contrario es iatrogénica? Resulta necesario, en la práctica psicoterapéutica, crear un modelo integrador basado en la regulación psicofisiológica, la mentalización y la confianza epistémica

Introducción

La confrontación constituye una de las intervenciones nucleares de la psicoterapia contemporánea. Aunque adopta denominaciones diferentes según la orientación teórica—interpretación en psicoanálisis, reestructuración cognitiva en terapia cognitivo-conductual, evocación de discrepancias en entrevista motivacional, validación dialéctica en DBT o confrontación experiencial en terapia focalizada en la emoción— todas comparten un objetivo común: facilitar que el paciente tome conciencia de discrepancias, defensas, sesgos o patrones relacionales que mantienen su sufrimiento psicológico.

Sin embargo, la evidencia clínica muestra un fenómeno aparentemente paradójico. Intervenciones confrontativas técnicamente similares pueden producir resultados radicalmente distintos. En algunos pacientes favorecen el insight, incrementan la integración narrativa y promueven cambios emocionales estables. En otros desencadenan respuestas defensivas intensas, deterioran la alianza terapéutica, incrementan la vergüenza, favorecen procesos disociativos e incluso precipitan el abandono del tratamiento.

Esta variabilidad sugiere que la eficacia de la confrontación no depende exclusivamente de su contenido ni de la habilidad técnica del terapeuta. Es probable que dependa también del **estado funcional del paciente** en el momento preciso en que la intervención es formulada.

Diversos desarrollos recientes en psicoterapia convergen indirectamente hacia esta idea. La teoría de la mentalización (Bateman y Fonagy, 2016) sostiene que la capacidad para comprender los propios estados mentales disminuye bajo elevada activación emocional. La teoría de la confianza epistémica (Fonagy, Luyten y Allison, 2015) plantea que únicamente cuando el paciente considera al terapeuta una fuente fiable puede incorporar nueva información interpersonal. Por su parte, la neurociencia afectiva ha mostrado que la hiperactivación autonómica altera las funciones ejecutivas, la regulación emocional y el procesamiento reflexivo (Porges, 2011; Siegel, 2012).

Pese a ello, la mayoría de los modelos continúan centrándose en cómo confrontar y dedican mucha menos atención a una cuestión previa: **en qué condiciones psicológicas una confrontación puede ser integrada sin generar efectos iatrogénicos**

El presente trabajo propone un marco conceptual integrador denominado **Modelo de Disponibilidad Integrativa para la Confrontación (MDIC)**, según el cual la eficacia de la confrontación depende de la interacción entre seis dimensiones clínicas: regulación psicofisiológica, mentalización, confianza epistémica, alianza terapéutica, capacidad reflexiva y tolerancia afectiva. Asimismo, se plantean hipótesis susceptibles de contrastación empírica y un posible programa de investigación.

Revisión histórica

Uno de los aspectos más importantes del artículo será mostrar que esta idea no aparece de forma aislada, sino que representa una convergencia histórica de múltiples escuelas.

Freud: la interpretación exige un momento oportuno

Freud nunca defendió interpretar indiscriminadamente. En *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912) y especialmente en *Recordar, repetir y reelaborar* (1914) insistió en que la interpretación solo resulta eficaz cuando las resistencias permiten que el paciente pueda elaborarla. Interpretaciones prematuras fortalecen las defensas en lugar de debilitarlas.

Referencia

Freud, S. (1912). *Recommendations to physicians practising psycho-analysis*. SE, 12, 109–120.

Freud, S. (1914). *Remembering, Repeating and Working Through*. SE, 12, 145–156.

Ferenczi: el trauma puede reproducirse dentro de la terapia

Ferenczi fue probablemente el primero en advertir explícitamente que una confrontación técnicamente correcta podía resultar traumática si ignoraba el estado emocional del paciente.

En *Elasticity of Psycho-Analytic Technique* (1928) propone adaptar la técnica al nivel de tolerancia emocional del paciente.

En *Confusion of Tongues* (1933) describe cómo determinadas interpretaciones reproducen la experiencia traumática cuando el terapeuta invalida la vivencia subjetiva.

Referencias

Ferenczi, S. (1928). *The Elasticity of Psycho-Analytic Technique*.

Ferenczi, S. (1933). *Confusion of Tongues Between Adults and the Child*.

Alexander y French: la experiencia emocional correctiva

Alexander y French (1946) introducen la idea de que el cambio terapéutico no depende exclusivamente del insight, sino de vivir una experiencia emocional distinta dentro de la relación terapéutica.

Una confrontación solo sería útil cuando va acompañada de una experiencia relacional correctiva.

Carl Rogers: aceptación antes que confrontación

Rogers mostró que la aceptación positiva incondicional, la empatía y la congruencia constituyen condiciones necesarias para el cambio terapéutico.

Sin una relación suficientemente segura, cualquier confrontación tendería a vivirse como crítica.

Referencia

Rogers, C. R. (1957). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.

Heinz Kohut: preservar la cohesión del self

Kohut sostuvo que interpretaciones prematuras pueden fragmentar un self vulnerable. Antes de confrontar es necesario consolidar funciones de sostén mediante respuestas empáticas.

Referencia

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*.

Otto Kernberg: confrontación estructurada

Kernberg considera la confrontación una intervención esencial, especialmente en la psicoterapia de los trastornos graves de personalidad.

Sin embargo, insiste repetidamente en que debe realizarse dentro de una alianza estable y de forma graduada.

Referencia

Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders*.

Bateman y Fonagy: mentalización

La teoría de la mentalización aporta probablemente el soporte empírico más sólido para el modelo propuesto.

Cuando aumenta la activación emocional, disminuye la capacidad de representar estados mentales propios y ajenos.

En esas condiciones la confrontación deja de elaborarse reflexivamente y pasa a vivirse como amenaza.

Referencia

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*.

Linehan: regulación antes de confrontar

La Terapia Dialéctico-Conductual establece una secuencia muy clara:

Primero regulación emocional.

Después resolución de problemas.

Finalmente confrontación.

No en sentido cronológico absoluto, sino funcional: una persona en intensa desregulación emocional difícilmente podrá beneficiarse de una intervención confrontativa.

Referencia

Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*.

Miller y Rollnick

La entrevista motivacional demostró experimentalmente que la confrontación directa incrementa la resistencia al cambio.

En cambio, la evocación colaborativa reduce la reactancia psicológica.

Referencia

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing* (3.^a ed.).

Safran y Muran

Estos autores demostraron que las rupturas de alianza no constituyen necesariamente un fracaso terapéutico.

Lo importante es su reparación.

La confrontación solo favorece el cambio cuando fortalece posteriormente la alianza.

Referencia

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*.

El problema científico

A partir de esta revisión emerge una observación llamativa.

Cada orientación identifica una condición diferente para que la confrontación resulte eficaz: disminución de la resistencia, experiencia emocional correctiva, aceptación incondicional, cohesión del self, mentalización, regulación emocional, confianza interpersonal o reparación de la alianza.

Sin embargo, ninguna de estas propuestas ha sido integrada hasta ahora en un modelo funcional único que permita formular hipótesis verificables acerca de las condiciones

psicológicas necesarias para que una confrontación clínica sea metabolizada por el paciente.

Artículo científico desde el punto de vista psicoterapéutico de un modelo verificable sobre las condiciones psicológicas que hacen que los modelos de confrontación clínica sean terapéuticos o por el contrario iatrogénicos

La confrontación es una técnica utilizada —con nombres distintos— por prácticamente todas las orientaciones psicoterapéuticas: psicoanálisis, terapias cognitivas, sistémicas, humanistas, terapia focalizada en la emoción, ACT, DBT o entrevista motivacional. Sin embargo, existe un problema importante: la literatura ha estudiado mucho qué es la confrontación, pero mucho menos cuándo produce integración y cuándo produce traumatización.

La hipótesis central

La eficacia terapéutica de la confrontación no depende principalmente del contenido de la confrontación sino del estado psicológico y neurobiológico en el que se encuentra el paciente en el momento de recibirla.

Esta hipótesis es verificable experimentalmente.

Hacia un modelo verificable de la confrontación terapéutica: condiciones psicológicas que transforman la confrontación clínica en un proceso integrador o iatrogénico

Resumen

La confrontación constituye una de las intervenciones más características de numerosas psicoterapias. Sin embargo, la evidencia disponible muestra resultados contradictorios: en algunos pacientes facilita reorganizaciones profundas mientras que en otros incrementa las defensas, la ruptura de la alianza terapéutica y el abandono del tratamiento. Este artículo propone un modelo integrador según el cual la eficacia de la confrontación depende menos del contenido interpretativo que del estado de regulación psicofisiológica, capacidad de mentalización, confianza epistémica y seguridad relacional presentes en el paciente en el instante clínico de la intervención. Se plantea un modelo susceptible de contrastación empírica mediante variables observables y se discuten sus implicaciones para la formación de psicoterapeutas.

Introducción

La confrontación ha ocupado un lugar central desde Freud hasta las terapias contemporáneas. Sin embargo, todavía existe una paradoja. La misma confrontación puede producir: insight, reorganización emocional o integración narrativa. O, incluso, vergüenza, retraumatización, hipervigilancia o abandono del tratamiento.

La pregunta fundamental no debería ser: **¿Cómo confrontar?**, sino **¿Cuándo puede una confrontación ser metabolizada por el paciente?**

Aquí aparece la idea central de este artículo. No existe una confrontación terapéutica en sí. Existen estados psicológicos compatibles o incompatibles con recibir una confrontación.

Revisión histórica

Una breve genealogía científica.

Freud
Confrontación mediante interpretación. Cuando disminuye la resistencia. No antes.
Ferenczi
El exceso interpretativo traumatiza. Introduce la elasticidad técnica.
Alexander y French
Experiencia emocional correctiva.
La confrontación debe ir acompañada de una vivencia emocional distinta.
Carl Rogers
La confrontación sólo es útil si existe aceptación incondicional.
Kohut
La confrontación prematura destruye el self.
Kernberg
La confrontación es esencial...
...pero únicamente dentro de una alianza sólida.
Bateman y Fonagy
Sin mentalización suficiente...
la confrontación produce desorganización.
Linehan
Primero regulación.
Después confrontación.
Nunca al revés.
Miller y Rollnick
La confrontación directa aumenta la resistencia.
Safran y Muran
La confrontación únicamente funciona si repara la alianza.

Problema científico

La literatura describe técnicas. Pero prácticamente ningún modelo responde a una cuestión previa: ¿Qué variables hacen posible que una confrontación sea integrada?

Nuestra hipótesis

La confrontación es una intervención dependiente del estado del paciente .No del terapeuta. No del contenido. Sino del estado funcional del paciente.

El modelo propuesto podría llamarse:

Modelo de Disponibilidad Integrativa para la Confrontación (MDIC)

Antes de confrontar con el paciente deben encontrarse suficientemente activas seis condiciones.

A.
Regulación fisiológica
Sistema nervioso suficientemente estable.
No hiperactivación.
No colapso.
B.
Mentalización
Capacidad para pensar sobre la propia mente.
C.
Confianza epistémica
Que el paciente pueda considerar que la información del terapeuta merece ser explorada.
D.
Alianza terapéutica
Sentirse suficientemente seguro.
E.
Capacidad reflexiva
Diferenciar emoción de realidad.
F.
Tolerancia afectiva
Poder experimentar emociones intensas sin desorganizarse.

Entonces podríamos proponer una función:

Potencial terapéutico de la confrontación = f (Regulación fisiológica × Mentalización × Confianza epistémica × Alianza × Tolerancia afectiva × Capacidad reflexiva)

Es una formulación conceptual, no matemática estricta, que expresa que un valor muy bajo en cualquiera de estos factores puede reducir de forma importante la capacidad de integrar la confrontación.

Condiciones de iatrogenia

La confrontación tendería a ser iatrogénica cuando aparecen:

1. hiperactivación simpática
2. disociación
3. vergüenza intensa
4. apego desorganizado
5. trauma complejo
6. hipervigilancia epistémica
7. mentalización colapsada
8. alexitimia severa
9. ausencia de alianza

Hipótesis verificables

Hipótesis 1
La regulación fisiológica previa predecirá el beneficio de la confrontación.
Hipótesis 2
Pacientes con elevada confianza epistémica tolerarán confrontaciones más intensas.
Hipótesis 3
La confrontación disminuirá la sintomatología únicamente cuando exista una alianza suficiente.
Hipótesis 4
La misma confrontación producirá efectos opuestos según el estado autonómico del paciente.
Hipótesis 5
La mentalización mediará la relación entre confrontación e insight.

Diseño experimental

Dos grupos. Misma confrontación. Pero aplicada en dos momentos distintos.

Grupo A: Después de ejercicios de regulación emocional.

Grupo B: Durante elevada activación.

Variables:

1. frecuencia cardíaca
2. variabilidad cardíaca (HRV)
3. conductancia cutánea

4. confianza epistémica
5. alianza terapéutica
6. capacidad de mentalización
7. abandono
8. insight
9. sintomatología

Relación con el IMCE-30¹

Aquí aparece una aportación especialmente original e importante. El IMCE-30 podría utilizarse como herramienta para estimar la "preparación" del paciente para recibir confrontaciones clínicas. Sus tres dimensiones encajan de forma natural con el modelo:

- **Interocepción:** informa sobre la regulación corporal y la capacidad de detectar los propios estados internos.
- **Mentalización:** estima la capacidad para comprender y elaborar la experiencia psicológica.
- **Confianza epistémica / Hipervigilancia:** permite valorar la apertura o resistencia a incorporar información interpersonal significativa.

A partir de estas dimensiones podría construirse un **Índice de Disponibilidad para la Confrontación (IDC)**, que integraría las puntuaciones del IMCE-30 con una medida de alianza terapéutica y otra de activación fisiológica (por ejemplo, HRV). Este índice generaría hipótesis pronósticas verificables sobre la probabilidad de que una confrontación sea integradora o iatrogénica.

Consecuencias clínicas

La principal implicación es un cambio de paradigma: No deberíamos preguntarnos: **¿Es correcta esta confrontación?** Sino: **¿Está este paciente, en este momento, en condiciones de integrarla?**

¹ IMCE-30: Un modelo integrador de Interocepción, Mentalización y Confianza Epistémica para la comprensión del sufrimiento psicológico y psicosomático por Francisco Muñoz-Martin. (<http://franciscomuñoz-martin.es>)

Resumen: La creciente complejidad de los problemas psicológicos contemporáneos exige modelos clínicos capaces de integrar los procesos corporales, emocionales y relacionales. El protocolo IMCE-30 (Interocepción, Mentalización y Confianza Epistémica) surge como una propuesta teórico-clínica destinada a evaluar tres dimensiones fundamentales del funcionamiento humano: la percepción del cuerpo, la comprensión de los estados mentales y la capacidad para confiar en la información emocional procedente de los demás. El modelo plantea que numerosos síntomas psicológicos y psicosomáticos no pueden entenderse únicamente como trastornos aislados, sino como alteraciones en la integración entre cuerpo, mente y relación. Desde esta perspectiva, el IMCE-30 pretende constituirse como una herramienta de evaluación clínica, formulación de casos, investigación y seguimiento terapéutico.

La calidad técnica de una confrontación dejaría de evaluarse únicamente por su contenido o precisión interpretativa y pasaría a depender también de la oportunidad clínica en que se formula.

Originalidad científica

Este planteamiento se diferencia de la literatura existente por varias razones:

1. Desplaza el foco desde la técnica hacia el **estado funcional del paciente**.
2. Integra aportaciones del psicoanálisis, la teoría del apego, la mentalización, la confianza epistémica y la neurociencia afectiva en un único marco conceptual.
3. Formula hipótesis explícitas y falsables susceptibles de investigación empírica.
4. Ofrece un puente entre la práctica clínica y la psicoterapia basada en la evidencia mediante variables medibles.
5. Abre la posibilidad de desarrollar instrumentos clínicos de decisión, como el propuesto **Índice de Disponibilidad para la Confrontación**, con utilidad para la supervisión y la formación de terapeutas.

Considero que, desarrollado con una revisión sistemática de la literatura y una metodología rigurosa, este trabajo tendría potencial para convertirse en una aportación relevante a la investigación en psicoterapia. Además, puede constituir un desarrollo natural del IMCE-30, al convertirlo no solo en una herramienta descriptiva del funcionamiento psicológico, sino también en un instrumento para orientar el momento y la intensidad de intervenciones como la confrontación clínica.

Propongo una tabla concebida no sólo como recurso didáctico, sino como **instrumento de investigación de proceso psicoterapéutico**. La unidad de análisis será cada episodio de confrontación, desde la intervención del terapeuta hasta la respuesta del paciente y la posible reparación posterior.

Tabla de Codificación Empírica de la Confrontación Clínica

TCECC: indicadores de intervención, respuesta, ruptura, reparación e iatrogenia

1. Unidad básica de codificación

Se considera **episodio confrontativo** toda secuencia clínica en la que el terapeuta señala explícita o implícitamente una discrepancia, contradicción, evitación, defensa, patrón relacional o consecuencia de la conducta del paciente.

El episodio se inicia con la intervención confrontativa y termina cuando sucede alguna de estas condiciones:

1. el paciente integra o rechaza la intervención;
2. cambia claramente el tema;
3. se produce una ruptura de alianza;
4. el terapeuta repara o reformula;
5. transcurren aproximadamente cinco minutos sin que continúe el proceso;
6. finaliza la sesión.

Cada episodio debe codificarse sobre cinco ejes:

1. características de la confrontación;
2. estado previo del paciente;
3. respuesta inmediata;
4. ruptura y reparación;
5. resultado terapéutico o posible iatrogenia.

Tabla principal de codificación

Dimensión	Código	Indicadores observables	Ejemplo clínico	Puntuación
Tipo de confrontación	TC1	Discrepancia entre dos afirmaciones	«Dice que no le importa, pero también señala que no puede dormir»	Nominal
	TC2	Discrepancia entre discurso y conducta	«Desea estabilidad, pero elige personas no disponibles»	Nominal
	TC3	Discrepancia entre intención y efecto	«Intenta protegerle, pero él puede vivirlo como desconfianza»	Nominal
	TC4	Confrontación afectiva	Señalamiento de emoción no reconocida	Nominal
	TC5	Confrontación somática	Relación entre relato y activación corporal	Nominal
	TC6	Confrontación defensiva	Señalamiento de evitación, intelectualización, negación, proyección	Nominal
	TC7	Confrontación relacional inmediata	Uso de lo que ocurre entre paciente y terapeuta	Nominal
	TC8	Confrontación transferencial	Relación entre experiencia actual y patrón relacional previo	Nominal
	TC9	Confrontación de responsabilidad	Diferencia entre daño recibido y participación actual	Nominal
	TC10	Confrontación de función del síntoma	Exploración de función protectora o interpersonal	Nominal
Forma lingüística	FL0	No confrontativa o puramente descriptiva	«Ha ocurrido varias veces»	0
	FL1	Exploratoria e hipotética	«Me pregunto si podría estar ocurriendo...»	1
	FL2	Afirmativa pero abierta	«Parece que hay una contradicción»	2
	FL3	Categorica	«Lo que realmente le sucede es...»	3
	FL4	Acusatoria o descalificadora	«Se engaña», «manipula», «no quiere cambiar»	4

Grado de especificidad	GE0	Describe un hecho concreto	«Hoy, cuando le pregunté...»	0
	GE1	Describe un patrón delimitado	«Suele retirarse cuando teme depender»	1
	GE2	Generalización amplia	«Hace esto en todas sus relaciones»	2
	GE3	Definición global de identidad	«Es manipulador», «es incapaz de amar»	3
Tono interpersonal	TI0	Cálido, curioso, respetuoso	Voz estable, pausas, invitación a responder	0
	TI1	Neutral o técnico	Escasa expresión afectiva, sin hostilidad	1
	TI2	Frío, impaciente o correctivo	Interrupciones, rigidez, urgencia	2
	TI3	Irónico, humillante o punitivo	Sarcasmo, desprecio, ridiculización	3
Dosificación	DO0	Ajustada a la capacidad del paciente	Intervención breve y tolerable	0
	DO1	Moderadamente intensa	Produce activación pero mantiene reflexión	1
	DO2	Excesiva	Paciente pierde capacidad de elaborar	2
	DO3	Inundatoria o coercitiva	Insistencia pese a desorganización o negativa	3
Permiso para disentir	PD0	Expreso	«Puede que me equivoque»	0
	PD1	Implícito	Intervención abierta, escucha posterior	1
	PD2	Limitado	Terapeuta escucha pero defiende su formulación	2
	PD3	Ausente	Rechazo interpretado como resistencia	3
Estado previo de regulación	ER0	Regulado	Respiración estable, lenguaje coherente, atención flexible	0
	ER1	Activación leve	Ansiedad o tensión sin pérdida de reflexión	1
	ER2	Hiperactivación significativa	Respiración rápida, agitación, urgencia, rigidez	2

	ER3	Colapso o disociación	Desconexión, vacío, inmovilidad, confusión	3
Mentalización previa	MP0	Preservada	Considera múltiples perspectivas y estados mentales	0
	MP1	Parcialmente reducida	Comprensión rígida pero revisable	1
	MP2	Muy reducida	Certeza absoluta, lectura mental, pensamiento concreto	2
	MP3	Colapsada	Confusión entre pensamiento y realidad, desorganización	3
Alianza previa	AP0	Sólida y negociable	Confianza y capacidad de desacuerdo	0
	AP1	Suficiente pero frágil	Cooperación con dudas o tensión	1
	AP2	Inestable	Evitación, hostilidad, complacencia defensiva	2
	AP3	Ruptura previa no reparada	Desconfianza abierta o retirada marcada	3
Respuesta cognitiva inmediata	RC0	Integración	El paciente relaciona la intervención con su experiencia	0
	RC1	Exploración	Pregunta, matiza, considera alternativas	1
	RC2	Confusión	No comprende o pierde el hilo	2
	RC3	Rechazo flexible	Discrepa aportando razones	3
	RC4	Rechazo rígido	Negación categórica, cierre total	4
Respuesta afectiva inmediata	RA0	Curiosidad o alivio	Sensación de comprensión, apertura	0
	RA1	Tristeza, ansiedad o enfado tolerables	Emoción intensa con capacidad de reflexión	1
	RA2	Vergüenza significativa	Evita la mirada, se empequeñece, se disculpa excesivamente	2
	RA3	Rabia desorganizada	Ataque, acusación, pérdida de perspectiva	3
	RA4	Colapso afectivo	Vacío, congelación, desconexión	4

Respuesta corporal	RB0	Sin cambio relevante	Regulación mantenida	0
	RB1	Activación moderada	Tensión, respiración más rápida, inquietud leve	1
	RB2	Activación elevada	Temblor, hiperventilación, bloqueo corporal	2
	RB3	Respuesta extrema	Crisis, disociación, desmayo, desorientación	3
Respuesta interpersonal	RI0	Acercamiento	Mayor contacto, espontaneidad, colaboración	0
	RI1	Negociación	Expresa desacuerdo sin romper la relación	1
	RI2	Retirada	Silencio, cambio de tema, desconexión	2
	RI3	Confrontación hostil	Crítica, ataque, lucha por el control	3
	RI4	Sumisión aparente	Asentimiento rápido, complacencia, falsa aceptación	4
Ruptura de alianza	RU0	No observable	Sin deterioro relacional	0
	RU1	Ruptura leve	Cambio sutil de tono, menor participación	1
	RU2	Ruptura moderada	Retirada clara, crítica o resistencia	2
	RU3	Ruptura grave	Amenaza de abandono, hostilidad intensa	3
	RU4	Ruptura extrema	Abandono de sesión o tratamiento	4
Tipo de ruptura	TR0	Sin ruptura	—	Nominal
	TR1	Retirada	Silencio, evasión, complacencia, desconexión	Nominal
	TR2	Confrontación	Queja, oposición, crítica, lucha relacional	Nominal
	TR3	Mixta	Alternancia entre retirada y oposición	Nominal
Detección del terapeuta	DT0	Inmediata	Reconoce el cambio en el momento	0
	DT1	Demorada	Detecta después de varios intercambios	1

	DT2	Sólo tras señal explícita del paciente	Paciente debe nombrar el daño	2
	DT3	No detectada	Continúa sin reconocer la ruptura	3
Respuesta del terapeuta a la ruptura	RT0	Exploración abierta	Pregunta por impacto y acepta incertidumbre	0
	RT1	Reformulación	Reduce intensidad, matiza, aclara	1
	RT2	Reconocimiento de responsabilidad	Admite error o inoportunidad	2
	RT3	Defensa técnica	Justifica la intervención sin explorar su efecto	3
	RT4	Contraataque o patologización	Atribuye la protesta a resistencia o patología	4
Calidad de reparación	QR0	Reparación completa	Recuperación de seguridad y colaboración	0
	QR1	Reparación parcial	Mejora, aunque persiste cierta tensión	1
	QR2	Reparación superficial	Se retoma la sesión sin elaborar la ruptura	2
	QR3	Reparación fallida	Persiste deterioro de alianza	3
	QR4	Sin intento de reparación	Ruptura ignorada	4
Resultado inmediato	RE0	Integración terapéutica	Aumenta comprensión, agencia o conexión emocional	0
	RE1	Activación productiva	Malestar tolerable con reflexión	1
	RE2	Resultado incierto	No se observa beneficio ni daño claro	2
	RE3	Deterioro transitorio	Vergüenza, rabia o retirada reversible	3
	RE4	Posible daño inmediato	Desorganización intensa o pérdida de seguridad	4
Resultado diferido	RD0	Mejoría mantenida	Mayor reflexión o cambio conductual posterior	0
	RD1	Beneficio parcial	Comprensión sin cambios claros	1
	RD2	Sin cambio	Episodio clínicamente neutro	2

	RD3	Empeoramiento leve o transitorio	Aumento temporal de síntomas o evitación	3
	RD4	Empeoramiento persistente	Deterioro funcional, pérdida de confianza	4
	RD5	Daño grave	Crisis, conducta de riesgo, abandono atribuible	5
Probable iatrogenia	PI0	No hay indicios	Activación tolerable y reparada	0
	PI1	Riesgo bajo	Malestar transitorio sin deterioro funcional	1
	PI2	Riesgo moderado	Ruptura no completamente reparada	2
	PI3	Riesgo alto	Vergüenza persistente, desorganización o retirada	3
	PI4	Iatrogenia probable	Empeoramiento temporal y funcional atribuible	4
	PI5	Iatrogenia grave probable	Daño persistente, abandono o riesgo clínico	5

Indicadores observables de respuesta inmediata

Respuesta integradora

Se codificará como respuesta integradora cuando el paciente:

1. relacione la intervención con experiencias concretas;
2. formule asociaciones nuevas;
3. tolere emociones sin perder coherencia;
4. reconozca ambivalencias;
5. cuestione parcialmente la intervención sin romper la relación;
6. diferencie intención, conducta y consecuencia;
7. muestre aumento de curiosidad;
8. formule una decisión o alternativa conductual.

Ejemplos:

—Nunca había pensado que cuando me alejo quizá estoy intentando impedir que me abandonen.

—No creo que ocurra siempre, pero sí pasó con mi anterior pareja.

—Me molesta escucharlo, aunque reconozco una parte.

Respuesta defensiva no necesariamente patológica

Se codificará como defensiva cuando aparezcan:

1. negación inmediata;
2. racionalización;
3. cambio de tema;
4. humor evasivo;
5. intelectualización;
6. minimización;
7. atribución exclusiva a terceros;
8. silencio;
9. asentimiento automático.

Estas respuestas no indican por sí mismas iatrogenia. Pueden expresar:

1. protección ante un afecto intenso;
2. desacuerdo legítimo;
3. falta de comprensión;
4. momento clínico inadecuado;
5. insuficiente confianza;
6. formulación incorrecta del terapeuta.

Respuesta desorganizadora

Indicadores:

1. pérdida de continuidad narrativa;
2. confusión intensa;
3. desorientación;
4. bloqueo prolongado;
5. disociación;
6. hiperventilación;
7. incapacidad para reconocer dónde está;
8. crisis de pánico;
9. respuesta emocional desproporcionadamente intensa;
10. sensación de humillación o amenaza;
11. imposibilidad de retomar la conversación.

Tipos de ruptura de alianza

Ruptura de retirada

El paciente se distancia de la tarea, del terapeuta o de su propia experiencia.

Indicadores observables:

1. respuestas monosilábicas;
2. cambio de tema;
3. silencio prolongado;
4. reducción del contacto visual;
5. sonrisa incongruente;
6. asentimiento complaciente;
7. minimización del desacuerdo;
8. discurso excesivamente intelectual;
9. desconexión corporal;
10. ausencia en la sesión siguiente;
11. olvido reiterado de citas tras la confrontación.

Ruptura de confrontación

El paciente expresa directamente insatisfacción, enfado o desacuerdo.

Indicadores:

1. critica al terapeuta;
2. cuestiona su competencia;
3. rechaza la tarea;
4. acusa al terapeuta de no comprender;
5. eleva el tono;
6. amenaza con abandonar;
7. discute el encuadre;
8. rechaza la interpretación;
9. exige explicaciones;
10. denuncia sentirse juzgado o humillado.

La ruptura de confrontación no debe considerarse necesariamente más grave que la retirada. Puede ser incluso más reparable porque el desacuerdo se hace visible.

Ruptura mixta

Aparece cuando el paciente alterna oposición y retirada:

—Eso que dice es absurdo. Da igual, no quiero seguir hablando.

Esta combinación puede expresar intensa ambivalencia: necesidad de protesta y temor simultáneo a las consecuencias de protestar.

Estrategias de reparación codificables

Estrategia	Código	Conducta observable del terapeuta	Riesgo de uso inadecuado
Metacomunicación	RP1	Habla directamente de lo que está ocurriendo entre ambos	Convertirla en interpretación unilateral
Pregunta por el impacto	RP2	«¿Cómo ha recibido lo que acabo de decir?»	Preguntar de forma retórica
Validación de la experiencia	RP3	Reconoce que el paciente pudo sentirse juzgado o invadido	Validar sin revisar la propia intervención
Reformulación	RP4	Presenta la idea con menor certeza o intensidad	Reformular sin reconocer el daño
Reconocimiento del error	RP5	Admite equivocación, exceso o mal momento	Disculpa defensiva para cerrar el tema
Restauración de elección	RP6	Recuerda al paciente que puede disentir o detenerse	Devolver elección sólo de forma aparente
Regulación compartida	RP7	Reduce ritmo, invita a respirar, pausa o grounding	Usar regulación para evitar hablar de la ruptura
Renegociación de objetivos	RP8	Revisa si la intervención responde a las metas acordadas	Imponer nuevamente los objetivos terapéuticos
Exploración de transferencia y realidad	RP9	Examina patrón previo y contribución real del terapeuta	Reducir toda crítica a transferencia
Supervisión posterior	RP10	El terapeuta revisa el episodio en supervisión	Usarla sin informar o reparar con el paciente

Criterios de reparación completa

Una ruptura puede considerarse suficientemente reparada cuando se observan varios de los siguientes indicadores:

1. el paciente puede describir cómo recibió la intervención;
2. el terapeuta comprende su impacto sin defenderse inmediatamente;
3. ambos diferencian intención y efecto;
4. se recupera la capacidad de pensar juntos;
5. el paciente puede disentir sin temer represalias;
6. el terapeuta modifica, retira o mantiene su hipótesis justificadamente;
7. disminuye la activación fisiológica;
8. se restablece el contacto interpersonal;
9. la tarea terapéutica se renegocia;
10. en la sesión siguiente no persiste un deterioro significativo;
11. el paciente no queda obligado a aceptar la interpretación para restaurar la relación.

La reparación no exige que el paciente termine admitiendo que el terapeuta tenía razón.

Marcadores de posible iatrogenia

Se considerarán **marcadores de alarma**:

1. aumento persistente de vergüenza;
2. autodesprecio posterior a la sesión;
3. incremento de ideación suicida o autolesiva;
4. aumento de consumo de sustancias;
5. ataques de pánico;
6. disociación recurrente;
7. pesadillas o reactivación traumática intensa;
8. pérdida de confianza en la terapia;
9. miedo anticipatorio a la siguiente sesión;
10. ocultamiento de información para evitar nuevas confrontaciones;
11. sumisión o asentimiento compulsivo;
12. deterioro en relaciones familiares o laborales atribuible a la intervención;
13. abandono abrupto;
14. sensación de haber sido humillado, culpabilizado o acusado;
15. dependencia creciente del terapeuta;
16. imposibilidad de cuestionar sus interpretaciones.

Estos indicadores no demuestran por sí solos causalidad iatrogénica. Deben analizarse considerando:

1. evolución previa del trastorno;
2. acontecimientos vitales simultáneos;
3. cambios farmacológicos;
4. curso esperado del tratamiento;

5. intensidad y persistencia del deterioro;
6. relación temporal con la intervención;
7. posibilidad de explicaciones alternativas;
8. desaparición o persistencia tras la reparación.

Índices derivados

1. Índice de Calidad de la Confrontación

Puede calcularse inicialmente con fines exploratorios:

ICC = apertura lingüística + especificidad + tono + dosificación + permiso para disentir

Para facilitar la interpretación, las puntuaciones pueden invertirse de modo que los valores altos indiquen mayor calidad.

Propuesta provisional:

- 0–4: confrontación clínicamente cuidadosa;
- 5–8: confrontación de riesgo moderado;
- 9–12: confrontación potencialmente disruptiva;
- 13 o más: confrontación de alto riesgo iatrogénico.

Estos puntos de corte son exclusivamente teóricos y deberán validarse empíricamente.

2. Índice de Disponibilidad del Paciente

IDP = regulación previa + mentalización previa + alianza previa

- 0–2: disponibilidad elevada;
- 3–5: disponibilidad intermedia;
- 6–9: disponibilidad reducida.

Cuanto mayor sea la puntuación, menor sería la capacidad inmediata para procesar una confrontación intensa.

3. Índice de Ruptura

IR = intensidad de ruptura + retirada + confrontación hostil + sumisión aparente

La sumisión debe incluirse porque una aceptación rápida no garantiza integración.

4. Índice de Reparación

Puede integrar:

1. rapidez de detección;
2. exploración del impacto;
3. reconocimiento de responsabilidad;
4. reformulación;
5. restauración de agencia;
6. recuperación de alianza.

5. Índice de Riesgo Iatrogénico

Puede formularse provisionalmente como:

IRI = intensidad confrontativa + baja disponibilidad + ruptura + fracaso de reparación + deterioro diferido

El modelo no debería asumir una suma lineal definitiva. Los pesos de cada variable deberán estimarse mediante análisis empírico.

Ficha breve para codificar cada episodio

Datos generales

1. Código del paciente:
2. Código del terapeuta:
3. Sesión:
4. Minuto de inicio:
5. Minuto de finalización:
6. Diagnóstico o formulación clínica:
7. Fase del tratamiento:
8. Acontecimiento clínico previo:

Intervención confrontativa literal

Registrar textualmente, siempre que sea posible, la frase del terapeuta:

Tipo de confrontación

1. TC1 verbal
2. TC2 discurso-conducta
3. TC3 intención-efecto
4. TC4 afectiva
5. TC5 somática
6. TC6 defensiva
7. TC7 relacional
8. TC8 transferencial
9. TC9 responsabilidad
10. TC10 función del síntoma
11. Otra:

Estado previo

1. Regulación: 0 1 2 3
2. Mentalización: 0 1 2 3
3. Alianza: 0 1 2 3
4. Vergüenza previa: 0 1 2 3
5. Confianza epistémica aparente: 0 1 2 3

Características de la intervención

1. Forma lingüística: 0 1 2 3 4
2. Especificidad: 0 1 2 3
3. Tono: 0 1 2 3
4. Dosificación: 0 1 2 3
5. Permiso para disentir: 0 1 2 3

Respuesta inmediata

1. Cognitiva: 0 1 2 3 4
2. Afectiva: 0 1 2 3 4
3. Corporal: 0 1 2 3
4. Interpersonal: 0 1 2 3 4

Ruptura

1. Intensidad: 0 1 2 3 4
2. Tipo: retirada / confrontación / mixta
3. Indicadores observados:

Reparación

1. Detección: 0 1 2 3
2. Estrategia utilizada:
3. Calidad: 0 1 2 3 4
4. Respuesta del paciente:

Resultado

1. Inmediato: 0 1 2 3 4
2. Sesión siguiente: 0 1 2 3 4 5
3. Riesgo iatrogénico: 0 1 2 3 4 5
4. Evidencias de integración:
5. Evidencias de deterioro:
6. Explicaciones alternativas:

Ejemplo de codificación

Fragmento clínico

Paciente:

—No necesito a nadie. Siempre he salido adelante solo.

Terapeuta:

—Sin embargo, cuando su pareja tarda en responderle siente que no le importa y llama repetidamente. Parece que necesita más de los demás de lo que quiere reconocer.

Paciente:

—Eso no es verdad. Usted siempre intenta hacerme parecer dependiente.

El paciente cruza los brazos, deja de mirar al terapeuta y permanece en silencio.

Terapeuta:

—Su reacción confirma que he tocado una dificultad importante.

El paciente no vuelve a hablar del asunto y falta a la siguiente sesión.

Codificación

Variable	Puntuación	Justificación
Tipo	TC2	Discrepancia entre discurso y conducta
Forma lingüística	3	Formulación categórica
Especificidad	2	Generalización del patrón
Tono	1–2	Puede ser neutral o correctivo según grabación
Dosificación	2	Alta intensidad ante posible vulnerabilidad
Permiso para disentir	3	El desacuerdo se convierte en confirmación
Regulación previa	1	No consta desorganización inicial
Mentalización previa	1–2	Posible rigidez sobre autosuficiencia
Respuesta cognitiva	4	Rechazo rígido
Respuesta afectiva	2–3	Vergüenza o rabia
Respuesta interpersonal	2	Retirada
Ruptura	3	Ruptura grave
Detección del terapeuta	3	No detecta la ruptura como tal
Respuesta del terapeuta	4	Patologiza el desacuerdo
Reparación	4	No hay reparación

Resultado diferido	4–5	Falta posterior y posible abandono
Iatrogenia	3–4	Probable contribución de la intervención

Posible reformulación reparadora

—Creo que lo he formulado con demasiada seguridad. No quería definirle como dependiente, pero entiendo que pudo sentirse etiquetado. Me interesa saber qué parte le ha molestado y si estoy pasando por alto algo importante.

Esta respuesta no renuncia necesariamente a la hipótesis, pero restaura:

- incertidumbre;
- derecho a disentir;
- diferenciación entre intención y efecto;
- responsabilidad del terapeuta;
- posibilidad de reparación.

Procedimiento de codificación para investigación

Se recomienda:

1. grabar en audio o vídeo las sesiones con consentimiento informado;
2. seleccionar episodios confrontativos mediante dos evaluadores independientes;
3. transcribir literalmente intervención y respuestas;
4. codificar primero las conductas observables;
5. codificar después las inferencias clínicas;
6. mantener separados los datos observables de las interpretaciones;
7. realizar entrenamiento de codificadores;
8. calcular acuerdo interjueces;
9. revisar discrepancias mediante consenso;
10. relacionar las puntuaciones con resultados inmediatos y longitudinales.

Las inferencias sobre vergüenza, transferencia, defensa o mentalización deben apoyarse en varios indicadores y no en una sola conducta.

Fiabilidad y validez

Fiabilidad interjueces

Para variables nominales puede emplearse:

1. kappa de Cohen;
2. kappa ponderado;
3. alfa de Krippendorff cuando haya más de dos evaluadores.

Para escalas ordinales:

1. correlación intraclase;
2. kappa ponderado.

Como criterio inicial:

- inferior a 0,40: acuerdo insuficiente;
- 0,40–0,59: moderado;
- 0,60–0,74: bueno;
- 0,75 o superior: excelente.

Validez convergente

La tabla podría compararse con:

1. Working Alliance Inventory;
2. Session Rating Scale;
3. Rupture Resolution Rating System;
4. medidas de mentalización;

5. escalas de vergüenza;
6. medidas de confianza epistémica;
7. evaluación de síntomas;
8. abandono terapéutico;
9. deterioro clínicamente significativo.

Validez predictiva

La pregunta principal sería:

¿Las características de la confrontación, combinadas con el estado previo del paciente y la calidad de la reparación, predicen integración, ruptura, abandono o deterioro?

Hipótesis empíricas

1. Las confrontaciones exploratorias y específicas producirán más respuestas integradoras que las categóricas y globales.
2. La alta activación previa y la baja mentalización aumentarán el riesgo de ruptura.
3. La alianza previa moderará la relación entre intensidad confrontativa y resultado.
4. La posibilidad explícita de disentir reducirá las respuestas de sumisión aparente.
5. La detección precoz de la ruptura se asociará con mejores resultados.
6. El reconocimiento de la contribución del terapeuta predecirá una reparación más completa que la mera reformulación técnica.
7. La ausencia de reparación aumentará el riesgo de abandono.
8. La vergüenza mediará la relación entre confrontaciones identitarias y deterioro de la alianza.
9. Las confrontaciones transferenciales serán beneficiosas cuando incluyan la posibilidad de una contribución real del terapeuta.
10. El riesgo iatrogénico será mayor cuando coincidan confrontación intensa, baja disponibilidad del paciente y fracaso de reparación.

Principio general del instrumento

La tabla parte de una premisa central:

Una confrontación no debe evaluarse únicamente por la verdad de su contenido, sino por la forma en que se comunica, el estado en que se encuentra el paciente, la respuesta que produce, la capacidad de reparar sus efectos y sus consecuencias posteriores.

La misma intervención puede ser:

1. terapéutica en un paciente regulado y dentro de una alianza segura;
2. disruptiva pero reparable en otro momento;

3. iatrogénica si se formula con certeza, humillación o coerción ante un paciente desorganizado y sin posibilidad real de disentir.

Por ello, la unidad científica no debe ser simplemente «la confrontación», sino:

confrontación × paciente × estado × relación × respuesta × reparación × resultado.

Esta tabla puede convertirse después en una **escala formal de observación**, con manual de codificación, ejemplos clínicos, estudio piloto y análisis de fiabilidad interjueces.

A continuación, queda formulada la **primera versión experimental completa** del instrumento. Conviene presentarla siempre como una escala en desarrollo: sus puntuaciones y puntos de corte son provisionales hasta comprobar fiabilidad, validez y capacidad predictiva.

TCECC-1.0

Tabla de Codificación Empírica de la Confrontación Clínica

Instrumento observacional para evaluar la calidad de la confrontación, la respuesta del paciente, las rupturas de alianza, la reparación y el riesgo iatrogénico

Autor de la propuesta: Francisco Muñoz-Martín

Versión: Experimental 1.0

Ámbito: Investigación de procesos psicoterapéuticos, supervisión clínica y formación de psicoterapeutas

Estado del instrumento: Propuesta teórica pendiente de validación empírica

1. Finalidad del instrumento

La TCECC-1.0 es un sistema observacional diseñado para analizar episodios de confrontación clínica en sesiones de psicoterapia.

Su finalidad es describir y estudiar empíricamente:

- qué tipo de confrontación realiza el terapeuta;
- cómo la formula;
- en qué estado psicológico se encuentra el paciente;
- qué respuesta inmediata produce;
- si aparece una ruptura de la alianza;
- cómo responde el terapeuta a esa ruptura;
- si la relación logra repararse;
- y si la intervención se asocia con integración, neutralidad, deterioro transitorio o posible iatrogenia.

La escala no presupone que la confrontación sea terapéutica o perjudicial por naturaleza. Parte de una hipótesis contextual:

El efecto de la confrontación depende de la interacción entre sus características, el estado funcional del paciente, la relación terapéutica, la respuesta inmediata, la posibilidad de reparación y sus consecuencias posteriores.

2. Definición de confrontación clínica

Se entiende por **confrontación clínica** toda intervención mediante la cual el terapeuta dirige la atención del paciente hacia una discrepancia, contradicción, evitación, patrón defensivo, consecuencia interpersonal o aspecto no reconocido de su experiencia.

La confrontación puede señalar diferencias entre:

- dos afirmaciones del paciente;
- lo que dice y lo que hace;
- su intención y el efecto de su conducta;
- su experiencia verbal y sus manifestaciones afectivas;
- su relato y su respuesta corporal;
- su deseo consciente y sus mecanismos de evitación;
- su conducta actual y patrones relacionales anteriores;
- su percepción del terapeuta y lo que ocurre en la relación presente.

No se considerarán confrontaciones:

- preguntas puramente informativas;
 - reflejos empáticos sin señalamiento de discrepancia;
 - interpretaciones que no introduzcan contradicción;
 - explicaciones psicoeducativas generales;
 - indicaciones conductuales;
 - establecimiento ordinario de límites;
 - validaciones emocionales no confrontativas.
-

3. Unidad de análisis

La unidad de análisis es el **Episodio de Confrontación Clínica**, denominado ECC.

Un ECC comienza cuando el terapeuta formula una intervención confrontativa y termina cuando:

- el paciente integra, rechaza o abandona la cuestión;
- aparece una ruptura claramente identificable;
- se produce una estrategia de reparación;
- cambia de forma estable el tema;
- transcurren cinco minutos sin continuación significativa;
- o finaliza la sesión.

Un episodio puede contener:

1. una confrontación inicial;
2. una respuesta del paciente;
3. una réplica del terapeuta;
4. una ruptura;
5. uno o varios intentos de reparación;
6. una respuesta posterior;
7. un resultado inmediato.

Cuando aparecen varias confrontaciones encadenadas sobre el mismo asunto, se codificarán como un único episodio si forman parte de la misma secuencia relacional. Se codificarán como episodios diferentes cuando exista un cambio claro de tema, objetivo o estado interpersonal.

4. Fuentes de información

La codificación puede realizarse a partir de:

- grabación audiovisual;
- grabación de audio;
- transcripción literal;
- observación directa;
- notas clínicas detalladas;
- autoinforme del paciente;
- autoinforme del terapeuta;
- valoración posterior del supervisor.

La grabación audiovisual constituye la fuente preferible porque permite observar simultáneamente:

- contenido verbal;
- tono;
- ritmo;
- silencios;
- gestos;
- postura;
- contacto visual;
- activación corporal;
- cambios relacionales.

Las notas clínicas sin grabación pueden utilizarse en estudios preliminares, pero ofrecen menor precisión y mayor riesgo de sesgo retrospectivo.

5. Estructura general

La TCECC-1.0 comprende siete dominios:

Dominio	Contenido
A	Tipo y objetivo de la confrontación
B	Calidad formal de la intervención
C	Estado previo del paciente
D	Respuesta inmediata del paciente
E	Ruptura de alianza
F	Detección y reparación
G	Resultado y posible iatrogenia

Cada variable debe codificarse independientemente. El evaluador no debe inferir automáticamente que una confrontación categórica produjo una ruptura ni que una emoción intensa indica daño.

DOMINIO A

Tipo y objetivo de la confrontación

A1. Tipo principal de confrontación

Debe seleccionarse un tipo principal y, cuando sea necesario, un tipo secundario.

TC1. Confrontación intraverbal

Señala discrepancias entre dos afirmaciones.

Ejemplo:

«Dice que ya no le afecta, pero también comenta que piensa en ello todas las noches».

TC2. Confrontación entre discurso y conducta

Señala diferencias entre lo declarado y lo realizado.

Ejemplo:

«Desea una relación estable, pero se vincula reiteradamente con personas no disponibles».

TC3. Confrontación entre intención y efecto

Diferencia la finalidad consciente de una conducta de sus consecuencias interpersonales.

Ejemplo:

«Intenta proteger a su hija, pero quizá ella experimente esa vigilancia como falta de confianza».

TC4. Confrontación afectiva

Señala una emoción no reconocida o incongruente con el discurso.

Ejemplo:

«Mientras dice que no está enfadado, su voz aumenta de intensidad».

TC5. Confrontación somática o interoceptiva

Relaciona el relato con sensaciones o respuestas corporales.

Ejemplo:

«Cuando afirma que todo está superado, aparece presión en el pecho».

TC6. Confrontación defensiva

Señala una evitación, intelectualización, racionalización, negación, proyección o cambio de tema.

Ejemplo:

«Cada vez que nos aproximamos a su soledad empieza a explicar teorías».

TC7. Confrontación de patrón temporal

Relaciona la conducta presente con una repetición histórica.

Ejemplo:

«Cuando teme que alguien pueda abandonarlo, parece retirarse antes».

TC8. Confrontación relacional inmediata

Utiliza lo que ocurre en ese momento entre paciente y terapeuta.

Ejemplo:

«Cuando le pregunto si está enfadado conmigo, sonríe y dice que todo está bien».

TC9. Confrontación transferencial

Relaciona la vivencia actual del terapeuta con representaciones o vínculos anteriores.

Ejemplo:

«Quizá mi silencio le haya recordado la indiferencia de su padre».

TC10. Confrontación de responsabilidad

Delimita responsabilidad actual sin atribuir causalidad sobre el daño recibido.

Ejemplo:

«No causó lo que le sucedió, pero ahora podemos estudiar cómo responde ante ese recuerdo».

TC11. Confrontación de función del síntoma

Explora la función protectora, relacional o identitaria de un síntoma.

Ejemplo:

«La crisis le hace sufrir, aunque también parece permitirle detenerse y pedir cuidado».

TC12. Confrontación de efecto interpersonal repetido

Señala cómo una conducta influye recurrentemente en las respuestas de otras personas.

Ejemplo:

«Cuando teme no ser escuchado eleva el tono, pero eso parece hacer que los demás se retiren».

TC13. Confrontación de idealización o devaluación

Señala representaciones extremas o escindidas.

Ejemplo:

«Hace una semana su pareja era perfecta; hoy parece no tener ningún valor».

TC14. Confrontación de autosuficiencia defensiva

Explora la negación de necesidades de dependencia o apoyo.

Ejemplo:

«No pedir ayuda le protege de la decepción, aunque también le deja solo».

TC15. Otra confrontación

Debe describirse literalmente y justificarse.

A2. Objetivo aparente de la confrontación

Código Objetivo

- | | |
|----|------------------------------|
| 0 | No puede determinarse |
| 1 | Aumentar conciencia |
| 2 | Facilitar expresión afectiva |
| 3 | Mostrar una defensa |
| 4 | Interrumpir evitación |
| 5 | Promover responsabilidad |
| 6 | Examinar patrón relacional |
| 7 | Trabajar la transferencia |
| 8 | Resolver una ruptura |
| 9 | Modificar una conducta |
| 10 | Establecer un límite |
| 11 | Otro |

El objetivo se codifica según el contenido observable, no según una intención atribuida sin datos.

DOMINIO B

Calidad formal de la confrontación

B1. Apertura epistemológica

Evalúa cuánto espacio deja la intervención para que el paciente confirme, rechace o modifique la hipótesis.

Puntuación Descriptor

- | | |
|---|---|
| 0 | Muy abierta e hipotética |
| 1 | Abierta, aunque relativamente afirmativa |
| 2 | Afirmativa con posibilidad limitada de revisión |
| 3 | Categorica |

4 Cerrada, incontrovertible o autoritaria

Ejemplos

0

«Me pregunto si podría estar ocurriendo algo de esto».

2

«Parece que suele evitar la dependencia».

4

«Esto demuestra que no puede aceptar que depende de los demás».

B2. Especificidad

Puntuación Descriptor

- 0 Conducta o momento concreto
- 1 Patrón delimitado y contextualizado
- 2 Generalización amplia
- 3 Afirmación global sobre la personalidad o identidad

0

«Hoy, cuando pregunté por su enfado, cambió de tema».

3

«Usted siempre manipula a los demás».

B3. Tono interpersonal

Puntuación Descriptor

- 0 Cálido, curioso y respetuoso
- 1 Neutral o técnico
- 2 Frío, impaciente o correctivo
- 3 Acusatorio, irónico o descalificador
- 4 Humillante, hostil o punitivo

El contenido escrito no basta para puntuar el tono. Deben considerarse voz, ritmo, énfasis, interrupciones y lenguaje no verbal.

B4. Dosificación

Puntuación Descriptor

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 0 | Baja intensidad y ajustada |
| 1 | Moderada y tolerable |
| 2 | Alta, aunque todavía elaborable |
| 3 | Excesiva para el estado del paciente |
| 4 | Coercitiva, repetitiva o inundatoria |

La dosificación no se valora únicamente por la frase. Debe relacionarse con el estado previo y la respuesta observable.

B5. Validación previa o simultánea

Puntuación Descriptor

- | | |
|---|--|
| 0 | Existe validación clara de la experiencia o función protectora |
| 1 | Existe reconocimiento parcial |
| 2 | No hay validación, pero tampoco invalidación |
| 3 | La experiencia del paciente es minimizada |
| 4 | La experiencia es ridiculizada, negada o moralmente condenada |

B6. Permiso para disentir

Puntuación Descriptor

- | | |
|---|---|
| 0 | El derecho a disentir se expresa claramente |
| 1 | Se permite implícitamente |
| 2 | Se escucha, pero el terapeuta insiste |
| 3 | El desacuerdo se interpreta como defensa |
| 4 | El desacuerdo es castigado, ridiculizado o patologizado |

B7. Diferenciación entre conducta e identidad

Puntuación Descriptor

- | | |
|---|--|
| 0 | Se refiere exclusivamente a conducta o experiencia |
|---|--|

1	Se formula como patrón modificable
2	Se atribuye como rasgo estable
3	Se define globalmente la identidad
4	Se emite una condena moral o deshumanizadora

B8. Ajuste al objetivo terapéutico

Puntuación Descriptor

0	Directamente relacionado con objetivos acordados
1	Relación plausible
2	Relación poco clara
3	Alejado de los objetivos
4	Contrario a los objetivos o al consentimiento del paciente

DOMINIO C

Estado previo del paciente

Debe valorarse durante los dos minutos anteriores a la confrontación.

C1. Regulación psicofisiológica

Puntuación Descriptor

0	Regulación estable
1	Activación leve
2	Activación moderada
3	Hiperactivación intensa
4	Colapso, congelación o disociación

Indicadores

- respiración;
 - velocidad del habla;
 - temblor;
 - agitación;
 - inmovilidad;
 - contacto visual;
 - orientación;
 - capacidad para seguir la conversación.
-

C2. Mentalización momentánea

Puntuación Descriptor

0	Flexible, compleja y reflexiva
1	Parcialmente restringida
2	Rígida, pero recuperable
3	Muy reducida
4	Colapsada o prementalizadora

Indicadores de reducción

- certeza absoluta sobre la mente ajena;
 - pensamiento dicotómico;
 - confusión entre emoción y hecho;
 - atribuciones hostiles automáticas;
 - pérdida de perspectiva;
 - incapacidad para considerar alternativas.
-

C3. Calidad de la alianza previa

Puntuación Descriptor

0	Sólida, cooperativa y negociable
1	Suficiente
2	Frágil
3	Ruptura incipiente
4	Ruptura manifiesta no reparada

C4. Confianza epistémica contextual

Evalúa la disposición observable del paciente a considerar la comunicación del terapeuta como potencialmente relevante y benevolente.

Puntuación Descriptor

0	Alta apertura
1	Apertura cautelosa
2	Ambivalencia
3	Hipervigilancia o desconfianza marcada
4	Cierre epistémico

No debe inferirse a partir de un único desacuerdo. La discrepancia razonada puede coexistir con confianza epistémica.

C5. Vulnerabilidad a la vergüenza

Puntuación	Descriptor
0	No observable
1	Leve
2	Moderada
3	Alta
4	Extrema o desorganizadora

Indicadores:

- autocrítica;
- temor a decepcionar;
- mirada descendida;
- ocultamiento;
- disculpas excesivas;
- sensación de ser defectuoso;
- respuesta intensa ante errores o límites.

C6. Capacidad de regulación interpersonal

Puntuación	Descriptor
0	Puede solicitar ayuda, pausa o aclaración
1	Acepta apoyo cuando se ofrece
2	Le cuesta expresar necesidad
3	Rechaza o teme la regulación interpersonal
4	La proximidad aumenta claramente la desorganización

DOMINIO D

Respuesta inmediata del paciente

Debe codificarse durante los primeros sesenta segundos y, de manera complementaria, durante los cinco minutos posteriores.

D1. Respuesta cognitiva

Puntuación	Categoría
------------	-----------

0	Integración
1	Exploración
2	Matización o desacuerdo reflexivo
3	Confusión
4	Rechazo rígido
5	Desorganización cognitiva

Integración

El paciente:

- realiza asociaciones nuevas;
- reconoce ambivalencias;
- relaciona pasado y presente;
- identifica consecuencias;
- formula alternativas.

Desacuerdo reflexivo

Debe considerarse una respuesta potencialmente saludable:

«No creo que ocurra de esa manera, aunque sí reconozco que me retiro cuando me siento criticado».

D2. Respuesta afectiva

Puntuación Categoría

0	Curiosidad, alivio o interés
1	Emoción tolerable
2	Ansiedad, tristeza o enfado intensos pero regulados
3	Vergüenza marcada
4	Rabia desorganizada
5	Colapso afectivo o disociación

La intensidad emocional no equivale automáticamente a daño.

D3. Respuesta corporal

Puntuación Descriptor

0	Regulación mantenida
1	Activación leve

2	Activación moderada
3	Activación intensa
4	Bloqueo, colapso o disociación

D4. Respuesta interpersonal

Puntuación Categoría

0	Acercamiento y colaboración
1	Negociación o desacuerdo constructivo
2	Distanciamiento leve
3	Retirada manifiesta
4	Confrontación hostil
5	Sumisión o aceptación aparente

La sumisión aparente debe codificarse cuando aparecen:

- asentimiento excesivamente rápido;
 - cambio brusco hacia complacencia;
 - disculpas automáticas;
 - ausencia de elaboración;
 - lenguaje idéntico al del terapeuta;
 - temor visible a contradecir.
-

D5. Cambio en mentalización

Puntuación Descriptor

-2	Mejora clara
-1	Mejora leve
0	Sin cambio
+1	Reducción leve
+2	Colapso significativo

En esta variable, valores negativos indican mejoría y positivos deterioro.

D6. Percepción subjetiva inmediata

Siempre que sea posible, se preguntará al paciente:

«¿Cómo ha recibido lo que acabo de decir?»

Opciones:

Código Respuesta

- | | |
|---|---------------------------------|
| 0 | Útil o esclarecedora |
| 1 | Útil pero difícil |
| 2 | Ambigua |
| 3 | Poco útil |
| 4 | Juzgadora o invalidante |
| 5 | Humillante, amenazante o dañina |
| 9 | No evaluada |
-

DOMINIO E

Ruptura de la alianza

E1. Presencia e intensidad

Puntuación Descriptor

- | | |
|---|----------------------------------|
| 0 | No hay ruptura |
| 1 | Señales sutiles |
| 2 | Ruptura leve |
| 3 | Ruptura moderada |
| 4 | Ruptura grave |
| 5 | Abandono de sesión o tratamiento |
-

E2. Tipo de ruptura

ER. Ruptura de retirada

Indicadores:

- silencio;
- cambio de tema;
- mirada ausente;
- respuestas breves;
- desconexión;
- asentimiento complaciente;
- discurso excesivamente abstracto;
- reducción de participación;
- faltas posteriores.

EC. Ruptura de confrontación

Indicadores:

- crítica al terapeuta;
- rechazo explícito;
- aumento del tono;
- desacuerdo hostil;
- acusación de incomprensión;
- cuestionamiento de competencia;
- amenaza de abandono.

EM. Ruptura mixta

Alternancia de confrontación y retirada.

Ejemplo:

«No tiene ni idea de lo que dice. Pero da igual, no quiero seguir hablando».

E3. Objeto de la ruptura

Código Objeto

- | | |
|----|----------------------------------|
| 0 | No determinado |
| 1 | Contenido de la confrontación |
| 2 | Forma o tono |
| 3 | Momento elegido |
| 4 | Objetivos terapéuticos |
| 5 | Tareas del tratamiento |
| 6 | Sentimiento de humillación |
| 7 | Falta de comprensión |
| 8 | Límite o encuadre |
| 9 | Experiencias previas reactivadas |
| 10 | Otro |
-

DOMINIO F

Detección y reparación

F1. Detección del terapeuta

Puntuación	Descriptor
0	Inmediata y explícita
1	Inmediata pero implícita
2	Demorada
3	Sólo tras protesta del paciente
4	No detectada
5	Negada activamente

F2. Estrategias de reparación

Pueden registrarse varias.

Código	Estrategia
RP1	Metacomunicación
RP2	Pregunta por el impacto
RP3	Validación de la experiencia
RP4	Reformulación
RP5	Retirada parcial de la hipótesis
RP6	Reconocimiento de error
RP7	Diferenciación entre intención y efecto
RP8	Restauración del derecho a disentir
RP9	Regulación compartida
RP10	Renegociación de objetivos
RP11	Exploración de transferencia y realidad actual
RP12	Pausa o aplazamiento acordado
RP13	No se intenta reparación
RP14	Defensa de la intervención
RP15	Patologización de la protesta
RP16	Contraataque

F3. Responsabilidad asumida por el terapeuta

Puntuación	Descriptor
0	Reconoce claramente su posible contribución
1	Reconoce parcialmente
2	Mantiene incertidumbre razonable
3	Se centra sólo en el paciente
4	Niega toda contribución
5	Culpa o patologiza al paciente

F4. Calidad de reparación

Puntuación Descriptor

0	Reparación completa
1	Reparación sustancial
2	Reparación parcial
3	Reparación superficial
4	Reparación fallida
5	No existe reparación o aumenta la ruptura

Reparación completa

Requiere varios de los siguientes indicadores:

- el paciente expresa cómo recibió la intervención;
- el terapeuta escucha sin defenderse;
- se diferencia intención de efecto;
- se recupera la capacidad de pensar juntos;
- disminuye la activación;
- se restaura el derecho a disentir;
- se renegocia la tarea;
- el terapeuta modifica o retira su formulación cuando procede;
- la relación continúa sin sumisión ni amenaza.

La reparación no exige que el paciente acepte finalmente la confrontación.

DOMINIO G

Resultado y posible iatrogenia

G1. Resultado inmediato

Puntuación Resultado

0	Integración clara
1	Activación productiva
2	Beneficio parcial
3	Resultado neutro o incierto
4	Deterioro transitorio
5	Posible daño inmediato

G2. Resultado en la sesión siguiente

Puntuación Resultado

0	Mejoría o elaboración
1	Continuidad productiva
2	Sin cambios relevantes
3	Tensión o evitación residual
4	Deterioro clínico
5	Ausencia o amenaza de abandono
6	Abandono confirmado
9	No disponible

G3. Marcadores de posible iatrogenia

Registrar presencia o ausencia:

Indicador	No	Sí
Vergüenza persistente	0	1
Autodesprecio posterior	0	1
Miedo a la siguiente sesión	0	1
Ocultamiento de información	0	1
Pérdida de confianza	0	1
Aumento de síntomas	0	1
Disociación posterior	0	1
Conducta autolesiva o suicida	0	1
Aumento de consumo	0	1
Deterioro funcional	0	1
Dependencia incrementada	0	1
Sumisión terapéutica	0	1
Abandono	0	1
Otro daño clínicamente relevante	0	1

G4. Atribución causal provisional

Puntuación Descriptor

0	No relacionado con la confrontación
1	Relación improbable
2	Relación posible
3	Relación probable

4 Relación muy probable

Para valorar causalidad se considerará:

1. proximidad temporal;
2. cambio respecto al estado previo;
3. contenido específicamente relacionado;
4. ausencia o presencia de causas alternativas;
5. repetición del efecto;
6. mejoría tras reparación;
7. valoración del paciente;
8. valoración independiente.

G5. Clasificación del episodio

Código Clasificación

CT	Confrontación terapéutica
CAP	Confrontación activadora productiva
CNR	Confrontación neutra o no resolutive
CRR	Confrontación con ruptura reparada
CRNR	Confrontación con ruptura no reparada
CIR	Confrontación con riesgo iatrogénico
CIP	Confrontación probablemente iatrogénica
IND	Resultado indeterminado

6. Índices provisionales

Los siguientes índices son experimentales. No deben utilizarse todavía para decisiones clínicas automáticas.

6.1. Índice de Riesgo Formal de la Confrontación

Se suman:

- apertura epistemológica;
- especificidad;
- tono;
- dosificación;
- invalidación;
- ausencia de permiso para disentir;
- definición identitaria;
- desajuste con objetivos.

Rango: 0–32.

Interpretación provisional

Puntuación Riesgo formal

0–5	Muy bajo
6–11	Bajo
12–17	Moderado
18–23	Alto
24–32	Muy alto

Estos intervalos son teóricos y deberán revisarse mediante análisis empírico.

6.2. Índice de Vulnerabilidad Contextual

Se suman:

- desregulación;
- reducción de mentalización;
- fragilidad de alianza;
- desconfianza epistémica;
- vulnerabilidad a vergüenza;
- dificultad de regulación interpersonal.

Rango: 0–24.

Una puntuación alta no significa que el paciente no deba ser confrontado. Indica que la intervención probablemente necesite:

- menor intensidad;
- mayor validación;
- más apertura;
- mayor regulación;
- y vigilancia de la alianza.

6.3. Índice de Ruptura Posterior

Se integran:

- intensidad de ruptura;
- retirada;
- confrontación hostil;
- sumisión aparente;
- disminución de mentalización.

La sumisión debe tratarse como posible marcador de ruptura encubierta.

6.4. Índice de Capacidad Reparadora del Terapeuta

Se valoran:

- rapidez de detección;
- exploración del impacto;
- validación;
- reconocimiento de contribución;
- restauración del derecho a disentir;
- regulación;
- renegociación;
- resultado de la reparación.

6.5. Índice de Riesgo Iatrogénico

La versión inicial puede estudiarse mediante la siguiente relación conceptual:

Riesgo iatrogénico = riesgo formal de la confrontación + vulnerabilidad contextual + gravedad de ruptura + fracaso de reparación + deterioro diferido.

No debe establecerse todavía una fórmula ponderada definitiva. Los pesos tendrán que obtenerse mediante modelos estadísticos y validación cruzada.

7. Hoja breve de codificación

Identificación

1. Código del paciente:
2. Código del terapeuta:
3. Orientación terapéutica:
4. Sesión:
5. Fecha:
6. Minuto de inicio:
7. Minuto de finalización:
8. Fase del tratamiento:
9. Diagnóstico o formulación clínica:

Transcripción literal de la confrontación

Dominio A

1. Tipo principal:
2. Tipo secundario:
3. Objetivo aparente:

Dominio B

Variable	Puntuación
Apertura epistemológica	0 1 2 3 4
Especificidad	0 1 2 3
Tono	0 1 2 3 4
Dosificación	0 1 2 3 4
Validación	0 1 2 3 4
Permiso para disentir	0 1 2 3 4
Conducta-identidad	0 1 2 3 4
Ajuste a objetivos	0 1 2 3 4

Dominio C

Variable	Puntuación
Regulación	0 1 2 3 4
Mentalización	0 1 2 3 4
Alianza	0 1 2 3 4
Confianza epistémica	0 1 2 3 4
Vergüenza	0 1 2 3 4
Regulación interpersonal	0 1 2 3 4

Dominio D

Variable	Puntuación
Respuesta cognitiva	0 1 2 3 4 5
Respuesta afectiva	0 1 2 3 4 5
Respuesta corporal	0 1 2 3 4
Respuesta interpersonal	0 1 2 3 4 5
Cambio de mentalización	-2 -1 0 +1 +2

Percepción subjetiva	0 1 2 3 4 5 9
----------------------	---------------

Dominio E

1. Intensidad de ruptura:
2. Tipo de ruptura:
3. Objeto de la ruptura:
4. Indicadores observados:

Dominio F

1. Detección:
2. Estrategias de reparación:
3. Responsabilidad asumida:
4. Calidad de reparación:
5. Respuesta posterior del paciente:

Dominio G

1. Resultado inmediato:
2. Resultado en la sesión siguiente:
3. Marcadores iatrogénicos:
4. Atribución causal:
5. Clasificación final:

8. Reglas generales de codificación

Regla 1. Codificar conductas antes que interpretaciones

Debe registrarse primero:

«El paciente baja la mirada, permanece veinte segundos en silencio y responde “da igual”».

Sólo posteriormente puede formularse:

«Posible retirada asociada a vergüenza».

Regla 2. No considerar todo desacuerdo como resistencia

El desacuerdo puede expresar:

- pensamiento crítico;
- buena mentalización;
- diferencia legítima;
- error del terapeuta;
- necesidad de matización;
- defensa;
- o una combinación de estos elementos.

Regla 3. No equiparar emoción intensa con iatrogenia

Una intervención puede generar tristeza, ansiedad o rabia y seguir siendo productiva.

El riesgo aumenta cuando aparecen:

1. pérdida de capacidad reflexiva;
2. desorganización;
3. vergüenza global;
4. deterioro persistente;
5. ruptura no reparada;
6. pérdida funcional;
7. conducta de riesgo.

Regla 4. La aceptación inmediata no demuestra integración

El asentimiento rápido puede reflejar:

- comprensión;
- complacencia;
- temor;
- sumisión;
- dependencia;
- deseo de terminar la conversación.

Debe comprobarse la elaboración posterior.

Regla 5. La interpretación correcta puede estar mal aplicada

La exactitud conceptual no elimina la necesidad de valorar:

- oportunidad;
 - tono;
 - alianza;
 - regulación;
 - capacidad de mentalización;
 - efecto producido.
-

Regla 6. La reparación no exige acuerdo

La reparación se produce cuando se restaura la posibilidad de pensar juntos, no cuando el paciente termina aceptando la interpretación.

Regla 7. La percepción del paciente es esencial, pero no única

El autoinforme del paciente debe incorporarse, aunque también se tendrán en cuenta:

- conducta observable;
- evolución clínica;
- alianza;
- resultados posteriores;
- evaluación independiente.

9. Manual de entrenamiento de codificadores

Fase 1. Formación teórica

Duración recomendada: seis horas.

Contenidos:

- definición de confrontación;
- diferencias entre confrontación e interpretación;
- alianza terapéutica;
- rupturas de retirada y confrontación;
- mentalización;
- vergüenza;
- confianza epistémica;
- efectos adversos;
- reparación.

Fase 2. Ejemplos prototípicos

Los evaluadores analizarán al menos:

- diez confrontaciones terapéuticas;
- diez confrontaciones ambiguas;
- diez confrontaciones con ruptura;
- diez reparaciones;
- diez episodios de posible iatrogenia.

Fase 3. Codificación conjunta

Dos formadores y los evaluadores codificarán cinco episodios y discutirán cada variable.

Fase 4. Codificación independiente

Cada evaluador codificará veinte episodios sin consultar al resto.

Fase 5. Fiabilidad mínima

Antes de incorporarse al estudio, debería alcanzar:

- kappa o correlación intraclase igual o superior a 0,70 en las variables centrales;
- acuerdo igual o superior al 80 % en la identificación del tipo de confrontación;

- acuerdo igual o superior al 80 % en presencia y tipo de ruptura.
-

10. Estudio piloto de validación

10.1. Objetivo

Evaluar:

- viabilidad;
- claridad de los códigos;
- frecuencia de confrontaciones;
- fiabilidad interjueces;
- asociaciones preliminares con alianza, resultado y abandono.

10.2. Muestra inicial

Propuesta:

- entre 30 y 50 pacientes;
- entre 10 y 20 terapeutas;
- entre 6 y 10 sesiones por paciente;
- al menos 250 episodios confrontativos.

Conviene incluir diferentes orientaciones:

- psicodinámica;
- cognitivo-conductual;
- sistémica;
- humanista;
- integradora;
- mentalización;
- DBT;
- terapia focalizada en la emoción.

10.3. Criterios de inclusión

- pacientes adultos;
- psicoterapia individual;
- consentimiento para grabación;
- mínimo de tres sesiones;
- al menos un episodio confrontativo identificable.

10.4. Criterios de exclusión inicial

Durante la fase piloto podría excluirse:

- psicosis aguda;
- intoxicación;
- deterioro neurocognitivo grave;
- riesgo inmediato que impida consentimiento;
- sesiones no grabadas adecuadamente.

Estas poblaciones podrán estudiarse posteriormente con protocolos específicos.

11. Medidas complementarias

Para estudiar validez convergente y predictiva pueden utilizarse:

- Working Alliance Inventory;
- Session Rating Scale;
- Rupture Resolution Rating System;
- Reflective Functioning Questionnaire;
- Difficulties in Emotion Regulation Scale;
- medidas de vergüenza y autocrítica;
- Questionnaire for the Assessment of Adverse Effects of Psychotherapy;
- Outcome Questionnaire-45;
- Clinical Outcomes in Routine Evaluation;
- registro de abandono;
- entrevista de cambio;
- evaluación del IMCE-30.

La relación con el IMCE-30 deberá estudiarse como hipótesis, no suponerse de antemano.

12. Hipótesis del estudio piloto

Hipótesis 1

Las confrontaciones abiertas, específicas y no identitarias se asociarán con mayor exploración y menor ruptura.

Hipótesis 2

El efecto de la intensidad de la confrontación dependerá del estado previo de regulación y mentalización.

Hipótesis 3

La fragilidad de la alianza previa moderará la asociación entre confrontación y respuesta defensiva.

Hipótesis 4

La vergüenza mediará la relación entre confrontaciones globales y retirada.

Hipótesis 5

El permiso para disentir se asociará con mayor desacuerdo reflexivo y menor sumisión aparente.

Hipótesis 6

La detección temprana de la ruptura predecirá una reparación más completa.

Hipótesis 7

El reconocimiento de la contribución del terapeuta predecirá mejores resultados que la defensa técnica de la intervención.

Hipótesis 8

La ruptura no reparada se asociará con peor alianza en la sesión siguiente y mayor probabilidad de abandono.

Hipótesis 9

Las confrontaciones transferenciales serán más beneficiosas cuando incluyan simultáneamente el examen de la contribución real del terapeuta.

Hipótesis 10

El riesgo iatrogénico será máximo cuando coincidan:

- confrontación formalmente agresiva;
 - paciente desregulado;
 - mentalización reducida;
 - alianza frágil;
 - alta vulnerabilidad a vergüenza;
 - ruptura no detectada;
 - ausencia de reparación.
-

13. Análisis estadístico inicial

Identificación de estructura

- análisis descriptivo de frecuencias;
- análisis de distribución de ítems;
- análisis de correlaciones;
- análisis factorial exploratorio, cuando proceda;
- análisis de componentes o redes para examinar agrupaciones.

Fiabilidad

- kappa de Cohen;
- kappa ponderado;
- correlación intraclase;
- alfa de Krippendorff;
- consistencia entre evaluadores.

La consistencia interna no será necesariamente el indicador principal, porque la TCECC evalúa dimensiones diferentes y no un único rasgo homogéneo.

Modelos predictivos

Se recomienda utilizar modelos multinivel, dado que los episodios están agrupados dentro de:

- sesiones;
- pacientes;
- terapeutas.

Ejemplo conceptual:

Resultado del episodio = características de la confrontación + estado previo + alianza + interacción entre confrontación y estado + reparación + variabilidad del paciente + variabilidad del terapeuta.

Variables de resultado

- integración inmediata;
- ruptura;
- reparación;
- alianza posterior;
- síntomas;
- deterioro;
- asistencia a la sesión siguiente;
- abandono.

14. Análisis cualitativo complementario

La cuantificación no debería sustituir el análisis clínico.

Se propone seleccionar episodios prototípicos de:

- confrontación integradora;
- confrontación inicialmente disruptiva pero reparada;
- confrontación rechazada de manera saludable;
- sumisión aparente;
- ruptura de retirada;
- ruptura de confrontación;
- reparación completa;
- reparación fallida;
- posible iatrogenia.

Cada episodio podría analizarse mediante:

- secuencia conversacional;
- cambios afectivos;
- cambios corporales;
- significado para el paciente;
- significado para el terapeuta;
- contexto biográfico;
- seguimiento posterior.

15. Consideraciones éticas

La investigación deberá garantizar:

- consentimiento informado;
- posibilidad de retirar el consentimiento;
- confidencialidad;
- anonimización;
- almacenamiento seguro;
- acceso restringido;
- supervisión del riesgo;
- protocolo de respuesta ante deterioro;
- comunicación transparente sobre el uso de grabaciones.

La investigación no debe inducir confrontaciones artificiales ni obligar al terapeuta a confrontar cuando clínicamente no esté indicado.

El estudio debe observar la práctica habitual o utilizar diseños cuidadosamente supervisados.

No sería ético asignar deliberadamente pacientes vulnerables a confrontaciones potencialmente humillantes, coercitivas o desreguladoras.

16. Ejemplo de episodio codificado

Fragmento

Paciente:

«No necesito a nadie. Llevo toda la vida resolviendo solo mis problemas».

Terapeuta:

«Sin embargo, cuando su pareja no responde inmediatamente, usted llama repetidamente. Parece que necesita más de los demás de lo que quiere reconocer».

Paciente:

«Eso no es verdad. Siempre intenta hacerme parecer dependiente».

El paciente cruza los brazos, baja la mirada y permanece en silencio.

Terapeuta:

«Su reacción confirma precisamente lo que acabo de decir».

El paciente cambia de tema y no acude a la sesión siguiente.

Codificación

Variable	Puntuación
Tipo	TC2 y TC14
Apertura	3
Especificidad	2
Tono	2
Dosificación	3
Validación	2
Permiso para disentir	4
Conducta-identidad	2
Regulación previa	1
Mentalización previa	1

Alianza previa	1–2
Respuesta cognitiva	4
Respuesta afectiva	3–4
Respuesta corporal	2
Respuesta interpersonal	3
Ruptura	4
Tipo de ruptura	Mixta
Detección	5
Reparación	5
Resultado siguiente	5
Atribución causal	3
Clasificación	CIR o CIP

Posible intervención reparadora

«Creo que lo he dicho con demasiada seguridad. No quería definirle como dependiente, pero comprendo que pudo sentirse etiquetado. Me interesa saber qué parte le resultó injusta y qué estoy pasando por alto».

Esta reparación:

- reconoce el efecto;
- reduce la certeza;
- restaura el desacuerdo;
- diferencia intención y efecto;
- mantiene la hipótesis abierta;
- devuelve agencia al paciente.

17. Formulación científica central

La TCECC-1.0 propone abandonar una evaluación binaria:

confrontación correcta frente a confrontación incorrecta.

La unidad adecuada de análisis es relacional y secuencial:

tipo de confrontación × forma de aplicación × estado del paciente × alianza × respuesta inmediata × ruptura × reparación × resultado posterior.

Una confrontación no es terapéutica solamente porque señale algo verdadero.

Será terapéutica cuando contribuya a aumentar:

- mentalización;

- integración afectiva;
- conciencia;
- libertad de elección;
- capacidad relacional;
- responsabilidad sin humillación;
- y seguridad para pensar junto al terapeuta.

Será potencialmente iatrogénica cuando aumente:

- vergüenza global;
- sometimiento;
- desorganización;
- cierre epistémico;
- dependencia;
- pérdida de confianza;
- deterioro funcional;
- o abandono no reparado.

La diferencia decisiva puede resumirse así:

La confrontación terapéutica ofrece una hipótesis que el paciente puede examinar. La confrontación iatrogénica impone una verdad que el paciente debe aceptar para conservar la relación.

El paso siguiente será elaborar un **banco de 30 a 40 viñetas clínicas graduadas**, destinado a entrenar evaluadores y comprobar si distintos jueces aplican los códigos de manera consistente.

Adelante

Banco de Viñetas Clínicas TCECC-1.0

Material para entrenamiento de codificadores y estudio de fiabilidad interjueces

Autor de la propuesta: Francisco Muñoz-Martín

Versión: Experimental 1.0

Número de viñetas: 36

Uso previsto: formación, calibración de evaluadores, supervisión e investigación de procesos psicoterapéuticos

1. Finalidad del banco de viñetas

Este banco tiene como objetivo comprobar si distintos evaluadores pueden identificar de manera suficientemente consistente:

- el tipo de confrontación;
- la apertura o rigidez de su formulación;
- su grado de especificidad;
- el tono interpersonal;
- la dosificación;
- el permiso para disentir;
- el estado previo del paciente;
- la respuesta inmediata;
- la presencia de ruptura;
- el tipo de ruptura;
- la estrategia de reparación;
- y el riesgo de iatrogenia.

Las viñetas están graduadas desde confrontaciones cuidadosas y productivas hasta intervenciones claramente coercitivas o potencialmente dañinas.

No pretenden representar sesiones completas. Cada una presenta una secuencia clínica breve destinada a aislar variables relevantes.

2. Instrucciones para los evaluadores

Cada viñeta debe puntuarse sin consultar inicialmente la clave propuesta.

El evaluador registrará:

1. tipo principal de confrontación;
2. apertura epistemológica;
3. especificidad;
4. tono;
5. dosificación;
6. validación;
7. permiso para disentir;
8. estado previo del paciente;
9. respuesta cognitiva;
10. respuesta afectiva;
11. respuesta interpersonal;
12. presencia e intensidad de ruptura;
13. tipo de ruptura;
14. detección del terapeuta;
15. estrategia de reparación;
16. calidad de reparación;
17. resultado inmediato;
18. riesgo iatrogénico.

Cuando una variable no pueda determinarse, se consignará:

ND: no determinable con la información disponible.

No se debe rellenar la ausencia de datos mediante inferencias diagnósticas.

BLOQUE I

CONFRONTACIONES TERAPÉUTICAS DE BAJA INTENSIDAD

Viñeta 1. La separación que «no importa»

Paciente:

—La separación ya no me afecta. Estoy perfectamente.

Terapeuta:

—Al mismo tiempo comenta que apenas duerme y que revisa varias veces al día las redes de su expareja. Me pregunto si una parte de usted todavía está más afectada de lo que quisiera.

Paciente:

—Puede ser. Durante el día intento funcionar como si nada hubiera pasado.

Clave orientativa

- Tipo: TC1, confrontación intraverbal.
- Apertura: 0.
- Especificidad: 0–1.
- Tono: 0.
- Dosificación: 0.
- Validación: 1.
- Permiso para disentir: 0–1.
- Respuesta cognitiva: integración.
- Ruptura: no observable.
- Resultado: integración clara.
- Riesgo iatrogénico: muy bajo.

Viñeta 2. La preocupación protectora

Paciente:

—Sólo llamo a mi hija varias veces porque quiero protegerla.

Terapeuta:

—Su intención parece protectora. A la vez, ella dice sentirse vigilada y ha empezado a ocultarle dónde está. ¿Podríamos examinar la diferencia entre lo que usted intenta hacer y el efecto que está produciendo?

Paciente:

—No me gusta reconocerlo, pero quizá cuanto más pregunto, menos me cuenta.

Clave orientativa

- Tipo: TC3, intención-efecto.
 - Apertura: 0.
 - Especificidad: 1.
 - Tono: 0.
 - Validación: 0.
 - Dosificación: 1.
 - Respuesta afectiva: malestar tolerable.
 - Respuesta cognitiva: integración.
 - Ruptura: 0.
 - Resultado: activación productiva.
-

Viñeta 3. El humor defensivo

Paciente:

—Mi madre murió y aquí sigo. Como decía ella, mala hierba nunca muere.

El paciente sonríe y cambia rápidamente de tema.

Terapeuta:

—Noto que aparece el humor justo cuando nos acercamos a su tristeza. Quizá le ayude a no sentirse desbordado. ¿Le parece que nos detengamos un momento antes de continuar?

Paciente:

—Sí. Si no hago bromas, siento que voy a romperme.

Clave orientativa

- Tipo: TC6, confrontación defensiva.
- Apertura: 0.

- Especificidad: 0.
 - Validación de la función: 0.
 - Dosificación: 0.
 - Mentalización posterior: mejora.
 - Ruptura: no.
 - Resultado: integración afectiva.
-

Viñeta 4. El cuerpo que contradice

Paciente:

—Hablar de mi padre no me produce nada.

El paciente contiene la respiración y se frota el pecho.

Terapeuta:

—Mientras dice que no le produce nada, observo que contiene la respiración y se toca el pecho. No sé qué significa, pero quizá su cuerpo esté reaccionando. ¿Qué nota ahora?

Paciente:

—Presión. Y algo de miedo.

Clave orientativa

- Tipo: TC5, somática o interoceptiva.
 - Apertura: 0.
 - Especificidad: 0.
 - Tono: 0.
 - Dosificación: 0.
 - Riesgo: bajo.
 - Resultado: aumento de conciencia interoceptiva.
-

Viñeta 5. No pedir ayuda

Paciente:

—No necesito apoyo. Siempre he resuelto mis problemas solo.

Terapeuta:

—No depender de otros parece haberle protegido de muchas decepciones. Al mismo tiempo, cuando no pide ayuda nadie puede responder, y eso puede confirmar la idea de que siempre está solo.

Paciente:

—Es un círculo. No pido porque pienso que no vendrán.

Clave orientativa

- Tipo: TC14, autosuficiencia defensiva.
 - Apertura: 1.
 - Especificidad: 1.
 - Validación: 0.
 - Dosificación: 1.
 - Respuesta: integración.
 - Ruptura: 0.
 - Resultado: terapéutico.
-

Viñeta 6. Acercarse y retirarse

Paciente:

—No entiendo por qué todas mis relaciones terminan.

Terapeuta:

—En varias ocasiones ha descrito que, cuando alguien empieza a importarle, deja de responder o busca defectos en esa persona. ¿Podría ser una forma de alejarse antes de correr el riesgo de ser abandonado?

Paciente:

—No lo hago conscientemente, pero reconozco que ocurre.

Clave orientativa

- Tipo: TC2 y TC7.
 - Apertura: 0.
 - Especificidad: 1.
 - Dosificación: 1.
 - Respuesta cognitiva: exploración-integración.
 - Ruptura: no.
 - Resultado: activación productiva.
-

BLOQUE II

CONFRONTACIONES PRODUCTIVAS CON DESACUERDO

Viñeta 7. Desacuerdo reflexivo

Terapeuta:

—Parece que evita comprometerse porque teme perder su libertad.

Paciente:

—No estoy completamente de acuerdo. También he conocido personas con las que realmente no quería estar.

Terapeuta:

—Es una distinción importante. Quizá mi formulación ha sido demasiado general. ¿En qué relaciones reconoce el miedo y en cuáles cree que se trató de falta de deseo?

Paciente:

—El miedo aparece sobre todo cuando sí me importa la persona.

Clave orientativa

- Tipo: TC2.
- Apertura inicial: 1–2.
- Respuesta cognitiva: desacuerdo reflexivo.
- Ruptura: no necesariamente.
- Detección: inmediata.
- Reparación: reformulación y restauración de perspectiva.
- Resultado: integración.
- Riesgo iatrogénico: bajo.

Viñeta 8. Crítica al terapeuta bien elaborada

Terapeuta:

—Cada vez que hablamos de su responsabilidad termina culpando a otras personas.

Paciente:

—Creo que eso es injusto. En las últimas sesiones he reconocido varias cosas que hice mal.

Terapeuta:

—Tiene razón en señalarlo. He utilizado «cada vez» y no refleja lo que ha ocurrido. Intentaba señalar un momento de hoy, pero lo convertí en una generalización.

Paciente:

—Así sí puedo escucharlo.

Clave orientativa

- Tipo: TC9.
 - Especificidad inicial: 2.
 - Respuesta: desacuerdo constructivo.
 - Ruptura: leve de confrontación.
 - Detección: inmediata.
 - Reparación: reconocimiento de error.
 - Calidad: completa o sustancial.
 - Resultado: ruptura reparada.
-

Viñeta 9. La ira que el paciente no reconoce

Terapeuta:

—Me parece que está enfadado conmigo.

Paciente:

—No. Estoy decepcionado, no enfadado.

Terapeuta:

—Gracias por corregirme. ¿Qué diferencia hay para usted entre decepción y enfado en este momento?

Paciente:

—La decepción implica que esperaba algo de usted.

Clave orientativa

- Tipo: TC4 y TC8.
- Apertura inicial: 1–2.
- Respuesta: matización.
- Reparación: aceptación de corrección.
- Resultado: profundización relacional.
- Iatrogenia: no.

Viñeta 10. Transferencia y realidad presente

Paciente:

—Hoy sentí que no me escuchaba, igual que mi madre.

Terapeuta:

—Es posible que mi silencio conectara con esa experiencia. También quiero considerar si hoy permanecí demasiado callado y contribuí realmente a que se sintiera ignorado.

Paciente:

—Sí. No creo que haya sido sólo cosa del pasado.

Clave orientativa

- Tipo: TC9, transferencial.
- Apertura: 0.
- Responsabilidad del terapeuta: alta.
- Permiso para disentir: claro.
- Ruptura previa: leve.
- Reparación: metacomunicación y reconocimiento de contribución.
- Resultado: terapéutico.

Viñeta 11. Responsabilidad sin culpabilización

Paciente:

—Después de lo que viví con mi anterior pareja no puedo confiar en nadie.

Terapeuta:

—No fue responsable del maltrato que recibió. Ahora sí podemos estudiar cómo ese miedo la lleva a revisar el teléfono de su pareja actual y qué efecto está teniendo sobre la relación.

Paciente:

—Me cuesta oírlo, pero sé que él no es mi expareja.

Clave orientativa

- Tipo: TC9 y TC3.
- Validación: 0.

- Dosificación: 1.
 - Respuesta afectiva: difícil pero regulada.
 - Resultado: activación productiva.
 - Riesgo de culpabilización: bajo.
-

Viñeta 12. La función del síntoma

Paciente:

—Quiero que desaparezcan ya las crisis.

Terapeuta:

—Por supuesto que las crisis le hacen sufrir. También hemos observado que aparecen cuando está a punto de aceptar encargos que no desea. Quizá, además del sufrimiento, estén deteniendo algo que todavía no puede rechazar directamente.

Paciente:

—Cuando tengo una crisis nadie espera que continúe trabajando.

Clave orientativa

- Tipo: TC11.
 - Validación: clara.
 - Apertura: 0.
 - Resultado: reconocimiento de función.
 - Riesgo: bajo si no se interpreta como simulación.
-

BLOQUE III

CONFRONTACIONES AMBIGUAS O DE RIESGO MODERADO

Viñeta 13. La afirmación excesivamente segura

Paciente:

—No creo que la opinión de mi jefe me importe.

Terapeuta:

—En realidad necesita constantemente su aprobación.

Paciente:

—Quizá, pero no me gusta que diga «en realidad», como si supiera mejor que yo lo que siento.

Clave orientativa

- Tipo: TC1 o TC2.
 - Apertura: 3.
 - Especificidad: 1–2.
 - Tono: según grabación.
 - Permiso para disentir: todavía indeterminado.
 - Ruptura: leve de confrontación.
 - Riesgo: moderado.
 - Punto decisivo: respuesta posterior del terapeuta.
-

Viñeta 14. La interpretación correcta en mal momento

El paciente acaba de relatar una agresión y presenta respiración acelerada y temblor.

Terapeuta:

—Está repitiendo aquí su necesidad infantil de ser salvado.

Paciente:

—No puedo pensar ahora. Siento que me falta el aire.

Clave orientativa

- Tipo: TC9, transferencial.
 - Apertura: 2–3.
 - Dosificación: 3.
 - Regulación previa: 3.
 - Mentalización: reducida.
 - Respuesta corporal: activación intensa.
 - Ruptura: posible retirada.
 - Riesgo iatrogénico: alto si el terapeuta insiste.
-

Viñeta 15. El patrón demasiado general

Terapeuta:

—Siempre elige personas que la decepcionan.

Paciente:

—No siempre. Mi mejor amiga lleva veinte años conmigo.

Terapeuta:

—Bueno, ya entiende lo que quiero decir.

Paciente:

—No, precisamente no lo entiendo.

Clave orientativa

- Tipo: TC2.
 - Especificidad: 2.
 - Apertura: 3.
 - Permiso para disentir: 2–3.
 - Ruptura: de confrontación.
 - Reparación: no realizada todavía.
 - Riesgo: moderado-alto.
-

Viñeta 16. La confrontación afectiva discutible

Paciente:

—Me siento triste.

Terapeuta:

—Debajo de la tristeza hay rabia.

Paciente:

—Puede que la haya, pero ahora siento tristeza.

Terapeuta:

—La rabia suele estar más escondida.

Paciente:

—Siento que no escucha lo que digo.

Clave orientativa

- Tipo: TC4.
 - Apertura: 3.
 - Validación: 2–3.
 - Permiso para disentir: 2–3.
 - Ruptura: leve-moderada.
 - Riesgo iatrogénico: moderado.
 - Problema central: sustitución de la experiencia del paciente.
-

Viñeta 17. La responsabilidad mal delimitada

Paciente:

—Mi pareja controla mis horarios y mis amistades.

Terapeuta:

—Tendría que preguntarse por qué permite que la controlen.

Paciente:

—Eso me hace sentir culpable.

Clave orientativa

- Tipo: TC9.
 - Apertura: 2–3.
 - Validación: 3.
 - Riesgo de culpabilización de víctima: alto.
 - Ruptura: retirada o confrontación.
 - Iatrogenia: posible, dependiendo de reparación.
-

Viñeta 18. La confrontación frente al silencio

El paciente permanece en silencio durante un minuto.

Terapeuta:

—Está utilizando el silencio para controlarme.

Paciente:

—No. Intentaba encontrar palabras.

Clave orientativa

- Tipo: TC6 o TC8.
 - Apertura: 3.
 - Especificidad: 1.
 - Tono: potencialmente acusatorio.
 - Permiso para disentir: pendiente.
 - Riesgo: moderado-alto.
 - Hipótesis alternativa no considerada: dificultad de simbolización.
-

BLOQUE IV

RUPTURAS DE RETIRADA

Viñeta 19. Asentimiento complaciente

Terapeuta:

—Está claro que utiliza sus síntomas para evitar responsabilidades.

Paciente:

—Sí, seguramente tiene razón.

El paciente sonríe, baja la mirada y no vuelve a hablar durante el resto de la sesión.

Clave orientativa

- Tipo: TC11 y TC9.
 - Apertura: 4.
 - Validación: 3.
 - Respuesta interpersonal: sumisión aparente.
 - Ruptura: retirada encubierta.
 - Intensidad: 2–3.
 - Riesgo iatrogénico: moderado-alto.
-

Viñeta 20. Cambio súbito de tema

Terapeuta:

—Quizá su perfeccionismo le permite sentirse superior a quienes cometen errores.

Paciente:

—Puede ser. Por cierto, ¿la semana próxima viene el martes o el miércoles?

Clave orientativa

- Tipo: confrontación defensiva o de omnipotencia.
 - Respuesta: cambio de tema.
 - Ruptura: posible retirada.
 - No debe asumirse integración por el «puede ser».
 - Necesidad de explorar impacto.
-

Viñeta 21. Congelación

Terapeuta:

—Una parte de usted sigue buscando personas que la maltraten.

La paciente queda inmóvil, deja de responder y refiere después que «se fue mentalmente».

Clave orientativa

- Tipo: TC2 o TC7.
 - Apertura: 3.
 - Especificidad: 2.
 - Validación: ausente.
 - Respuesta corporal: colapso o disociación.
 - Ruptura: retirada grave.
 - Posible iatrogenia: alta.
 - Formulación culpabilizadora y global.
-

Viñeta 22. Ausencia posterior

Terapeuta:

—Hasta que no reconozca que disfruta dependiendo de su madre no podrá cambiar.

Paciente:

—No creo que disfrute.

Terapeuta:

—Su negación forma parte del problema.

El paciente termina la sesión antes de tiempo y no vuelve a concertar cita.

Clave orientativa

- Tipo: TC14.
 - Apertura: 4.
 - Permiso para disentir: 4.
 - Respuesta: rechazo y retirada.
 - Ruptura: extrema.
 - Reparación: ausente.
 - Clasificación: confrontación probablemente iatrogénica.
-

Viñeta 23. Intelectualización posterior

Terapeuta:

—Cuando habla de su hijo parece no mostrar ningún afecto.

Paciente:

—El afecto es un constructo multidimensional cuya expresión depende de factores culturales.

Terapeuta:

—Noto que hemos pasado de su relación con su hijo a una explicación teórica. ¿Podría ser una forma de protegerse de algo incómodo que apareció entre nosotros?

Paciente:

—Sí. Sentí que me estaba llamando mal padre.

Clave orientativa

- Confrontación inicial: potencialmente global.
 - Ruptura: retirada mediante intelectualización.
 - Segunda intervención: TC6 y TC8.
 - Detección: inmediata.
 - Reparación: pregunta por significado relacional.
 - Resultado: reparación parcial o sustancial.
-

Viñeta 24. El silencio interpretado y reparado

Terapeuta:

—Se ha quedado callado después de lo que dije. Temo haberlo formulado con demasiada dureza.

Paciente:

—Sentí que estaba decepcionado conmigo.

Terapeuta:

—Comprendo que pudiera sentirlo. Estaba intentando señalar una contradicción, pero mi tono pudo transmitir reproche.

Paciente:

—Ahora puedo explicarle por qué no estoy de acuerdo.

Clave orientativa

- Ruptura: retirada.
 - Detección: inmediata.
 - Estrategias: metacomunicación, reconocimiento del tono, permiso para disentir.
 - Reparación: completa.
 - Resultado: CRR, confrontación con ruptura reparada.
-

BLOQUE V

RUPTURAS DE CONFRONTACIÓN

Viñeta 25. Protesta directa

Terapeuta:

—Parece que está provocando a su pareja para que finalmente la abandone.

Paciente:

—Eso es ofensivo. No estoy provocando el maltrato.

Terapeuta:

—Entiendo que mi frase ha confundido dos cuestiones. Su pareja es responsable de sus actos. Yo quería explorar cómo usted responde cuando teme perder la relación, pero lo formulé de manera culpabilizadora.

Paciente:

—Eso es diferente.

Clave orientativa

- Tipo: TC2 o TC7.
 - Ruptura: confrontación.
 - Detección: inmediata.
 - Reparación: reconocimiento explícito del carácter culpabilizador.
 - Calidad: sustancial o completa.
 - Resultado: reparación terapéutica.
-

Viñeta 26. Lucha por la verdad

Terapeuta:

—Usted está enfadado.

Paciente:

—No lo estoy.

Terapeuta:

—Su tono demuestra que sí.

Paciente:

—Estoy enfadándome ahora porque no acepta mi respuesta.

Terapeuta:

—Eso confirma que había rabia desde el principio.

Clave orientativa

- Tipo: TC4.
 - Apertura: 4.
 - Permiso para disentir: 4.
 - Ruptura: confrontación grave.
 - Estrategia del terapeuta: patologización de la protesta.
 - Sistema no falsable.
 - Riesgo iatrogénico: alto.
-

Viñeta 27. Crítica a la competencia

Paciente:

—Siento que no está entendiendo lo que digo.

Terapeuta:

—¿Qué parte cree que no estoy entendiendo?

Paciente:

—Habla de miedo al compromiso, pero yo intento explicarle que no deseo continuar esa relación.

Terapeuta:

—Puede que esté imponiendo demasiado pronto una hipótesis. Volvamos a lo que usted sí sabe de su deseo.

Clave orientativa

- Ruptura: de confrontación leve.
 - Detección: inmediata.
 - Apertura reparadora: alta.
 - Resultado: reparación completa.
 - Riesgo: bajo.
-

Viñeta 28. Defensa técnica

Paciente:

—La interpretación me ha hecho sentir humillado.

Terapeuta:

—Las interpretaciones profundas suelen producir malestar. Eso significa que estamos trabajando.

Paciente:

—Entonces no importa cómo me haga sentir.

Clave orientativa

- Ruptura: confrontación.
 - Respuesta del terapeuta: defensa técnica.
 - Validación: ausente.
 - Confusión entre intensidad y eficacia.
 - Reparación: fallida.
 - Riesgo iatrogénico: alto.
-

Viñeta 29. Contraataque

Paciente:

—A veces parece más interesado en demostrar su teoría que en escucharme.

Terapeuta:

—Y usted parece más interesado en desacreditarme que en mejorar.

Paciente:

—No quiero continuar esta sesión.

Clave orientativa

- Ruptura: confrontación grave.
 - Respuesta terapéutica: contraataque.
 - Tono: hostil.
 - Reparación: ausente.
 - Riesgo iatrogénico: muy alto.
-

Viñeta 30. Renegociación de objetivos

Paciente:

—No quiero seguir hablando de mi infancia. Vine porque necesito manejar los ataques de pánico.

Terapeuta:

—He insistido en un objetivo que no siente como prioritario. Podemos revisar cómo relacionar su historia con los ataques sin imponer que tenga que hablar ahora de determinados recuerdos.

Paciente:

—Así sí estaría dispuesto.

Clave orientativa

- Ruptura: confrontación sobre tareas y objetivos.
- Detección: inmediata.
- Reparación: renegociación.
- Agencia restaurada.
- Resultado: alianza fortalecida.

BLOQUE VI

REPARACIONES PARCIALES Y FALLIDAS

Viñeta 31. Disculpa para cerrar

Terapeuta:

—Siento que le haya molestado. No era mi intención. Sigamos con lo que estábamos hablando.

Paciente:

—Pero necesito explicar por qué me molestó.

Terapeuta:

—Ya me he disculpado.

Clave orientativa

- Estrategia aparente: disculpa.
- Diferenciación intención-efecto: insuficiente.
- Reparación: superficial o fallida.
- Problema: cierre prematuro.
- Riesgo: moderado.

Viñeta 32. Regulación que evita la ruptura

Paciente:

—Lo que ha dicho me ha hecho sentir atacada.

Terapeuta:

—Está muy activada. Vamos a respirar y luego seguimos.

Después de regular la respiración, el terapeuta cambia de tema.

Clave orientativa

- Regulación compartida: presente.
 - Exploración de la ruptura: ausente.
 - Reparación: superficial.
 - La regulación se utiliza para evitar la crítica.
 - Riesgo: moderado.
-

Viñeta 33. Reformulación sin responsabilidad

Paciente:

—Me sentí acusado cuando dijo que utilizo mi enfermedad.

Terapeuta:

—Entonces lo diré de otra manera: quizá la enfermedad tenga funciones relacionales.

Paciente:

—Sigue sin reconocer que me acusó.

Clave orientativa

- Estrategia: reformulación.
 - Responsabilidad: baja.
 - Reparación: fallida.
 - Persistencia de ruptura.
 - Riesgo: moderado-alto.
-

Viñeta 34. Reparación diferida

En una sesión anterior el terapeuta realizó una confrontación categórica. Al comienzo de la sesión siguiente dice:

—He estado pensando en lo que ocurrió. Defendí mi interpretación en lugar de escuchar cómo la recibió. Creo que convertí su desacuerdo en una prueba contra usted. Quisiera volver a ese momento si está dispuesto.

Paciente:

—Agradezco que lo mencione. Pensé en no volver.

Clave orientativa

- Detección: demorada.
- Responsabilidad: alta.

- Estrategia: reconocimiento de error y restauración de elección.
 - Reparación: potencialmente sustancial.
 - Resultado: depende de la elaboración posterior.
 - Ejemplo de reparación diferida válida.
-

BLOQUE VII

CONFRONTACIONES PROBABLEMENTE IATROGÉNICAS

Viñeta 35. La víctima culpabilizada

Paciente:

—Mi marido me insulta, controla el dinero y amenaza con quitarme a los niños.

Terapeuta:

—Mientras siga viviendo con él, de algún modo está eligiendo ese maltrato.

Paciente:

—Entonces también es culpa mía.

Terapeuta:

—Debe dejar de verse como víctima si quiere mejorar.

Clave orientativa

- Tipo: TC9.
 - Apertura: 4.
 - Validación: 4.
 - Tono: acusatorio.
 - Diferenciación responsabilidad-culpa: inexistente.
 - Ruptura: probable retirada o sumisión.
 - Riesgo iatrogénico: muy alto.
 - Posible repetición del discurso del agresor.
-

Viñeta 36. La interpretación totalizante

Paciente:

—No estoy de acuerdo con su diagnóstico.

Terapeuta:

—Su desacuerdo forma parte de su falta de conciencia. Si pudiera verlo, aceptaría que tengo razón.

Paciente:

—Entonces no hay ninguna respuesta que pueda darle.

Terapeuta:

—Exactamente. Ésa es su dificultad.

Clave orientativa

- Tipo: confrontación identitaria y diagnóstica.
- Apertura: 4.
- Permiso para disentir: 4.
- Tono: autoritario.
- Sistema cerrado y no falsable.
- Ruptura: grave.
- Reparación: ausente.
- Clasificación: confrontación probablemente iatrogénica.

3. Hoja resumida para cada viñeta

Identificación

- Número de viñeta:
- Código del evaluador:
- Fecha:

Codificación

Variable	Código o puntuación
Tipo principal	
Tipo secundario	
Objetivo aparente	
Apertura epistemológica	0 1 2 3 4
Especificidad	0 1 2 3
Tono	0 1 2 3 4
Dosificación	0 1 2 3 4

Validación	0 1 2 3 4
Permiso para disentir	0 1 2 3 4
Conducta-identidad	0 1 2 3 4
Ajuste a objetivos	0 1 2 3 4
Regulación previa	0 1 2 3 4 ND
Mentalización previa	0 1 2 3 4 ND
Alianza previa	0 1 2 3 4 ND
Respuesta cognitiva	0 1 2 3 4 5
Respuesta afectiva	0 1 2 3 4 5 ND
Respuesta corporal	0 1 2 3 4 ND
Respuesta interpersonal	0 1 2 3 4 5
Intensidad de ruptura	0 1 2 3 4 5
Tipo de ruptura	retirada / confrontación / mixta / no
Detección	0 1 2 3 4 5 ND
Reparación	códigos RP
Calidad de reparación	0 1 2 3 4 5 ND
Resultado inmediato	0 1 2 3 4 5
Riesgo iatrogénico	0 1 2 3 4 5
Clasificación final	

Justificación clínica

4. Agrupación de viñetas por dificultad

Nivel básico

Viñetas:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 21, 22, 29, 35 y 36.

Permiten identificar con relativa claridad:

- confrontación abierta;
- confrontación categórica;
- ruptura;
- ausencia de reparación;
- posible iatrogenia.

Nivel intermedio

Viñetas:

7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 25 y 30.

Exigen diferenciar:

- desacuerdo de ruptura;
- activación productiva de daño;
- responsabilidad de culpabilización;
- sumisión de integración;
- hipótesis clínica de imposición.

Nivel avanzado

Viñetas:

10, 14, 23, 24, 26, 27, 28, 31, 32, 33 y 34.

Exigen valorar:

- transferencia y realidad presente;
- estado previo del paciente;
- reparaciones parciales;
- defensas técnicas;
- regulación que evita la metacomunicación;
- reparación diferida.

5. Criterios para considerar superado el entrenamiento

El evaluador podrá considerarse inicialmente capacitado cuando alcance:

- al menos 80 % de acuerdo en la identificación del tipo principal;
- al menos 80 % en la identificación de presencia o ausencia de ruptura;
- al menos 75 % en el tipo de ruptura;
- kappa ponderado igual o superior a 0,70 en apertura, tono y dosificación;
- correlación intraclass igual o superior a 0,70 en riesgo iatrogénico;
- capacidad para justificar las puntuaciones mediante indicadores observables.

No debe considerarse competente al evaluador que obtiene puntuaciones correctas, pero las justifica exclusivamente mediante etiquetas diagnósticas o inferencias no observables.

6. Preguntas para la discusión de cada viñeta

Después de codificar, los evaluadores responderán:

1. ¿Qué discrepancia intenta señalar el terapeuta?
2. ¿La formulación diferencia conducta e identidad?
3. ¿Existe una hipótesis alternativa razonable?
4. ¿El paciente dispone de un derecho real a disentir?
5. ¿La respuesta es defensiva, crítica, integradora o desorganizada?
6. ¿Existe ruptura o sólo desacuerdo?
7. ¿La emoción intensa parece productiva o desorganizadora?
8. ¿El terapeuta reconoce su contribución?
9. ¿La reparación restaura la agencia del paciente?
10. ¿Qué información adicional sería necesaria para hablar de iatrogenia?
11. ¿Cómo podría reformularse la confrontación?
12. ¿Era necesario confrontar en ese momento?

7. Ejercicio de reformulación

En las viñetas de riesgo moderado o alto, los evaluadores deberán redactar una alternativa que contenga:

- descripción concreta;
- formulación hipotética;
- reconocimiento de la función protectora;
- señalamiento del coste;
- invitación a responder;
- comprobación del impacto.

Plantilla

«Cuando ocurre _____, observo que _____. No sé si podría estar relacionado con _____. Quizá esta respuesta le protege de _____, aunque también parece producir _____. ¿Cómo lo entiende usted? ¿Qué parte le encaja y cuál no?»

La plantilla no debe aplicarse de forma mecánica. Su función es enseñar la estructura de una confrontación abierta, específica y reparable.

8. Viñetas de contraste

Para comprobar la sensibilidad de los codificadores pueden compararse pares semejantes.

Contraste A: autosuficiencia

Versión abierta

«No pedir ayuda le protege de la decepción, aunque también puede dejarle solo».

Versión cerrada

«Su falsa autosuficiencia demuestra que es profundamente dependiente».

Contraste B: transferencia

Versión abierta

«Quizá mi silencio le recordó a su padre, aunque también quiero pensar si hoy estuve realmente distante».

Versión cerrada

«No está reaccionando a mí, sino proyectando a su padre».

Contraste C: responsabilidad

Versión abierta

«No causó el daño, pero ahora puede explorar cómo responder a sus consecuencias».

Versión culpabilizadora

«Si continúa ahí, está eligiendo que la maltraten».

Contraste D: desacuerdo

Versión reparable

«Puede que me equivoque. ¿Qué no encaja?»

Versión no falsable

«Que no lo acepte confirma que tengo razón».

Contraste E: emoción

Versión abierta

«Observo tensión y me pregunto si podría haber enfado».

Versión invasiva

«Está enfadado, aunque no sea capaz de reconocerlo».

9. Variables que requieren especial vigilancia

Sumisión aparente

Es una de las respuestas más difíciles de codificar. Debe sospecharse cuando la aceptación:

- es inmediata;
- no contiene elaboración;
- reproduce literalmente las palabras del terapeuta;
- aparece con descenso de mirada;
- contiene disculpas excesivas;
- va seguida de silencio, ausencia o pérdida de espontaneidad.

Vergüenza

No debe inferirse únicamente porque el paciente baje la mirada. Se requieren indicadores convergentes:

- deseo de desaparecer;
- autodesprecio;
- disculpas globales;
- sensación de ser defectuoso;
- ocultamiento;
- colapso;
- temor a la evaluación.

Iatrogenia

No debe codificarse como confirmada a partir de una sola sesión, salvo daño grave y claramente relacionado.

La categoría adecuada en la mayoría de las viñetas será:

- sin indicios;
- riesgo bajo;
- riesgo moderado;
- riesgo alto;
- iatrogenia probable.

Desacuerdo saludable

Puede indicar buena mentalización cuando el paciente:

- aporta razones;
- distingue contextos;
- reconoce partes de la intervención;
- mantiene el vínculo;
- formula una alternativa;
- conserva curiosidad.

10. Hipótesis derivadas del banco

El banco permite estudiar si los evaluadores distinguen:

1. confrontación de acusación;
2. activación de desorganización;
3. integración de sumisión;
4. desacuerdo de ruptura;
5. reparación completa de disculpa superficial;
6. transferencia de invalidación de la realidad;
7. responsabilidad de culpabilización;
8. función del síntoma de acusación de simulación;
9. regulación compartida de evitación terapéutica;
10. verdad clínica de imposición epistémica.

11. Principio final de entrenamiento

El codificador no debe preguntarse solamente:

«¿Es plausible lo que dice el terapeuta?»

Debe preguntarse:

«¿Cómo lo dice, en qué momento, ante qué estado del paciente, con qué posibilidad de desacuerdo, qué respuesta produce y qué hace después con esa respuesta?»

Una confrontación clínicamente plausible puede estar:

- bien formulada;
- prematuramente formulada;
- sobredosificada;
- mal recibida pero reparada;
- incorrectamente interpretada;
- o convertida en instrumento de dominio.

La calidad de la confrontación no reside únicamente en el descubrimiento de una contradicción, sino en la capacidad de transformarla en pensamiento compartido.

La confrontación terapéutica hace visible una contradicción sin convertir al paciente en la contradicción.