


# Guía práctica para fortalecer el rol clínico del Psicólogo



*¿Cómo seguir la sesión cuando el vínculo  
no fluye?*

## **PARTE 1. EL VÍNCULO TERAPÉUTICO COMO DESAFÍO**

### **1. Cómo gestionar pacientes difíciles**

En la práctica clínica es habitual encontrarse con pacientes que, por su estructura psíquica, defensas o historia, generan desafíos para la intervención. A veces se cuestiona si el paciente “está en condiciones” de hacer terapia, cuando en realidad se trata de ampliar la mirada clínica y pensar cómo intervenir desde lo que el paciente sí puede sostener. El trabajo no es forzar una forma ideal de paciente, sino leer y trabajar con lo que aparece en la sesión, incluso si eso resulta incómodo o desconcertante.

### **Tipos frecuentes y sugerencias clínicas**

#### ***El que llena toda la sesión con verborragia***

- **Dificultad:** No deja espacios para la intervención del terapeuta.
- **Posibles causas:** puede reflejar ansiedad, angustia acumulada, dificultad para detenerse a pensar o, incluso, una forma inconsciente de evitar ciertos contenidos.
- **Sugerencias clínicas:** Marcar pausas y devolver el patrón (ej.: “*Noté que trajiste varios temas importantes hoy, y que pasamos de uno a otro rápidamente. ¿Qué te parece si pensamos juntos por cuál te gustaría empezar?*”). También puede ser útil anticipar una consigna para la próxima sesión que fomente la elaboración activa y no solo la descarga automática: proponer que anote los temas que le surjan durante la semana y elija uno para comenzar (ej.: “*Eso puede ayudarnos a trabajar con más profundidad, tema por tema.*”).

#### ***El que no habla***

- **Dificultad:** El silencio se vuelve denso o defensivo, impidiendo el avance del proceso.
- **Posibles causas:** Inseguridad, desconfianza, angustia elevada, estilo inhibido o retraído, creencias sobre “cómo se hace terapia”.
- **Sugerencias clínicas:** Validar el silencio sin forzar la palabra (ej.: “*Podemos tomarnos un rato sin hablar si lo necesitas, también eso dice algo*”). Explorar qué motivó su decisión de comenzar (si fue propia o impuesta) y qué le sucede con la idea de hablar o con el espacio terapéutico. Intervenir con preguntas abiertas y explorar áreas de interés para conectar. Proponer otros formatos o recursos como disparadores (dibujos, escritura libre, frases incompletas, selección de imágenes o tarjetas con palabras/emociones), especialmente en pacientes con dificultades para poner en palabras su mundo interno.

#### ***El que rechaza toda intervención***

- **Dificultad:** Descalifica o invalida lo que señala el terapeuta.
- **Posibles causas:** defensas paranoides, necesidad de control, resistencia transferencial.
- **Sugerencias clínicas:** no confrontar de forma directa, señalar el rechazo como fenómeno (ej.: “*Veo que lo que traigo te genera rechazo. ¿Cómo es para vos que alguien intenta intervenir en lo que te pasa?*”).

### ***El que delega todo en el terapeuta (“decime qué hacer”)***

- **Dificultad:** Espera soluciones externas sin compromiso personal.
- **Posibles causas:** baja autonomía, angustia intensa, modelo parental autoritario.
- **Sugerencias clínicas:** Devolver la responsabilidad al paciente, invitándolo a explorar sus propias opciones. Usar preguntas reflexivas que fomenten su autonomía (ej.: “¿Qué crees vos que podrías intentar? Yo puedo acompañarte a pensar las opciones”). Hacer preguntas desde una perspectiva externa para promover la autoobservación (ej.: “¿Qué te aconsejarías si te vieras desde afuera?”). Reforzar que no existen soluciones mágicas ni manuales, y que el proceso es único y requiere de su participación activa.

### ***El que proyecta todos sus conflictos en otros y no se cuestiona***

- **Dificultad:** Relato repetitivo donde no hay introspección ni cuestionamiento personal.
- **Posibles causas:** defensas proyectivas, inmadurez emocional, estructura narcisista.
- **Sugerencias clínicas:** no forzar insight, trabajar desde el relato, intervenir en el “cómo” y no solo en el “qué” (ej.: “¿Qué sentís vos cuando los demás te tratan así? ¿Eso te pasó con otras personas también?”).

### ***El que no sostiene el encuadre (llegas tarde, falta, cambios de día de forma constante)***

- **Dificultad:** Inestabilidad en la continuidad del proceso.
- **Posibles causas:** ambivalencia, resistencia, dificultad en sostener vínculos estables.
- **Sugerencias clínicas:** Señalar la conducta sin juzgar e indagar su sentido (ej.: “Veo que te cuesta sostener los encuentros. ¿Qué lugar ocupa este espacio en tu semana?”). Verificar que el encuadre esté claro y reforzarlo cuando sea necesario. Optar por el límite cuando el comportamiento del paciente interfiere con el proceso terapéutico (ej.: ausencias reiteradas, falta de compromiso o interrupciones constantes). Establecer el límite de forma clara y empática (ej.: “El encuadre tiene un sentido para que este espacio pueda servirte, las ausencias frecuentes hacen que tengamos que retomar una y otra vez desde el mismo punto sin poder avanzar”).

## **Pacientes difíciles en clínica**

### ***Preguntas útiles para el trabajo clínico con pacientes difíciles***

- **Sobre el paciente**

¿Qué me está mostrando con esta forma de vincularse en sesión?

¿Qué defensa o necesidad se esconde detrás de esta conducta?

¿Qué lugar parece asignarme dentro de su relación o vínculo?

¿Qué está impidiendo que aparezca en la escena terapéutica?

- **Sobre el vínculo terapéutico**

¿Se ha establecido un mínimo de confianza para intervenir con mayor profundidad?

¿Hay aspectos del vínculo que están actuándose más que diciendo?  
¿Estoy pudiendo sostener el encuadre sin caer en rigidez ni permisividad?

- **Sobre mi rol como terapeuta**

¿Fui claro y firme con el encuadre desde el inicio?  
¿Mis intervenciones están alineadas con el estilo comunicacional del paciente?  
¿Estoy interviniendo desde una escucha empática o desde una necesidad de orden/control?  
¿Estoy esperando del paciente algo que aún no puede dar?  
¿Cómo me siento con este paciente? ¿Qué despierta en mí? ¿Estoy atendiendo esa contratransferencia?

### **Reflexiones breves**

A veces lo que interpretamos como “dificultad clínica” es, en realidad, la manifestación más genuina del sufrimiento del paciente.

La incomodidad en la sesión puede ser una brújula valiosa para explorar zonas de sentido, tanto en el paciente como en el terapeuta.

No todos los procesos comienzan con insight o palabras. A veces comienzan con silencio, repetición o resistencia. Lo importante es poder alojarlos.

La función del terapeuta no es “ordenar” al paciente, sino acompañarlo a encontrar sentido en su propio caos, a su tiempo y con sus recursos.

## **PARTE 2. RESISTENCIAS DEL PROFESIONAL**

### **2. Resistencias que pueden aparecer en el profesional**

Las resistencias en el terapeuta son fenómenos naturales y reveladores del proceso terapéutico. Reconocerlas es fundamental para entender cómo nos relacionamos con el caso y para identificar áreas en las que podríamos necesitar ampliar nuestro conocimiento o ajustar nuestro abordaje. Estas resistencias no sólo señalan posibles bloqueos en el tratamiento, sino que también pueden funcionar como disparadores para la búsqueda de supervisión o capacitación, permitiéndonos diferenciar entre incapacidades reales y miedos personales.

#### ***Tipos comunes de resistencias***

##### **1. Aburrimiento y estancamiento aparente**

- **Descripción:** Puede presentarse como una sensación de monotonía o falta de novedad en la sesión. Sin embargo, este aburrimiento no siempre es negativo; en ocasiones puede indicar que el paciente se ha quedado atrapado en patrones repetitivos que, aunque angustiantes, intentan procesar situaciones profundas, como en un duelo.
- **Posibles causas:** Repetición de temas que, en un contexto de duelo o procesos prolongados, podrían ser intentos del paciente por elaborar y dar sentido a su pérdida. También puede surgir cuando no se perciben cambios o cuando el terapeuta no capta las sutilezas en la repetición.

- **Estrategia:** Reflexionar si la repetición es simplemente reiterativa o si existe alguna variación que indique una búsqueda de elaboración.

#### **Preguntarse:**

¿Cuándo la repetición se vuelve un mecanismo de procesamiento versus un estancamiento?

¿Qué señales me indican que, pese a la repetición, hay un intento de elaborar el dolor?

¿Estoy explorando las variaciones sutiles en el relato del paciente?

**Esto puede orientar la intervención** hacia una mayor exploración del significado emocional de la repetición y, en caso de duda, invitar a la supervisión para descifrar si se trata de una oportunidad terapéutica o de un bloqueo prolongado.

### **2. Dudas sobre la capacidad de ayudar**

- **Descripción:** El terapeuta puede experimentar inseguridad o dudas acerca de sus herramientas y competencias, especialmente cuando se enfrenta a casos complejos o abrumadores.
- **Posibles causas:** La intensidad o complejidad del caso, la sobrecarga emocional o la sensación de que los recursos propios no son suficientes.
- **Estrategia:** Reconocer estas dudas como señales valiosas. Más que verlas como incapacidad, considerarlas como un disparador para **buscar información adicional, capacitación o supervisión.**

#### **Reflexionar:**

¿Estas dudas reflejan una limitación real o son miedos personales que puedo trabajar? ¿Qué temas o técnicas necesito profundizar para sentirme más preparado?

¿Qué necesito supervisar de este caso para ajustar mi rol o intervenciones?

**Esto no solo fortalece la práctica clínica,** sino que también enriquece el proceso formativo y la autoconciencia del terapeuta.

### **3. Falta de dirección en la sesión**

- **Descripción:** Aparece cuando el terapeuta siente que no sabe cómo continuar, no encuentra una línea de trabajo clara o tiene la impresión de estar “dando vueltas”. Puede haber una sensación de estancamiento o de estar repitiendo preguntas o intervenciones sin resultado.
- **Posibles causas:**
  - El motivo de consulta se ha diluido o no fue suficientemente explorado.
  - La historia clínica quedó incompleta o fragmentada.
  - Hay un foco terapéutico poco definido.
  - El profesional puede estar interpretando o abordando el motivo de consulta de un modo que no está resultando efectivo para ese paciente en particular.
- **Estrategia:** Hacer una pausa reflexiva para revisar aspectos claves del encuadre:
  - ¿Volví sobre el motivo de consulta? ¿Qué es lo que aqueja hoy al paciente?
  - ¿La historia clínica está completa? ¿Puedo recuperar o profundizar algo que quedó poco explorado?

- ¿Estoy adaptando mi abordaje al estilo comunicacional del paciente?
- ¿Las intervenciones que propongo tienen coherencia con lo que el paciente puede y necesita trabajar en este momento?

Cuando se retoman estos elementos, **suele emerger nueva información o claridad en el rumbo del proceso**. Si persiste la confusión, puede ser útil consultar en supervisión para obtener otras lecturas posibles.

#### **4. Dificultad para sostener el encuadre**

- **Descripción:** En algunos casos, el terapeuta puede sentirse desplazado del rol conductor cuando el paciente intenta establecer las reglas del espacio: impone de qué se habla, qué temas no quiere abordar, qué espera que el profesional haga (o no haga), y rechaza sistemáticamente las intervenciones propuestas.
- **Posibles causas:**
  - Incomodidad del terapeuta para sostener el encuadre frente a la tensión o el rechazo.
  - Miedo a incomodar o a que el paciente abandone el proceso.
  - Dificultad para reafirmar el rol clínico sin parecer autoritario.
- **Estrategia:** Es importante reconocer que el encuadre no es negociable, pero sí puede ser flexible en su forma, adaptándose al estilo del paciente sin ceder en su esencia.

#### ***Algunas señales que pueden indicar que el encuadre se está debilitando:***

- El terapeuta evita intervenir o confrontar por temor a la reacción del paciente.
- El paciente desestima todo intento de análisis, dejando al profesional en una posición pasiva.
- El contenido de las sesiones se convierte en un monólogo dirigido exclusivamente por el paciente.

#### **Intervenciones posibles**

- **Conectar con el sentido de la resistencia:**

*"Me doy cuenta de que hay temas que preferís no tocar. ¿Crees que hablar de eso podría traer algo difícil o molesto? Podemos ver juntos cómo abordarlo de forma que sea más cómoda para vos."*

*"Siento que estás cuidando mucho el control de lo que se habla. ¿Qué crees que hay detrás de eso?"*

- **Poner en palabras lo que está ocurriendo en el vínculo terapéutico:**

*"Veo que cuando propongo una dirección, suele ser rechazada. Me pregunto si algo de lo que traigo no resulta útil o si esto puede estar diciéndonos algo más sobre cómo nos estamos vinculando en este espacio."*

- **Hacer explícito el contrato terapéutico:**

*"Este espacio tiene una lógica particular. A veces, parte del trabajo es permitirnos hablar también de lo que incomoda o no entendemos. ¿Te parece si revisamos qué esperas de este proceso y cómo podemos hacerlo funcionar mejor para vos?"*

- **Devolver el movimiento con neutralidad:**

*"Noto que marcás con claridad lo que necesitas de mí. Y a la vez, eso me deja poco espacio para aportar desde lo que observo. ¿Tendrá que ver con algo que ocurre en este vínculo o sientes que otros te lo han marcado?"*

- **Ofrecer opciones dentro del encuadre (sin ceder la dirección):**

*"Hoy mencionaste varios temas posibles. Elijamos uno y trabajemos sobre eso. Puedo ayudarte a pensar por dónde empezar."*

Recuperar el encuadre no es imponer, es asumir el rol clínico con claridad. Cuando el paciente se resiste, está en parte pidiendo una función que lo ordene. Poder ejercerla, aunque despierte incomodidad, es parte del trabajo terapéutico.

### **Reflexiones breves**

Las resistencias del terapeuta son más que obstáculos: son señales sutiles que pueden hablarnos tanto de lo que está ocurriendo con el paciente como de nuestra propia implicancia subjetiva en el proceso. A veces emergen como dudas, aburrimiento, o sensación de no saber qué hacer. En lugar de evitarlas o verlas como errores, es valioso detenernos a escucharlas. Pueden ser una vía de autoconocimiento, una invitación a revisar nuestra práctica, nuestros recursos y nuestros puntos ciegos.

Aceptar que no siempre vamos a tener todas las respuestas no nos vuelve menos competentes; nos recuerda que nuestra tarea no es tener certezas absolutas, sino sostener una posición clínica abierta a la complejidad. En ese camino, la búsqueda, la supervisión y la formación continua son aliadas fundamentales.

Sostener el encuadre, mantener el foco de la sesión y reafirmar los objetivos no implica rigidez, sino una forma de cuidado. El paciente necesita un marco firme para poder elaborarse; y ese marco, muchas veces, se construye en la capacidad del terapeuta de tolerar el malestar, sostener las tensiones, y acompañar con claridad, sin dejar de ser empático. Delegar el control no es sinónimo de dar todo el espacio al paciente; es saber cuándo intervenir y cómo guiar, desde una actitud colaborativa, sin perder nuestra función.

www.centropsicosol.com  
@centropsicosol | @psico.solb  
somopsico@centropsicosol.com

**ESCANEA EL QR Y ACCEDE A NUESTRO CANAL DE RECURSOS GRATUITOS**

