

Pluralismo “en vivo”: El razonamiento

clínico en grupos de discusión inspirados en

el Modelo de Tres Niveles (3-LM)

(Traducción de versión pre impresa en el Psychoanalytic Inquiry Journal, 9- 7-2025)

Ricardo Bernardi* y Beatriz de León**

*Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU)

**Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU)

Palabras clave: pluralismo, grupo de discusión clínica, Modelo de Tres Niveles (3-LM), teorías implícitas, terreno común, triangulación, razonamiento clínico, evidencia clínica.

Agradecimientos. Agradecemos a las y los coordinadores y miembros del Comité de Observación Clínica de la API, con quienes discutimos muchas de las ideas desarrolladas en este trabajo. Este manuscrito fue revisado y afinado con asistencia de inteligencia artificial (ChatGPT, OpenAI) para mejorar la claridad del texto en inglés. La IA fue utilizada exclusivamente para aspectos lingüísticos; todo el contenido intelectual es responsabilidad exclusiva de los autores.

Declaración de contribución autorial. El artículo refleja la perspectiva compartida de ambos autores. La primera parte fue redactada principalmente por R.B. y la segunda por B.d.L.; ambos revisaron y editaron conjuntamente la versión final.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflictos de interés ni haber recibido financiación externa.

Consideraciones éticas. Este trabajo no presenta conflictos éticos ni problemas relacionados con la confidencialidad de pacientes.

Correspondencia: Beatriz de León de Bernardi, deleon.bea@gmail.com

RESUMEN. Este trabajo explora las limitaciones y posibilidades del pluralismo contemporáneo en psicoanálisis, centrándose en la práctica clínica tal como es examinada en grupos de discusión inspirados en el Modelo de Tres Niveles (3-LM). La evidencia clínica se enriquece y fortalece mediante la triangulación de hipótesis y perspectivas diversas, basadas en las teorías implícitas de los participantes. A través del análisis de los intercambios colaborativos en estos grupos, se muestra cómo los modos divergentes de

razonamiento entre analistas favorecen el diálogo crítico, amplían el repertorio de hipótesis psicoanalíticas y profundizan la comprensión de los desafíos clínicos y teóricos.

1. Introducción

En el campo psicoanalítico, el término **pluralismo** alude a la coexistencia de múltiples enfoques teóricos y técnicos dentro de la disciplina. En su Discurso Presidencial en el Congreso de Montreal, Wallerstein (1988) lo describió como:

“...nuestra creciente diversidad psicoanalítica, o pluralismo, como hemos llegado a llamarla: un pluralismo de perspectivas teóricas, convenciones lingüísticas y de pensamiento, énfasis regionales, culturales y lingüísticos” (Wallerstein, 1988, p. 5).

Esta diversidad plantea tanto desafíos como oportunidades, que Wallerstein resumió en la siguiente pregunta:

“... qué es, en vista de esta creciente diversidad, lo que todavía nos mantiene unidos como adherentes de una misma ciencia y profesión psicoanalítica” (Wallerstein, 1988, p. 5).

Este trabajo se propone examinar los impasses y las posibilidades que surgen de la multiplicidad de perspectivas en psicoanálisis.

La primera parte aborda los desafíos que el pluralismo implica tanto a nivel teórico como clínico. A lo largo del tiempo, el psicoanálisis ha desarrollado múltiples marcos conceptuales, ricos y elaborados. Cuando la experiencia clínica se aborda desde los límites de un único modelo teórico, su potencial suele verse restringido. Por el contrario, la comprensión clínica se ve favorecida cuando se pueden triangular hipótesis alternativas, como ocurre en los grupos de discusión clínica estructurados según el Modelo de Tres Niveles (3-LM) (Bernardi, 2014).

La segunda parte se enfoca en el impacto del pluralismo sobre el razonamiento clínico, con especial atención a las distintas formas de inferencia que adoptan los analistas durante y después de su formación. Se compara el impacto del pluralismo en la formación psicoanalítica con los intercambios grupales observados en los grupos clínicos basados en el 3-LM. Estas comparaciones permiten mostrar cómo la diversidad en los procesos inferenciales de los participantes enriquece la discusión crítica y favorece una exploración más profunda del alcance y las limitaciones de las hipótesis y teorías psicoanalíticas.

.....

1. Pluralismo e Hipótesis Psicoanalíticas: del Aislamiento Teórico a la Triangulación Clínica

1.1. Aislamiento teórico

Como se indicó anteriormente, la coexistencia de diversos enfoques y modos de pensar dentro del psicoanálisis puede estimular la profundidad de las discusiones científicas y

ampliar la formación psicoanalítica. Sin embargo, estas ventajas se pierden cuando cada escuela se atrinchera en la defensa de sus propias premisas, considerándolas las únicas válidas mientras ignora otras perspectivas existentes. Cuando esto ocurre, la posibilidad de un intercambio científico basado en la discusión de diferentes hipótesis se ve limitada, debilitando el pensamiento crítico y pudiendo llevar a una ruptura en la comunicación. Ambas dinámicas están presentes en el panorama actual del psicoanálisis, y nuestro objetivo es examinar los caminos que permiten avanzar en el abordaje de este desafío.

Desde una perspectiva histórica, podemos observar el desarrollo paralelo de ambas tendencias. A mediados del siglo XX, tras la muerte de Freud, cobraron relevancia las obras de diversos autores —como A. Freud, M. Klein, Hartmann, Bion, Winnicott, Lacan, Kohut y Pichon Rivière, entre muchos otros—. Sin duda, estas contribuciones enriquecieron el campo del psicoanálisis. Se han difundido ampliamente en todo el mundo, con distintos grados de influencia según la región.

Las interacciones entre los adherentes de diferentes escuelas oscilaron entre la controversia apasionada y la ignorancia mutua —actitudes que, aunque aparentemente antitéticas, reflejaban ambas una ausencia de diálogo verdadero. Por lo tanto, el crecimiento acumulativo se produjo únicamente dentro de cada escuela. No fue posible crear un espacio conceptual compartido donde pudieran discutirse en profundidad las similitudes y diferencias entre los enfoques. Cada corriente desarrolló sus ideas basándose en sus propias premisas teóricas y recurrió solo a aquellos ejemplos clínicos que mejor las ilustraban. Esto llevó a una creciente fragmentación del campo psicoanalítico, dificultando la comparación entre diferentes aportes.

La idea del análisis comparativo ha sido utilizada de distintas formas por diversos autores, incluyendo a Schafer (1983), Scarfone (2002), Thomä & Kächele (2007) y Tuckett (2008). Para Hinshelwood (2008), comparar conceptos similares provenientes de teorías diferentes requiere primero un análisis semántico, seguido por la búsqueda de evidencia clínica confirmatoria.

Un esfuerzo sistemático hacia la integración teórica fue llevado a cabo entre 2009 y 2013 por el Comité de Integración Conceptual de la IPA, un comité ad hoc de la Asociación Psicoanalítica Internacional, establecido durante la presidencia de Charles Hanly. En paralelo, se creó un Comité de Observación Clínica, del cual surgió en 2011 el Modelo de Tres Niveles—que se discutirá más adelante—propuesto por Ricardo Bernardi. El Comité de Integración Conceptual tuvo como objetivo desarrollar metodologías apropiadas para comparar conceptos psicoanalíticos, teniendo en cuenta la variación de sus significados según los supuestos subyacentes que sustentan su uso (Bohleber et al., 2013, 2015). El Comité realizó un estudio en profundidad de los conceptos de enactment y fantasía inconsciente, con el objetivo de explorar las dimensiones fundamentales del espacio de significación de cada término. Tras un extenso análisis, el Comité concluyó que la integración conceptual debe considerarse un “trabajo en curso”, ya que aún quedaba mucho por hacer (Bohleber et al., 2015, p. 31). La viabilidad de una metapsicología unificada y abarcadora está en entredicho, y la propuesta es, en cambio, la adopción de un pluralismo clínico estructurado y ecléctico (Karbelnig, 2022).

Es importante profundizar en la naturaleza de estas dificultades para explorar posibles formas de superarlas. Definir con precisión hasta qué punto las distintas teorías

psicoanalíticas son convergentes, contradictorias o complementarias —o si son fundamentalmente inconmensurables— sigue siendo un desafío. En el sentido propuesto por Thomas Kuhn (Kuhn, 1962), dos teorías son inconmensurables cuando operan dentro de marcos conceptuales distintos y abordan aspectos potencialmente diferentes de la realidad, lo que dificulta —o incluso imposibilita— traducir una en los términos de la otra.

Una comparación de cómo Melanie Klein, Jacques Lacan y Serge Leclaire interpretan el sueño del “Hombre de los Lobos” de Freud (1918) pone de relieve este problema. Algunas de las ideas discutidas aquí fueron expuestas previamente en Bernardi (1989). Cada interpretación enfatiza aspectos distintos del sueño, extrayendo conclusiones divergentes basadas en premisas teóricas diferentes y empleando marcos conceptuales propios. Los tres enfoques difieren no solo en el contenido de sus interpretaciones, sino también en los caminos inferenciales que cada autor recorre para alcanzarlas.

Recordemos brevemente el sueño tal como lo narró Freud. Sergei, el Hombre de los Lobos, paciente de Freud, recordó durante el análisis un sueño infantil que Freud consideró central para la reconstrucción de la historia de su enfermedad. A los cuatro años, el paciente soñó que, mientras dormía, se abría la ventana y veía varios lobos que lo miraban desde un árbol. Freud interpretó este sueño, junto con sus asociaciones, como base para reconstruir escenas infantiles relacionadas con la angustia de castración. Melanie Klein (1932), por su parte, lee el mismo sueño como una expresión del temor del paciente a ser devorado, temor que atribuye a la proyección de fantasías orales primitivas. Serge Leclaire (1958, 1966), basándose en Lacan y el estructuralismo, propone una lectura diferente: lo que está en juego en el sueño es la posición del sujeto respecto al inconsciente y al lenguaje.

¿Cómo surgen interpretaciones tan divergentes? Cada autor parte de premisas fundamentales distintas. Freud apunta principalmente a reconstruir una historia, basando su análisis en recuerdos recuperados durante el tratamiento. Klein, en cambio, se interesa por comprender las ansiedades dominantes y, por tanto, se enfoca en los estados emocionales expresados en la transferencia. Leclaire, por su parte, desde una perspectiva lacaniana, no ve el sueño como un vehículo para recuperar recuerdos reprimidos o fantasías primordiales, sino como una manifestación precisamente de lo irrecuperable: la relación fallida del sujeto con su deseo. Por eso, Leclaire intenta poner de relieve, en el interior del sueño, el juego de los significantes —destacando que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, y que hay una imposibilidad inherente de acceder completamente a un significado unívoco.

Cuando se consideran como paradigmas, los sistemas teóricos se ven constreñidos por sus propios límites internos. Esto puede dificultar el establecimiento de un terreno conceptual compartido que permita un entendimiento mutuo en el plano teórico (Bernardi, 1989).

Freud (1918) abogaba por resolver las discrepancias teóricas discutiendo casos y situaciones clínicas concretas. Sin embargo, una ruptura en la comunicación es inevitable cuando los interlocutores aceptan solo su propio sistema de premisas. Cuando un sistema de premisas es aceptado como incuestionado e incuestionable, no hay espacio para hipótesis alternativas, ni para la refutación de las premisas por el material clínico. Como resultado, las controversias teóricas se empobrecen, pese al valor potencial que muchas de ellas podrían tener (Bernardi, 1992, 2002). En ausencia de estándares académicos sólidos basados en el pensamiento crítico, las teorías suelen convertirse en banderas en luchas por prestigio y poder dentro de las instituciones psicoanalíticas. El razonamiento clínico se

vuelve entonces excesivamente deductivo, basado en supuestos preestablecidos, lo que a menudo lleva al sesgo de confirmación, razonamientos circulares y uso indebido de argumentos de autoridad. Las dificultades de comunicación, tanto en el diálogo teórico como clínico, llevaron a André Green, en su debate con R. Wallerstein, a preguntarse si realmente existe una base común entre analistas de diferentes enfoques —a menos que dicha base pudiera demostrarse mediante la discusión de material clínico adecuado, una validación empírica cuya importancia ambos reconocieron (Wallerstein, 2005).

Desde una perspectiva histórica, una respuesta a la pregunta sobre si existe una base común en el psicoanálisis ha sido proporcionada por el surgimiento y expansión de los grupos de discusión clínica (Bernardi, 2017). Desde 2001, primero dentro de la Federación Psicoanalítica Europea y luego a mayor escala, se desarrollaron grupos de discusión clínica. Los talleres de “Métodos Clínicos Comparativos” fueron pioneros en la comparación sistemática y rigurosa de las diferencias entre enfoques psicoanalíticos en la práctica clínica (Tuckett, 2008, 2010, 2012). En los años siguientes surgieron otros grupos de discusión clínica, centrados en distintos temas, que confirmaron que el intercambio clínico en profundidad entre analistas de distintas orientaciones es posible y fecundo.

.....

1.2. Integración Clínica

1.2.1. Condiciones para un Diálogo Significativo

Los grupos de discusión clínica revelan tres condiciones o requisitos para un diálogo significativo. Los grupos de discusión basados en el "Modelo de Tres Niveles para observar las transformaciones del paciente" (3-LM) son particularmente adecuados para observar cómo dichas condiciones favorecen el diálogo entre analistas con diferentes enfoques (Bernardi, 2014; Altmann (Ed), 2014; Fitzpatrick-Hanly, 2021).

Estas condiciones, comunes a la mayoría —si no a todos— los grupos de discusión clínica, son:

a) Considerar las teorías "In Vivo": Las teorías implícitas del analista Las discusiones en grupo se vuelven fructíferas cuando los analistas ponen en juego las teorías implícitas y los modelos de trabajo personales que realmente utilizan en su práctica clínica. J. Sandler señaló que los analistas, en su práctica diaria, operan con modelos de trabajo o esquemas personales que son en gran parte preconscientes y más flexibles que las teorías oficiales (Sandler, 1983; Canestri, 2006, 2018). George Klein (1973) ya había notado la diferencia entre la teoría clínica y la metapsicología tradicional. De modo similar, J. Bleger (2012 [1969]) argumentó que las perspectivas que un analista adopta con un paciente tienen un carácter dramático, situacional y dialéctico, en contraste con la metapsicología freudiana, que está formulada según puntos de vista topográfico, dinámico y económico. A diferencia de lo que suele ocurrir en las discusiones puramente teóricas, las discusiones clínicas tienden a estar dominadas por acuerdos entre los participantes y por la complementariedad, ya que se basan en teorías implícitas y modelos personales. En la mente del analista, las teorías no operan como paradigmas aislados, sino que están ancladas y remiten a la experiencia clínica (Fulgencio, L. 2020). Esto es particularmente cierto en el primer nivel del modelo 3-LM, que busca un enfoque fenomenológico del material clínico, atento a su resonancia interna. Podría objetarse que esto es meramente una impresión falsa, dada la

imprecisión y elasticidad de los conceptos clínicos provenientes de teorías implícitas. Sin embargo, esta objeción no aborda la cuestión central, ya que lo que está en juego no es tanto la delimitación exacta de los conceptos, sino más bien su profundidad y su capacidad para transmitir la experiencia interna del paciente. La capacidad metafórica de los conceptos es clave en este proceso (De León de Bernardi, 2013, 2022; Fitzpatrick-Hanly et al., 2021). Si bien es esencial que los conceptos mantengan una conexión coherente con la teoría de la cual se originan, es igualmente importante que no se saturen de significados teóricos predefinidos, y es allí donde la capacidad metafórica de los conceptos juega un papel crucial. En los grupos de discusión clínica, lo que tiende a prevalecer es el compromiso del analista con mantenerse fiel y coherente con su experiencia clínica y sus incertidumbres inherentes, más que adherirse de forma rígida a los postulados abstractos de una teoría. Las teorías implícitas están en realidad más cerca del "saber cómo" que del "saber qué" (Polanyi, 1958), y reflejan mejor la práctica real de los psicoanalistas. Esto fomenta la conciencia de cuánto permanece desconocido, tanto en el plano clínico, en relación con el paciente, como en cuanto al alcance y completitud de nuestro conocimiento científico, que se extiende más allá de lo empíricamente comprobable. Esto se destaca con la noción de la subdeterminación de la teoría por la experiencia (Stanford, 2023).

b) Proceso inferencial de abajo hacia arriba Una segunda condición es que la discusión debe proceder de la escucha clínica hacia las hipótesis teóricas, y no al revés. Las inferencias clínicas deben permanecer continuamente ancladas en el material. La deducción y la inducción son procesos fundamentales en el razonamiento clínico. Las teorías psicoanalíticas que emergen de la experiencia ayudan a sistematizar y dar coherencia a nuevas situaciones clínicas. Al mismo tiempo, los procesos abductivos y las inferencias hacia la mejor explicación —o al menos una lo suficientemente buena— juegan un papel crucial (Dellsén, 2018, 2021). Las intuiciones repentinas del analista son a menudo claves para captar hechos previamente ininteligibles, y para generar hipótesis que luego pueden ponerse a prueba frente a nuevo material. De este modo, la investigación clínica avanza por el camino de una indagación clínica más rigurosa (Nieto, 1996; Bernardi, 2021a). Retomaremos más adelante la articulación entre teoría y experiencia clínica.

c) Curiosidad por lo que piensan los colegas Finalmente, los participantes deben estar genuinamente interesados en las ideas y perspectivas de otros colegas y en lo que pueden aprender de puntos de vista diferentes al propio. El desarrollo del pensamiento crítico se ha relacionado con la capacidad de cooperación entre los seres humanos (Ollinheimo & Hakkarainen, 2023).

1.2.2. El razonamiento clínico a la luz de las discusiones grupales

Los grupos reflejan las diversas formas en que los analistas integran ideas de distintos enfoques teóricos. Algunos prefieren mantenerse dentro de un marco específico y considerar otras perspectivas desde ese punto de vista (Blass, 2017), mientras que otros adoptan posturas más eclécticas. Las ideas circulan libremente, aunque siempre en relación con el material clínico. J. P. Jiménez sostiene que esta constituye la tendencia dominante en el psicoanálisis contemporáneo. Recomienda estudiar la práctica clínica por sus propios méritos, utilizando una variedad de métodos e ideas, incluyendo investigaciones interdisciplinarias, investigaciones empíricas y sistemáticas, y metodologías de trabajo en grupo (2009).

Los grupos de discusión basados en el "Modelo de Tres Niveles para observar las transformaciones del paciente" (3-LM) son particularmente adecuados para observar cómo estas condiciones favorecen el diálogo entre analistas con diferentes enfoques. Este modelo funciona como una guía o heurística para discutir las transformaciones del paciente a lo largo de periodos prolongados de análisis, estructurado en tres pasos o niveles sucesivos. Los grupos de discusión clínica que utilizan el modelo 3-LM se han vuelto cada vez más frecuentes (Bernardi, R. 2014, 2021b; Altmann, M. 2014; Fitzpatrick Hanly, et al. 2021; Rodríguez Quiroga, A., et al., 2023).

El primer nivel es fenomenológico, donde el grupo discute la resonancia producida por la lectura del material a nivel de la escucha psicoanalítica de los participantes. Esta resonancia interna se despliega en un nivel descriptivo y evocativo pre-interpretativo, produciendo una variedad de interpretaciones posibles. Los participantes, incluyendo al analista que presenta el caso, son invitados a expresarse libremente y en lenguaje sencillo, transmitiendo su resonancia interna con el material del paciente y prestando atención a aquellos fragmentos o expresiones que generan una resonancia compartida dentro del grupo. Dado que el material se presenta en un texto con líneas numeradas, estos fragmentos son fácilmente identificables.

En el segundo nivel, el grupo discute críticamente la naturaleza y el grado de las transformaciones que han ocurrido, utilizando como referencia las categorías operacionalizadas del OPD-2 o el PDM-2 [OPD Task Force, 2008; Lingardi & McWilliams, 2017]. El uso de categorías operacionalizadas es importante, ya que ayuda a identificar los aspectos clínicos específicos a los que los participantes se están refiriendo y los conecta con las partes del texto donde consideran que estos aspectos son observables. Las teorías implícitas utilizan conceptos que son fáciles de operacionalizar porque tienen una relación estrecha con las impresiones clínicas directas que el analista obtiene del material.

La discusión del tercer nivel gira en torno a las hipótesis explicativas que emergen de las teorías preferidas de los participantes. Si bien se fomenta la creatividad, se pide a los participantes que mantengan presente la relación de sus hipótesis tanto con teorías psicoanalíticas públicas como con las observaciones de los niveles segundo y primero.

Ahora exploraremos algunas relaciones entre los tres niveles que se asemejan a aspectos clave del proceso inferencial del analista con el paciente, y ayudan a reflexionar sobre cómo funciona el pluralismo en la práctica clínica.

Al igual que en el trabajo clínico, el modelo 3-LM alienta a los participantes a escuchar el material con una actitud de ensoñación y atención flotante. Este enfoque permite que los fragmentos resuenen dentro del analista, evocando asociaciones libres u "ocurrencias", que luego se convierten en el foco del trabajo analítico y en el material bruto para futuras interpretaciones y construcciones. Estos fragmentos, a menudo expresados en términos metafóricos, constituyen lo que el modelo 3-LM llama "puntos de anclaje", cuya evolución durante el tratamiento se convierte en una guía para el estudio del proceso terapéutico.

La importancia de estos fragmentos particularmente significativos, a menudo asociados a momentos clave del tratamiento, no es solo clínica sino también epistemológica. Su valor es similar a lo que Bion (1962), siguiendo a Poincaré, llamó "hechos seleccionados": esos

momentos cruciales que permiten al investigador organizar y dar sentido a la multiplicidad de fenómenos observados en la experiencia. Los hechos seleccionados se sitúan en la intersección entre los datos fácticos y la comprensión hermenéutica subjetiva, encarnando características de ambas dimensiones. Abordarlos requiere tanto una observación empírica rigurosa como una interpretación psicoanalítica creativa, para distinguirlos de ideas sobrevaloradas (Britton & Steiner, 1994).

El psicoanálisis se basa en evidencia clínica derivada. Se sitúa en la intersección entre las ciencias naturales y de la salud, así como las disciplinas de la experiencia objetiva, subjetiva e intersubjetiva, hermenéuticas e interpretativas. El trabajo del analista y los pasos de los grupos 3-LM reflejan esta intersección.

El primer nivel del modelo recoge observaciones clínicas de naturaleza objetiva, subjetiva e intersubjetiva, que emergen de distintos momentos del análisis. Implica reunir microanálisis de momentos específicos del proceso analítico con una visión más amplia de la trayectoria general del tratamiento a lo largo del tiempo (Bernardi & Pérez Suquilvide, 2021). En este contexto, las categorías operacionalizadas propuestas por el OPD-2 y el PDM, abordadas en el segundo nivel del modelo, ofrecen un lenguaje compartido para conceptualizar transformaciones centrales. La operacionalización de conceptos implica, sin duda, una pérdida de la profundidad y complejidad que poseen en sus marcos teóricos originales. Sin embargo, ofrece la ventaja de un vínculo más directo e inmediato con sus referentes empíricos, así como una postura no saturada y abierta hacia otras perspectivas conceptuales. Esta apertura es clave en el tercer nivel del modelo, donde las hipótesis sobre los mecanismos de cambio se moldean en función de cómo las teorías realmente operan en la mente del analista, en diálogo continuo con la experiencia concreta del paciente.

1.3. Triangulación de perspectivas

Lo que hace que los grupos de discusión clínica sean particularmente ricos es su capacidad para fomentar la comprensión de los fenómenos clínicos a través de múltiples perspectivas. En las ciencias sociales, el término “triangulación” se refiere a un método o estrategia que implica estudiar un fenómeno específico mediante diferentes fuentes de datos, observadores, métodos y teorías (Denzin, 1978). Desde entonces, este concepto se ha ampliado para incluir las múltiples perspectivas y posiciones desde las cuales se puede analizar un fenómeno (Denzin, 2012). La triangulación es una estrategia que enriquece la observación y el análisis de los fenómenos estudiados.

En los grupos de discusión clínica, la triangulación de observadores y de teorías implícitas ocurre de forma continua a través del intercambio de opiniones. Los grupos 3-LM también permiten la comparación de diferentes momentos del análisis, a veces separados por periodos considerables de tiempo. También son posibles otras formas de triangulación — por ejemplo, recurrir a las opiniones del psiquiatra, la familia o escalas de autoevaluación. Estos diversos procedimientos fortalecen el nivel de evidencia clínica.

El procedimiento de triangulación también puede darse entre los autores de un trabajo psicoanalítico. En un artículo reciente sobre un caso clínico (Bernardi & Eidlin, 2024, 2025 en prensa), los autores presentan tanto sus acuerdos como desacuerdos sobre el caso. También procuran examinar los orígenes de sus diferentes perspectivas. Esto implica revisar los supuestos subyacentes que cada autor aporta al análisis y reconstruir los distintos

caminos inferenciales que han seguido. Comentaré y desarrollaré más adelante algunos aspectos de estos dos trabajos que resultan particularmente relevantes aquí.

Los acuerdos y desacuerdos contribuyen de diferentes maneras a una comprensión más profunda del material. Los acuerdos tienden a reforzar ciertas conclusiones. Por ejemplo: la mejoría del paciente y los cambios en el nivel de funcionamiento mental fueron confirmados no solo por el analista sino también por otros observadores y por otros métodos de evaluación. Al momento de la consulta inicial, el paciente presentaba un nivel de funcionamiento mental limítrofe bajo. Esta confirmación resultó clínicamente significativa, ya que fue uno de los factores en discusión respecto a la conveniencia de dar por terminado el tratamiento.

Los desacuerdos y las incertidumbres también tienen un valor significativo. La triangulación no borra necesariamente las diferencias, sino que las vuelve productivas. Llamam la atención sobre los aspectos más complejos del material clínico y sobre aquellas áreas que nos obligan a confrontar los límites de nuestro conocimiento. Estas limitaciones, a su vez, sirven como estímulo para la aparición de nuevas hipótesis. Por ejemplo, la combinación de cambios graduales y progresivos con, en otros momentos, transiciones más repentinas y marcadas en el proceso terapéutico de esta paciente llevó a los autores a explorar la utilidad de modelos dinámicos complejos y no lineales como forma de obtener una visión más amplia de los factores que interactúan y de los procesos a través de los cuales se produjo el cambio (Bernardi, R., & Eidlin, M., 2025 en prensa).

Los autores examinaron sus desacuerdos observando en qué punto del camino inferencial comenzaron a surgir sus divergencias. En algunos casos, fue posible rastrear el origen de las discrepancias a las diferentes partes o aspectos del material clínico que cada autor priorizó. Por ejemplo, un autor se centró en una actitud específica del paciente y en la reacción contratransferencial que provocó, mientras que el otro se basó en el contexto más amplio de la sesión en la que se desarrolló esa situación (Bernardi, R., & Eidlin, M., 2024). Aunque los supuestos teóricos pueden influir en estas observaciones, la relevancia del material clínico ocupa un lugar central en la discusión.

En otros casos, la influencia de los marcos teóricos preferidos por los autores fue más evidente. En los trabajos que estamos analizando, los dos autores no comparten las mismas orientaciones teóricas. Curiosamente, esto no les impidió coincidir en la manera en que el análisis fue llevado a cabo por el analista ni en sus efectos beneficiosos profundos para la paciente. Los desacuerdos surgieron cuando cada autor se refirió a estas situaciones clínicas en términos teóricos, ya que los términos elegidos tienen connotaciones teóricas diferentes. Esto sugiere que la controversia se centraba más en las palabras utilizadas para describir los hechos que en los hechos mismos.

Las teorías pueden influir en la práctica de muchas maneras. La influencia de figuras vinculadas a la formación psicoanalítica es innegable (Bernardi, 1992, 2005). En otras ocasiones, las influencias o sesgos son de naturaleza más general y penetrante. Un ejemplo mencionado en los trabajos que estamos discutiendo muestra el alcance de este tipo de influencia. Los autores (Bernardi & Eidlin, 2025 en prensa) mencionan que, durante la discusión del material clínico, uno de los autores solía enfatizar los aspectos agresivos y narcisistas de la paciente, mientras que el otro destacaba sus vulnerabilidades. Aunque

ambos autores coincidían en que estos dos aspectos coexistían en la paciente, la misma divergencia en el énfasis reaparecía en múltiples situaciones y contextos clínicos.

Entonces, ¿dónde residía el núcleo del desacuerdo? Los autores encontraron esclarecedor volver a un artículo de Salman Akhtar (2000), en el que describe una oscilación persistente dentro del pensamiento psicoanalítico entre dos posiciones que reflejan un cisma o bifurcación histórica. Akhtar denomina a estos enfoques "clásico" y "romántico", y sostiene que esta tensión reaparece en diversas confrontaciones —como entre Freud y Ferenczi, M. Klein y Balint, o Kernberg y Kohut. La polaridad descrita por Akhtar parece reflejar el tipo de divergencia entre los autores analizado en el caso que estamos discutiendo.

¿Cuál es el papel de la triangulación en el contexto de una bifurcación de este tipo? En primer lugar, permite explicitar las perspectivas subjetivas de cada autor, haciendo transparentes sus formas particulares de abordar el material clínico. Reconocer este tipo de polaridad en la propia perspectiva ayuda a prevenir que se vuelva unilateral o sesgada. Visibilizar esta tensión favorece la oscilación informada que recomienda Akhtar.

Cuando se utiliza como medio para triangular perspectivas, el pluralismo no conduce al aislamiento ni a la fragmentación, sino que abre nuevos caminos para que la disciplina evolucione.

2. “El pluralismo tal como se observa en los grupos 3-LM

El pensamiento clínico psicoanalítico se desarrolla de formas diversas en distintas personas. Las preferencias teóricas, las sensibilidades ante los fenómenos clínicos y los diferentes estilos de inferencia desde el material clínico hacia la interpretación configuran el enfoque singular de cada analista.

Esta diversidad de perspectivas enriquece no solo las prácticas individuales, sino también la vitalidad de los grupos de discusión clínica.

Wallerstein (1988, p. 5) se refirió al pluralismo en un sentido amplio, abarcando “un pluralismo de perspectivas teóricas, convenciones lingüísticas y de pensamiento, énfasis regionales, culturales y lingüísticos”. Las teorías implícitas y los modelos personales que sostiene cada analista añaden una capa adicional a la diversidad de perspectivas que Wallerstein describió.

Nos centraremos ahora en las modalidades de razonamiento clínico que emplean los analistas cuando intentan discernir el significado inconsciente subyacente a los procesos analíticos. El razonamiento clínico implica una gama de procesos afectivos, cognitivos y metacognitivos que se activan durante la práctica clínica. Las inferencias procuran pasar de los fenómenos observados a hipótesis que los expliquen y a conclusiones que orienten la práctica del analista.

Como se ha señalado, el analista debe privilegiar un razonamiento de abajo hacia arriba (bottom-up) para mantenerse profundamente conectado tanto con el paciente como con su

propia experiencia interna. Al mismo tiempo, debe apoyarse en el saber psicoanalítico acumulado a lo largo del tiempo y en los aportes obtenidos a partir de la experiencia de sus colegas. La extensión y la naturaleza del conocimiento teórico varían según el contexto geográfico e institucional del psicoanálisis, y pueden estar centradas en uno o varios marcos de referencia.

No obstante, a lo largo de su desarrollo profesional, los analistas inevitablemente se encuentran con diversas perspectivas teóricas y ejemplos clínicos, que pueden surgir tanto en su mente como en su práctica.

A continuación, se prestará especial atención a los modos individuales a través de los cuales los analistas conceptualizan y resuelven los problemas clínicos.

Con este propósito, nos apoyaremos en un estudio llevado a cabo por una de las autoras (de León de Bernardi, 2010, 2018, 2024) en un instituto pluralista de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. A través del análisis del estudio de trabajos clínicos y entrevistas realizadas a ocho analistas al finalizar su formación, se exploró la evolución de su pensamiento, y fue posible identificar variaciones individuales en la preeminencia de distintos modos de razonamiento clínico. Presentaremos ahora estos hallazgos, que servirán como marco para el análisis posterior de un informe producido por un grupo 3-LM.

Se pudieron identificar diferentes estilos dominantes de razonamiento clínico, según cómo los analistas formularan sus intervenciones e interpretaciones: los procesos de razonamiento evocativo, ilustrativo y crítico.

2.1.1 El proceso de razonamiento evocativo

En esta modalidad de razonamiento, las teorías psicoanalíticas son evocadas de forma regresiva, figurativa y asociativa —ya sea de manera implícita o parcialmente explícita. Ideas, reflexiones e intervenciones diversas emergen desde la experiencia clínica y se integran en la atención libremente flotante del analista. Más que ser desarrolladas sistemáticamente o aplicadas formalmente, las nociones teóricas surgen espontáneamente, de manera fragmentada, en ocasiones disparadas por experiencias contratransferenciales. El analista toma entonces distancia para observar tanto su propia participación como la del paciente en el campo analítico. Como señaló Sandler (1983), los conceptos teóricos se emplean de forma laxa, flexible y parcial.

Por ejemplo, una analista describió cómo, durante una sesión, se encontró asociando espontáneamente ideas como idealización e ideal del yo referidas a las palabras de la paciente y a sus propias reacciones:

“La paciente habla con dolor de la necesidad de mantener la casa de sus padres, que se está viniendo abajo. Tengo un lapsus a través del cual me doy cuenta de mi tendencia a proteger a la paciente... con el riesgo de una fusión indiscriminada. Me encuentro asociando: hogar

ideal, yo ideal, ideal del yo. yo con mi inconsciente trabajando ... también debo soportar el derrumbe —lo que se viene abajo... el proceso de deidealización.”

Después de la sesión la analista , retomó esas asociaciones, vinculándolas a sus ensoñaciones durante el encuentro. Esto la ayudó a evitar actuar roles contratransferenciales complementarios dentro de una transferencia idealizadora que podría haber detenido el proceso.

En este caso, la analista también recurrió a asociaciones artísticas, transcribiendo letras de canciones basadas en textos de Antonio Machado y evocando obras literarias como *Yerma* de García Lorca, que resonaban con experiencias tanto de la paciente como propias, a lo largo del tratamiento. Estas referencias metafóricas ilustran cómo las imágenes se despliegan y adquieren forma en el discurso tanto del analista como del paciente. Las imágenes que surgen de este modo con frecuencia aparecen como metáforas encarnadas condensando aspectos emocionales y corporales de la experiencia del paciente en sus aspectos inconscientes. Como observó Wurmser (1977), las metáforas emergen de los niveles más bajos de abstracción, arraigadas en las especificidades de la experiencia subjetiva de cada paciente. En esos niveles, las metáforas requieren “la riqueza del caso individual analizado sin los clichés de los altos niveles de abstracción” (p. 493).

Esta modalidad evocativa, con su uso flexible y parcial de la teoría, contrasta con otros modos de razonamiento como el ilustrativo o el crítico, que implican una relación más deliberada o evaluativa con la teoría. El principal riesgo del razonamiento evocativo radica en quedar excesivamente absorbido por las propias asociaciones del analista, perdiendo así la doble posición de participante y observador.

Es importante tener presente que la modalidad evocativa de razonamiento puede predominar en un caso determinado, pero también subyace en la teorización explícita hallada en los materiales escritos de los analistas y en las entrevistas de los casos estudiados, donde las asociaciones artísticas y metáforas aparecen como esenciales para comprender determinadas situaciones clínicas. Esto pone de relieve el carácter complementario de los distintas modalidades de inferencias y razonamiento clínico aunque se constató la predominancia de uno u otro en los diferentes casos estudiados

2.1.2 El proceso de razonamiento ilustrativo

En este estilo, la analista recurre a diversos marcos teóricos para profundizar su comprensión en distintos momentos del proceso analítico. Una analista expresó esta postura de la siguiente manera:

“Buscaba teorías psicoanalíticas que fueran consistentes con el material clínico.”

“He utilizado muchos autores. No me quedé con un solo autor o teoría, sino que busqué qué podía aportar cada uno para entender a la paciente. Para mí fue una búsqueda, y resultó interesante.”

En otro caso, la analista se refirió predominantemente a un único enfoque teórico. Durante la entrevista, mencionó que, aunque había considerado otras perspectivas, se mantuvo

principalmente centrada en una corriente de pensamiento que le resultaba especialmente destacada y novedosa en ese momento del grupo psicoanalítico:

“Me interesaba explorar este nuevo enfoque.”

Así, el proceso de razonamiento ilustrativo puede implicar tanto una integración ecléctica de teorías a partir de un proceso de abajo hacia arriba, como una profundización más selectiva en un marco teórico específico, dependiendo de las preferencias e intereses del analista.

Si el interés por un enfoque determinado se vuelve exclusivo, dejando de lado las hipótesis de otros modelos, existe el riesgo de que esto derive en un modo de razonamiento clínico de arriba hacia abajo (top-down), que impida descubrir las particularidades de cada caso clínico que no encajan con dicho modelo.

2.1.3 El proceso de razonamiento crítico

En el proceso de razonamiento crítico, la inferencia y la reflexión también parten de situaciones clínicas que impactan emocionalmente al analista. Sin embargo, esta modalidad implica un distanciamiento preconscious-consciente: el analista toma una cierta distancia para adoptar una “segunda mirada” (Baranger, M., Baranger, W. y Mom, J., 1983) sobre la sesión y sobre el proceso analítico en su conjunto, considerando críticamente distintas aproximaciones psicoanalíticas en contacto más directo con teorías generales.

Un fragmento de entrevista ilustra esta modalidad de razonamiento en una sesión en la que una paciente amenazó con quitarse la vida:

“Me impactó... Lo que sentí fue que el ataque hacia ella en realidad estaba dirigido a mí. Creo que ese fue un punto de inflexión en el análisis. Al principio, pensé en ella como borderline, por la naturaleza primaria de la transferencia —la agresión, la difusión con el objeto, los problemas de separación... Pero durante esos momentos en la sesión, empecé a pensar que su ansiedad y violencia eran más bien una reacción a sentirse excluida por mí, más que algo más primitivo. Ese cambio redirigió mis ideas y mis intervenciones en la transferencia, y fue un cambio importante en el análisis.” (de León, 2024, p. 32)

La elaboración posterior por parte del analista amplió estas reflexiones, surgidas durante la sesión, dando lugar a diálogos internos con colegas y a la discusión de conceptos tomados de diversas teorías psicoanalíticas. Así, el razonamiento crítico implica elaborar, evaluar y reformular las comprensiones teóricas en función de la complejidad de la situación clínica, más que aplicar marcos ya establecidos.

Como muestran estas tres modalidades de razonamiento, el pluralismo en el pensamiento psicoanalítico no se limita a adoptar diferentes modelos teóricos, sino que implica un involucramiento profundo en la experiencia compartida con el paciente y, al mismo tiempo,

con el propio trasfondo del analista —marcado por su vida, su análisis personal y su formación analítica. Los procesos deductivos e inductivos, así como la inferencia a la mejor explicación, son mucho más que ejercicios intelectuales. El analista tiene la sensación de compartir con el paciente algo que no solo posee el potencial de movilizar la vida, sino que también conlleva un significado personal profundo. Por ello, es esencial que el analista desarrolle, al máximo, aquellos recursos que resuenen más hondamente con su propio modo de enfrentar los problemas y los ponga en juego en su trabajo clínico.

2.2 Explorando el caso de Joseph con el modelo 3-LM

Al comienzo de la discusión 3LM, se le solicita al analista que seleccione y lea material clínico en el grupo, incluyendo las entrevistas iniciales así como momentos considerados relevantes de un período prolongado del proceso analítico. Durante la discusión, el analista puede aportar nuevo material a solicitud del grupo o por iniciativa propia. También se solicita a los participantes que lean el material con antelación. Luego, se invita a los integrantes del grupo 3LM a reflexionar sobre el paciente del mismo modo en que abordan su práctica privada.

Este enfoque difiere notablemente del de la supervisión, ya que carece de estructura jerárquica y de criterios normativos. Puede considerarse parte de un proceso de aprendizaje a lo largo de la vida, que favorece el crecimiento personal y profesional, aunque también puede organizarse como una actividad de educación continua, centrada en metas específicas. Si bien existe un moderador entrenado, dentro del grupo las relaciones son horizontales y no normativas. La motivación predominante en los grupos es el interés por la comprensión clínica y el aprendizaje desde la perspectiva de los colegas.

Al finalizar cada etapa, se completan formularios con preguntas sobre el progreso del paciente. Luego se elabora un informe final que resume el proceso grupal y los consensos alcanzados, el cual es utilizado posteriormente para investigaciones del Comité de Observación Clínica.

El caso de Joseph fue objeto de discusión en un grupo del 3-LM de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, y analizado a partir de un report de L. Pérez Suquilvide y B. de León de Bernardi (De León de Bernardi et al., 2021)

El grupo estaba compuesto tanto por analistas en formación como por miembros titulares. El trabajo se desarrolló en dos etapas: la primera consistió en ocho horas dedicadas a discutir las preguntas guía correspondientes a los Niveles 1 y 2, mientras que la segunda etapa, realizada tres meses después, comprendió cuatro horas enfocadas en el Nivel 3.

Este formato de trabajo extendido favoreció una elaboración grupal más profunda y facilitó una mayor sintonía y sensibilidad hacia el material del paciente, así como una reflexión sobre los mecanismos de cambio a lo largo del análisis. Revisitar el material original para el artículo publicado permitió a los autores explorar dimensiones que no habían sido incluidas previamente, en particular los diferentes modos de razonamiento empleados en el trabajo

grupal, destacando las contribuciones de los distintos estilos individuales de razonamiento utilizados por los analistas. De este modo, la diversidad pluralista de perspectivas enriqueció los procesos de triangulación y permitió una comprensión más amplia y contextualizada del proceso analítico.

Nos detendremos ahora en algunos momentos clave del caso de Joseph, discutidos previamente en detalle en el trabajo citado (pp. 212–218).

Joseph era un joven adulto profesional, casado y padre de tres hijos. Se presentaba prolijo y vestido formalmente, y se describía a sí mismo como una persona muy racional. Sin embargo, se sentía desbordado y con dificultades para organizar su vida personal y profesional. Atribuía sus sentimientos de culpa y rabia al nacimiento de su primer hijo, producto de un embarazo no deseado en su adolescencia tardía. En ese entonces, Joseph sintió que no tenía otra opción que responder a las demandas surgidas de esa situación, así como a las expectativas de su familia y a sus propios ideales internalizados.

La fase inicial del análisis mostró a un Joseph que se sumía en un monólogo autorreferido, evocando recuerdos de la infancia sin dejar mucho espacio para la presencia del analista. Su narrativa presentaba un contraste marcado: sus padres eran retratados como figuras disminuidas, sin ambición, mientras que sus abuelos —en especial su estimado abuelo— eran elevados a figuras reverenciadas. Aunque Joseph reconocía el aporte cultural de sus abuelos, nunca extendía ese reconocimiento hacia sus padres. Su relación con el analista fluctuaba entre el rechazo y la idealización: con frecuencia descartaba las interpretaciones, pero en ocasiones colocaba al analista en el lugar reverencial de su abuelo. (*Ibid.*, pp. 212–218)

2.2.1 Nivel 1: Razonamiento evocativo y “puntos anclaje” en el modelo 3-LM

En el primer nivel del modelo 3LM, el grupo busca describir, desde una disposición de ensoñación, de atención libremente flotante y evocación, aspectos que resuenan en la observación y escucha grupal. Ciertas palabras, imágenes o gestos corporales emergen como polos de reflexión grupal constituyéndose en puntos de anclaje de la misma. Estos fragmentos o expresiones, seleccionados por el grupo como puntos de anclaje, desencadenan procesos de razonamiento clínico de abajo hacia arriba junto a la evocación de teorizaciones implícitas aunque los significados teóricos emergentes no siempre sean idénticos entre los participantes..

En el caso de Joseph el grupo seleccionó dos puntos de anclaje como fragmentos particularmente sugerentes.

El primero fue el juego del “truco” (en español, “truco” significa “engaño”):

“...Cuando era chico y los grandes jugaban al truco en la mesa, yo quería jugar al truco con los grandes y no podía... Son los grandes los que juegan, yo no puedo correr... (recuerda escenas del juego de cartas)”

El “truco” es un juego de cartas basado en el engaño y la astucia, que los niños pequeños no pueden jugar. Este punto de anclaje revela la mirada infantil dirigida a las imágenes de los otros admirados, los adultos. Representaciones corporales y emocionales de sí mismo y de los otros se condensan como metáforas encarnadas. Joseph aún se siente como un niño, incapaz de acceder al juego en su presente, mostrando así sus aspiraciones de crecimiento dentro del análisis.

Un año y medio después de análisis, Joseph vuelve a referirse al “truco”:

J: “...En relación con mi trabajo con nuevos socios... empecé a pensar en esa imagen antigua. No sé si te acordás, de la mesa del truco, ¿viste?... Es como si me dijeran que juegue, pero al mismo tiempo siento... ¡ojo que los grandes no se enojen! Pero igual presentamos a nuestro equipo para jugar en un nuevo trabajo...”

Esta segunda referencia a la mesa del truco muestra transformaciones. Joseph incluye al analista al invitarlo a recordar juntos: “¿Te acordás?”. Se siente como si estuviera interactuando en la mesa de los adultos de su infancia, aunque no de forma estable —no está seguro de si realmente tiene permiso para jugar. Aun así, en su vida actual se atreve a realizar un cambio importante en el trabajo. El descubrimiento de falsedades a su alrededor fue un momento importante y doloroso en su análisis. La metáfora del juego se convierte en una referencia orientadora que refleja las transformaciones internas de Joseph.

Después de dos años de análisis, Joseph se sorprende de cuánto ha cambiado:

“Desde que empecé hasta ahora, mi cambio es abismal... a veces me pregunto cuánto más puedo cambiar... y también, cuánto puedo solo y cuánto con este espacio... (silencio) Me imagino que con el espacio (del análisis) quizás sea más rápido... pero creo que mi cambio es más estructural, y hay como una inercia...”

A: ¿Cómo estás viviendo ese cambio estructural tan abismal?

J: Sí, siento que estoy en una etapa de muchos cambios... pero ahora no me siento desbordado por eso, como en otras ocasiones...”

El segundo punto de anclaje seleccionado por el grupo fue “el agua”.

Joseph hizo múltiples referencias a situaciones desafiantes y temidas usando la metáfora del agua. Al principio, cuando no podía afrontar su trabajo o su vida familiar, solía decir: “La ola me pasó por arriba”. Más adelante, al referirse a los cambios “abismales” que había experimentado, los comparó con “tirarse al agua sin saber nadar”. El mar donde se bañaba con su padre y su hijo se le aparecía como de “aguas turbias”, revelando conflictos inconscientes con su hijo y su padre. En una ocasión soñó, con gran angustia, que perdía a su hijo en un “mar profundo”. El analista aludió a aspectos del niño interno que Joseph temía modificar, así como al temor de que el analista no pudiera ayudarlo. El sueño también estaba relacionado con el miedo de perder la relación analítica si debía interrumpir

el análisis por dificultades económicas. Convertirse en adulto implica, para Joseph, enfrentar peligros reales sin contar siempre con la protección parental —pero esto, a su vez, le permitía experimentar un nuevo sentido de apropiación de sí mismo. El análisis continuó durante dos años más y, poco antes de finalizar, tras cuatro años de trabajo, Joseph dijo:

“Creo que me he estado sintiendo muy bien, armado de herramientas, y creo que puedo continuar solo. Me lo imagino así. Tendría que vivirlo para confirmarlo, obviamente es algo que imagino.”

A lo largo del análisis, surgieron múltiples referencias al agua y a lo líquido —imágenes que el grupo asoció con la percepción de cambios internos, a medida que la rigidez y la coraza caracterológica de Joseph comenzaban a ceder. No es posible reproducir aquí, en unas pocas líneas, las múltiples referencias entrecruzadas que surgieron durante las cuatro horas de discusión grupal del primer nivel. Lo que sí resulta importante destacar es que, en paralelo, Joseph también experimentó cambios significativos en su postura corporal y en su forma de vestir, que se volvieron más “fluidas” y espontáneas.

Los puntos de anclaje son, en su mayoría, metáforas encarnadas (de León de Bernardi, 2023), y revelan tanto un contenido simbólico (imágenes y palabras) como aspectos subsimbólicos (emocionales y corporales) de la experiencia pasada y presente del paciente.

Esta forma de discutir el caso permite una exploración que se aproxima estrechamente a la experiencia clínica de las transformaciones del paciente —dentro de su mundo interno, en la relación analítica, y en el contexto más amplio de su vida. Varios autores han señalado que las intervenciones en el “aquí y ahora” de la sesión suelen tener dimensiones tanto retrospectivas como prospectivas. Baranger, M., Baranger, W. y Mom, J. (1983), basándose en el concepto de espiral dialéctica del cambio de Pichon-Rivière, sostuvieron que los cambios emergen en el campo analítico a lo largo del proceso. De modo similar, Birksted-Breen (2003) destacó la estratificación temporal en el “aquí y ahora” de la sesión, posibilitada por la reverberación del *après-coup*.

2.2.3. Nivel 2: Dimensiones del cambio de Joseph

En el Nivel 2 de la discusión, los participantes procuran conceptualizar las principales dimensiones del cambio a lo largo del proceso analítico. Esto implica un cambio hacia un modo de razonamiento fundamentalmente crítico y reflexivo. Mientras que el Nivel 1 enfatiza principalmente una escucha psicoanalítica sintonizada con los signos de transformación, el Nivel 2 se centra en examinar la coherencia de estas observaciones y en evaluar la magnitud o el alcance de las transformaciones ocurridas en el paciente.

Se invita al grupo a mantener un contacto emocional con el material clínico, al tiempo que adopta una posición más distanciada de observación, que implica una revisión del material desde una perspectiva diagnóstica y crítica. Este lente crítico requiere que el grupo se mantenga atento a los posibles sesgos que haya podido desarrollar. El objetivo es considerar tanto la totalidad del material clínico como la implicación del grupo en la tarea.

En el caso de Joseph, estas dimensiones han sido analizadas en otros trabajos (de León de Bernardi et al., 2021) y no se detallarán aquí. Nos limitaremos a señalar que el grupo identificó cambios en varias áreas fundamentales. La transformación en las relaciones interpersonales fue particularmente significativa. Joseph tendía a someterse a la autoridad y a idealizar figuras, y carecía de vínculos íntimos, pero a través del proceso analítico surgieron cambios importantes en sus relaciones —especialmente con su hijo y con su padre. Estos cambios también se reflejaron en la transferencia: la comunicación con el analista, que al inicio era racional y distante, dio paso al reconocimiento de su necesidad de ayuda y a una valoración del espacio analítico.

Los conflictos centrales al inicio giraban en torno a la sumisión versus el control, y a los ideales rígidos del superyó, lo que conducía a Joseph a adoptar posiciones masoquistas. El juego del “truco” y las metáforas del “agua” ilustraban cambios importantes en relación con el sistema defensivo y una reducción de mecanismos como la represión, la negación de la realidad, la intelectualización y el aislamiento. A través del análisis, Joseph fue accediendo progresivamente a estados internos como el dolor, la rabia y el placer, y desarrolló una mayor empatía al reconocer esas emociones en otros, como su esposa y su hijo.

La identidad de Joseph se fortaleció, y logró regular su autoestima con mayor eficacia, lo que le permitió enfrentar desafíos profesionales con más confianza. Su comunicación consigo mismo y con los demás se volvió más rica, así como sus vivencias corporales y emocionales, los contenidos simbólicos y los recuerdos de su infancia.

El grupo coincidió en que estos cambios eran reales y que, de hecho, la vida del paciente se había modificado en formas sustanciales, tal como él mismo lo señalaba.

También es importante señalar que hubo algunas discrepancias dentro del grupo. Si bien todos los participantes estuvieron de acuerdo en que José había experimentado cambios, hubo menos consenso respecto a la magnitud de esos cambios y su estabilidad a largo plazo. En los grupos 3LM, surgen con frecuencia debates en torno a la gravedad de los trastornos, así como sobre la firmeza de las transformaciones, y a menudo no se cuenta con criterios clínicos compartidos al respecto. En el caso de Joseph, por ejemplo, se discutió si el análisis debería haberse prolongado para que emergieran sentimientos como la hostilidad hacia el analista, que apenas fueron expresados, o para confirmar la solidez de los cambios. Por lo tanto, también se debatió cuándo y cómo sería apropiado concluir el análisis —si era mejor animarlo a continuar en ese momento, o finalizar el tratamiento y dejar abierta la posibilidad de retomar más adelante si lo necesitaba.

El Comité de Observación Clínica de la IPA invita a los participantes a completar varios cuestionarios —administrados antes y después de la discusión clínica— para evaluar los cambios del paciente con fines de investigación. Un tema de debate constante es en qué medida el uso de categorías diagnósticas operacionalizadas y herramientas de evaluación enriquece el pensamiento clínico o, por el contrario, oscurece las características singulares de cada paciente y la naturaleza misma de la escucha analítica. Si bien no abordaremos estas cuestiones aquí, cabe señalar que hacerlo —a partir de casos clínicos rigurosamente analizados— puede ofrecer una valiosa contribución al perfeccionamiento de nuestra práctica.

2.2.4. Nivel 3: Hipótesis explicativas del cambio

En el tercer nivel del modelo, como se ha señalado previamente, el objetivo del grupo es discutir las hipótesis teóricas que dan cuenta de los cambios observados, así como de aquellos que eran esperables o deseables pero que no ocurrieron. Este nivel de discusión suele apoyarse en un modo de razonamiento ilustrativo, que recurre a hipótesis provenientes de diversas perspectivas psicoanalíticas para arrojar luz sobre lo que ha tenido lugar en el análisis. El grupo considera qué formulaciones teóricas se ajustan mejor al material clínico y ofrecen una comprensión más significativa de las transformaciones del paciente. También reflexiona sobre qué otros cambios podrían haberse producido si el analista hubiera abordado el trabajo de un modo diferente.

Esta discusión es posible gracias al trabajo previo del grupo en los niveles anteriores. En el caso de José, la discusión del primer nivel, de corte fenomenológico, permitió a los participantes involucrarse emocionalmente con las experiencias de crecimiento, miedo y pérdida que José atravesó a lo largo de su análisis. En el segundo nivel, el grupo identificó las dimensiones clave de estos cambios, que implicaban una nueva forma de relación consigo mismo y con los otros.

En el tercer nivel, los participantes exploraron qué factores, desde sus perspectivas teóricas individuales, habían contribuido más a dichos cambios.

Por ejemplo, desde una perspectiva freudiana clásica, un elemento central fue la transformación de la actitud masoquista del yo frente a los ideales tiránicos del superyó. Este viraje fue facilitado por la elaboración, dentro de la transferencia, de patrones relacionales enraizados en las experiencias tempranas de Joseph con figuras idealizadas y devaluadas.

Otros participantes, desde una óptica de la teoría de las relaciones de objeto — particularmente desde la obra de Klein y Bion— destacaron la capacidad del analista para contener y metabolizar las ansiedades persecutorias y depresivas de José, así como su dolor y tristeza frente a la pérdida de las imágenes idealizadas de la infancia. La transformación de mecanismos defensivos como la negación, la idealización y la devaluación —que habían modelado su mundo interno— fue vista como una contribución significativa al proceso de cambio.

Algunos participantes cuestionaron la escasa expresión de hostilidad dentro de la transferencia, sugiriendo que esto podría reflejar una tendencia persistente a la idealización. Otros, por el contrario, subrayaron el papel del analista como un “nuevo objeto”, que había permitido a José vivir nuevas experiencias relacionales.

Se formularon otras hipótesis que no detallaremos aquí. Lo más importante es que —como es habitual en los grupos que emplean este modelo— las diversas interpretaciones, fundamentadas en los marcos teóricos implícitos de los participantes, se consideran mutuamente enriquecedoras más que contradictorias. Esta postura integradora privilegia la

evaluación de cómo cada formulación ilumina la experiencia única del paciente — mapeando los mecanismos específicos de cambio en juego— por sobre la delimitación de constructos abstractos universalmente válidos.

Si bien los mecanismos mencionados anteriormente ofrecen una valiosa comprensión de ciertas dimensiones de la transformación de Joseph, la profundidad y complejidad del material clínico sugieren que estas interpretaciones apenas rozan la superficie de un paisaje terapéutico mucho más amplio aún por explorar.

Una de las principales fortalezas del modelo de discusión en tres niveles reside en su disposición a confrontar los límites de nuestro conocimiento y habitar zonas de incertidumbre —una actitud que estimula la indagación continua. Ancladas sistemáticamente en el material clínico, estas sesiones amplían el diálogo pluralista y nos mantienen firmemente arraigados en la práctica psicoanalítica contemporánea, subrayando así nuestro compromiso ético con el beneficio del paciente. No obstante, los intentos de integración puramente teórica suelen naufragar cuando se busca vincular constructos abstractos con sus referentes clínicos —referentes que con frecuencia permanecen opacos y sin consenso. En cambio, el marco de tres niveles promueve la integración en la práctica al enfocarse continuamente en las transformaciones concretas observadas en el análisis.

Además, la triangulación de diversas perspectivas dentro del grupo cultiva el pensamiento crítico, el compromiso cooperativo y un espíritu de investigación sostenido. La discusión entre los fenómenos clínicos directamente vividos por los analistas y las teorías abstractas revela la tensión inherente entre ambos. El primer nivel implica una inmersión en el contexto singular de cada análisis, destacando puntos de anclaje imbuidos de las teorías implícitas del analista, modeladas por su formación teórica. El modelo 3LM busca tornar estos elementos explícitos; las metáforas y las categorías operacionalizadas sirven de puente entre estos dos niveles, permitiendo una mejor comprensión de sus aportes y limitaciones. Las controversias puramente abstractas resultan estériles, ya que el abordaje clínico de las situaciones se torna ciego. Es necesario evaluar el impacto de las interpretaciones junto con sus implicaciones teóricas, del mismo modo que las teorías deben precisar sus efectos en el análisis de cada caso concreto.

En suma, los grupos de discusión clínica demuestran que el pluralismo puede generar intercambios fecundos y hacer avanzar la disciplina, siempre que el compromiso crítico, la indagación colectiva y el coraje de habitar la incertidumbre sigan siendo nuestros principios rectores.

.....

REFERENCIAS

Altmann de Litvan & R. Bernardi (Eds.). *Change Through Time in Psychoanalysis. Transformations and Interpretations, the Three-Level Model*, London: Routledge, pp. 281-305

Akhtar, S. (2000). From Schisms through Synthesis to Informed Oscillation: an Attempt at Integrating Some Diverse Aspects of Psychoanalytic Technique. *The Psychoanalytic Quarterly*, 69(2), 265–288.

<https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2000.tb00563.>

Baranger, M., Baranger, W. & Mom, J. (1983) Process and Non-Process in Analytic Work. *International Journal of Psychoanalysis* 64:1-15

Bernardi, R. (1989). The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *Int.J.Psychoanal.*, 70, 341–357.

Bernardi, R. (1992). On Pluralism in Psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 12(4), 506–525.

Bernardi, R. (2002). The need for true controversies in psychoanalysis: The debates on Melanie Klein and Jacques Lacan in the Rio de la Plata. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(4), 851-873.

Bernardi, R. (2005). What after pluralism? Ulysses still on the road. *Psychoanalytic Inquiry*, 25(5), 654-666.

Also in: Bernardi, R. (2022). What after pluralism? Ulysses still on the road. In *Psychoanalytic Credos* (pp. 31-40). Routledge.

Bernardi, R., & Bernardi, B. D. L. (2012). The concepts of vinculo and dialectical spiral: A bridge between intra- and intersubjectivity. *The Psychoanalytic Quarterly*, 81(3), 531-564.

Bernardi, R. 2014. The Three-Level Model (3-LM) for observing patient transformations. In M. Altmann de Litvan (Ed.), *Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis – The Three-Level Model*. (pp. 3-34). London, Karnac.

Bernardi, R. Working Groups and the Search for Clinical Evidence 2021. In: M. Altmann (Ed), Clinical research in psychoanalysis: Theoretical Basis and Experiences Through Working Parties (pp. 312-323). Abingdon: Routledge. ISBN 9780367760380

Bernardi, R. (2017). A common ground in clinical discussion groups: Intersubjective resonance and implicit operational theories. *The International Journal of Psychoanalysis*, 98(5), 1291-1309.

Bernardi, R. (2021a). Moving from clinical inquiry to clinical research. In *Clinical Research in Psychoanalysis* (pp. 65-83). Routledge.

Bernardi, R. (2021b). Working groups and the search for clinical evidence. In *Clinical Research in Psychoanalysis* (pp. 312-323). Routledge.

Bernardi, R. & Pérez Suquilvide, L. with discussion by Charles Hanly (2021). Assessing strengths and limitations of clinical evidence in a psychoanalytic clinical material. In: M. A. Fitzpatrick Hanly, M. Altmann de Litvan & R. Bernardi (Eds.). *Change Through Time in Psychoanalysis. Transformations and Interpretations, the Three-Level Model*, London: Routledge, pp. 281-305

Bernardi, R., & Eidlin, M. (2024). Clinical Evidence, Triangulation of Perspectives and Contextualization. Part 1: The Beginning of Carla's Treatment. *The Psychoanalytic Quarterly*, 93(1), 33-76.

Bernardi, R., & Eidlin, M. (2025). Clinical Evidence, Triangulation of Perspectives and Contextualization. Part 2: Ending an endless process. *The Psychoanalytic Quarterly*, in press

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Karnac Books.

Birksted-Breen, D. (2003) Time and the après-coup. *International Journal of Psychoanalysis* 84:1501-1515

Blass R. 2017. "Committed to a single model and open to reality". *J Amer Psychoanal Ass*, 65(5): 845-858.)

Bleger J [1969] 2012 Teoría y práctica en psicoanálisis: la praxis psicoanalítica. *Rev Urug Psicoanal* 11:287–303. Republished as: Bleger, J. (2012). Theory and practice in psychoanalysis: psychoanalytic praxis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93(4), 993-1003.

Bohleber, W., Fonagy, P., Jiménez, J. P., Scarfone, D., Varvin, S., & Zysman, S. (2013). Towards a better use of psychoanalytic concepts: a model illustrated using the concept of enactment. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94(3), 501–530. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12075>

Bohleber, W., Jiménez, J. P., Scarfone, D., Varvin, S., & Zysman, S. (2015). Unconscious phantasy and its conceptualizations: An attempt at conceptual integration. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(3), 705–730. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12315>

Britton, R., & Steiner, J. (1994). Interpretation: Selected fact or overvalued idea?. *The International journal of psycho-analysis*, 75(5), 1069.

Canestri, J. (Ed.). (2006). *Psychoanalysis: From practice to theory*. John Wiley & Sons.

Canestri, J. (2018). *Putting theory to work: How are theories actually used in practice?*. Routledge.

de León de Bernardi 2010: "La formación psicoanalítica en un contexto de pluralismo teórico y técnico [Psychoanalytic Training in a Context of Theoretical and Technical Pluralism]." *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis* 9: 119–138. Google Scholar

de León de Bernardi, B. 2013. "Field Theory as a Metaphor and Metaphors in the Analytic Field and Process." *Psychoanalytic Inquiry* 33 (3): 247–266. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.779890>

de León de Bernardi, B. (2018). Efectos del pluralismo teórico en la formación y práctica psicoanalítica (Effects of Theoretical Pluralism on Psychoanalytic Training and Practice.)[Unpublished doctoral dissertation]. Universidad de Buenos Aires.

de León de Bernardi, B. 2018. “La teoría del campo, segunda Mirada y procesos inferenciales del analista. (Field Theory, the Second Look and Inferential Processes in the Analyst).” En Psicoanálisis contemporáneo, edited by M. Gómez and J. M. Tauszik, 475–495. Buenos Aires: Argentine Psychoanalytic Association.

de León de Bernardi et al. (2021): 3LM contributions to developments in analytical treatment. (211-234) In Change Through Time in Psychoanalysis, Edited by Fitzpatrick-Hanly, M. A., M. Altmann de Litvan, and R. Bernardi. Routledge.

de León de Bernardi, B. 2022. “Metaphors for the Patient Self as a Multiple Bridge for Clinical Research.” In New Perspectives in Clinical Research. An Experience Through Different Working Parties, edited by Marina Altmann de Litvan, 134–148. London and New York: Routledge

de León de Bernardi, B. (2023).. Field theory: The transference-countertransference relationship and second look. The International Journal of Psychoanalysis, 104(4), 737-754.

<https://doi.org/10.1080/00207578.2023.2230772>

de León, B, 2024 . Transmisión-recepción y el uso personal de diferentes teorías psicoanalíticas durante la formación psicoanalítica Revista Uruguaya De Psicoanálisis, N139, 15-39. <https://doi.org/10.36496/n139.a1>

de Litvan, M. A. E. (2014). Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis—The three-level model.

Dellsén, F. (2018). The heuristic conception of inference to the best explanation. Philosophical Studies, 175(7), 1745-1766.)

Dellsén, F. (2021). Explanatory consolidation: From ‘best’ to ‘good enough’. *Philosophy and Phenomenological Research*, 103(1), 157-177.

Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (2nd ed.). McGraw-Hill.

Denzin, N. K. (2012). Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 80–88.

<https://doi.org/10.1177/1558689812437186>

Fitzpatrick-Hanly, M. A., B. de León de Bernardi, and M. Leuzinger-Bohleber. 2021. “Bodily Metaphors and Anchor Points Facilitating Change, edited by M. A. Litvan, 60–75. London and New York: Routledge

Fitzpatrick Hanly, M.A., Altmann, M., Bernardi, R. 2021. Change Through Time in *Psychoanalysis: Transformations and Interventions, The Three Level Model*. Abingdon. New York: Routledge.

Fulgencio, L. 2020. “Incommensurability Between Paradigms, Revolutions and Common Ground in the Development of Psychoanalysis.” *The International Journal of Psychoanalysis* 101 (1): 13–41.

Freud, S. (1918). From the History of an Infantile Neurosis. SE. 17

Hinshelwood, R. D. (2008). Repression and splitting: Towards a method of conceptual comparison. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 503-521.

Jiménez, J. P. (2005). The search for integration or how to work as a pluralist psychoanalyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 25(5), 602-634.

Jiménez, J. P. (2009). "Grasping psychoanalysts' practice in its own merits." *The International Journal of Psychoanalysis* 90 (2009): 231 - 248.

Karbelnig, A. M. (2022). Chasing infinity: Why clinical psychoanalysis' future lies in pluralism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 103(1), 5–25. <https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1975288>

Klein, G. S. (1973). Two theories or one?. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 37(2), 102.

Klein, M. 1932 *The Psychoanalysis of Children* London: Hogarth Press, 1975

Kuhn, T. S., 1962, *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago: University of Chicago Press

Leclaire, S. 1958 A propos de l'épisode psychotique que présente 'L'homme aux loups' *La Psychanalyse* 4, 83-110

Leclaire S. 1966 Los elementos en juego en un psicoanálisis. In: *El Objeto de Psicoanálisis* pp. 97-141. Buenos Aires: Siglo XXI

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). 2017. *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2nd ed.). The Guilford Press.

Nieto, M., Bernardi, R., Altmann de Litvan, M., Bouza de Suaya, G., Cárdenas de Espasandín, M., & de León de Bernardi, B. (1996). [Investigando la experiencia analítica: una propuesta](#). *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 83, 117–135.

Ollinheimo, A., & Hakkarainen, K. (2023). Critical thinking as cooperation and its relation to mental health and social welfare. *New Ideas in Psychology*, 68, 100988.)

OPD Task Force. 2008. Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2. Manual of diagnosis and treatment planning. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.

Stanford, Kyle, "Underdetermination of Scientific Theory", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2023 Edition), Edward N. Zalta & Uri Nodelman (eds.), URL = <https://plato.stanford.edu/archives/sum2023/entries/scientific-underdetermination/>.

Rodríguez Quiroga, A., Aufenacker, S., Crawley, A., Waldron, S., Borensztein, L., Botero, C., ... & Bongiardino, L. (2023). A multicentre study: Comparison of 3-LM group output and therapeutic outcome measures. Adding to the trustworthiness of the 3-LM? Part 2. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(1), 96-121.

Sandler, J. (1983). The analyst's private implicit theories and their effect on technique. *International Review of Psycho-Analysis*, 10(4), 385-399.

Scarfone, D. (2002). Wishing for the impossible: An essay in comparative psychoanalytic practice (Commentary on Barros). *International Journal of Psychoanalysis*, 83(6), 1443-1451.

Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. Basic Books.

Thomä, H. and H. Kächele (2007): Comparative psychoanalysis on the basis of a new form of treatment reports. *Psychoanalytic Inquiry*, 27, 650-689.

Tuckett, D. (2008). *Psychoanalysis comparable and incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. Routledge.

Tuckett, D. (2010). What are Working Parties and what can they do. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(3), 15-32.

Tuckett, D. (2012). Some reflections on psychoanalytic technique: In need of core concepts or an archaic ritual?. *Psychoanalytic Inquiry*, 32(1), 87-108.

Wallerstein, R. S. (1988). One psychoanalysis or many?. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 69, 5.

Wallerstein, R. S. (2005). ¿ Diálogo o ilusión?¿ Y cómo seguimos a partir de aquí? Respuesta a André Green. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 633-38.

Wurmser, L. (1977). *The Psychoanalytic Quarterly*, 46, 466-498