

Metáforas, imágenes y simbolización en el modelo 3-LM.

Una tercera mirada



MARINA ALTMANN DE LITVAN¹

DOI: 10.36496/N142.A3

MARINA ALTMANN DE LITVAN / ORCID: 0009-0009-1402-1818

RECIBIDO: ABRIL DE 2026

ACEPTADO: JUNIO DE 2026

RESUMEN

Este trabajo revisita el artículo «Changes and no changes in the representation of self and others through images and metaphors» con el propósito de profundizar en los alcances y límites del modelo de los tres niveles (3-LM) para la observación clínica del cambio psíquico. A partir de un caso clínico analizado grupalmente por psicoanalistas de distintos países, se explora el valor de las imágenes y metáforas surgidas en los sueños como indicadores de transformación en el proceso analítico. Se examina cómo determinadas imágenes oníricas funcionan como organizadores figurativos de la experiencia subjetiva, permitiendo seguir cambios en la representación del *self*, la simbolización y los vínculos con los otros. Al mismo tiempo, se problematiza el estatuto clínico y epistemológico de la metáfora, interrogando sus alcances y límites para captar las transformaciones psíquicas y relacionales. Se identificaron aspectos en los que se produjeron cambios (simbolización,

1 Miembro titular con funciones didácticas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, Uruguay. marina.altmann@gmail.com

accesibilidad a los propios estados internos, flexibilización de las defensas evitativas, afrontamiento del conflicto), a la vez que se observa que estos fueron parciales y no homogéneos, persistiendo núcleos defensivos más primarios, que coexisten con los avances logrados. Finalmente, se destaca el valor del dispositivo grupal del 3-LM como espacio de terceridad y pluralismo clínico, capaz de ampliar la comprensión del proceso analítico y contribuir a una descripción más diferenciada de los distintos niveles de cambio.

DESCRIPTORES: INVESTIGACIÓN; CAMBIO PSÍQUICO; PROCESO ANALÍTICO; CASO CLÍNICO.

ABSTRACT

This paper revisits the article «Changes and no changes in the representation of self and others through images and metaphors» with the aim of exploring the scope and limitations of the three-level model (3-LM) for the clinical observation of psychic change. Based on a clinical case analyzed in a group setting by psychoanalysts from different countries, the paper explores the value of images and metaphors emerging in dreams as indicators of transformation in the analytic process. The study examines how certain dream images function as figurative organizers of subjective experience, allowing for the tracking of changes in the representation of the self, symbolization, and relationships with others. At the same time, it problematizes the clinical and epistemological status of metaphor, questioning its scope and limits in capturing psychic and relational transformations. Aspects in which changes occurred (symbolization, accessibility to one's own internal states, loosening of avoidant defenses, conflict resolution) were identified, while it was observed that these changes were partial and non-homogeneous, with more primary defensive nuclei persisting and coexisting alongside the progress achieved. Finally, it highlights

the value of the 3-LM group setting as a space for thirdness and clinical pluralism, capable of broadening the understanding of the analytic process and contributing to a more nuanced description of the different levels of change.

KEYWORDS: RESEARCH / PSYCHIC CHANGE / ANALYTIC PROCESS / CLINICAL CASE.

Este artículo parte de un trabajo anterior —«Changes and no changes in the representation of self and others through images and metaphors» (Altmann de Litvan, 2021a)—, publicado en el volumen *Change through time in psychoanalysis: Transformations and interventions – the Three-Level Model* y discutido en ese mismo capítulo por Ricardo Bernardi. En dicho trabajo se presentaba un caso clínico examinado por analistas de diferentes países mediante el modelo de los tres niveles (3-LM), con el propósito de observar las transformaciones del paciente a lo largo del proceso analítico (Altmann de Litvan, 2014; Altmann de Litvan, 2021a; Bernardi, 2014).²

Con motivo del 70.º aniversario de la revista de la APU, pareció pertinente continuar elaborando sobre los alcances y límites del modelo, motivada por el trabajo «Pluralismo *in vivo*», de Ricardo Bernardi y Beatriz de León de Bernardi (2026), así como por la enriquecedora discusión que suscitó su presentación en la institución. El artículo mencionado se propuso explorar los cambios y la ausencia de cambios en la representación de sí mismo y de los otros a lo largo de un proceso psicoanalítico, utilizando las metáforas surgidas en los sueños como indicadores clínicos

2 El Comité de Observación Clínica de la Asociación Psicoanalítica Internacional trabaja en el tema de las metáforas desde 2015. Se presentó el panel «Metaphors and the use of analyst as tools to improve our clinical practice» (Altmann de Litvan, 2015) y la conferencia internacional «Trabajando desde la clínica. Metáfora e interpretación» (Altmann de Litvan, 2018), realizada en Montevideo, el 20 y 21 de octubre de 2017.

de transformación, así como los puntos ciegos del analista que se hacen visibles mediante la aplicación del 3-LM.

El modelo de los tres niveles (3-LM) —una tercera mirada— permite articular la observación fenomenológica del material clínico con la evaluación de dimensiones del funcionamiento mental.³ Se trata de un método de observación clínica del proceso psicoanalítico en un segundo momento, llevado a cabo en forma grupal, que permite identificar hechos clínicos, formular observaciones e inferencias, y comunicarlas, distinguiendo rigurosamente entre lo que constituye un hecho clínico, una observación y una conceptualización teórica.

Al hablar de hecho psicoanalítico es necesario tener presente que la selección del material realizada por el analista implica siempre un recorte que ya incide sobre la naturaleza de la evidencia obtenida con el 3-LM. Sandler y Sandler (1994) sostienen que los hechos reflejan la forma en la que organizamos los datos que recibimos por medio de nuestros sentidos y en la escucha analítica, y esta organización es altamente selectiva. Las teorías privadas del psicoanalista desempeñan un papel importante en la organización de estos hechos y su conceptualización.

El trabajo se apoya, por lo tanto, en una reconstrucción del material por parte del analista y en inferencias clínicas formuladas tanto por este como por el grupo. A partir de las interpretaciones y el foco escogido por el analista según su teoría clínica, se analizan los cambios o no producidos en su paciente. Se plantea que las metáforas constituyen puntos de anclaje que condensan experiencias emocionales y corporales, permitiendo seguir la evolución del paciente en el tiempo. Modell (2005) conceptualiza las metáforas como «detectores de patrones inconscientes» y establece una conexión muy sólida entre estas, las sensaciones corporales y los sentimientos. La experiencia afectiva, inexpresable, encuentra a veces en

3 La observación clínica con el modelo 3-LM considera diferentes dimensiones relacionadas con el *self* y los otros: patrones relacionales con el analista y fuera del análisis, autopercepción, sentido de identidad e integridad del yo, percepción de los demás y empatía, regulación de impulsos, afectos y autoestima, regulación con respecto a los demás (autocuidado y cuidado de los demás, reciprocidad), comunicación con los demás (profundidad y riqueza de afectos y representaciones), vínculos con objetos internos y vínculos con los demás, posibilidad de separación y de establecer y terminar vínculos.

los componentes de la metáfora un instrumento capaz de articular en la palabra, y tal vez en la imaginación, en el significado, en la imagen, una forma de entablar un diálogo, una conexión con el analista y, quizás en ocasiones, con cosas que el propio paciente ni siquiera podría nombrar.

Las metáforas tienen una importante función inconsciente en la búsqueda de significados (Modell, 2005, 2009; Rizzuto, 2001, 2009, 2021; de León de Bernardi, 2013, 2022) que nos permiten mostrar o encontrar las líneas de fuerza (detectores de patrones) del material clínico y, por lo tanto, ocupan un papel central en la organización y categorización de la memoria emocional. Sin embargo, las metáforas tienen alcances y límites, ya que no siempre permiten captar la complejidad del funcionamiento psíquico ni los cambios en la vida relacional.

LAS IMÁGENES ONÍRICAS-METÁFORAS

Con el 3-LM, los analistas observadores del grupo pueden atender a la asociación libre, los lapsus, los giros del lenguaje y los sueños; a las imágenes y metáforas; a las historias reprimidas, los conflictos y las fantasías inconscientes; a las dificultades de la vida emocional cotidiana; y a las fantasías sexuales infantiles vinculadas con los conflictos pulsionales inherentes a la organización psíquica. En todo caso, la escucha y la observación recaen sobre el material clínico transmitido por la analista, tanto en su forma escrita como oral, en un espacio situado fuera de la sesión.

El conocimiento de la paciente que se construye en el grupo emerge tanto del texto escrito como de la transmisión oral de la analista, quien pudo expresar con mayor libertad diferentes dimensiones de Helena que no habían quedado plasmadas en el registro escrito. De esa transmisión surgían metáforas como: «perpleja, al borde del abismo», «contraída, rígida, como una máscara que no podía expresar ni entender las diferentes emociones» y la observación de que «vive situaciones de las cuales no puede participar emocionalmente». Este caso fue discutido por 17 analistas durante 12 horas.⁴ En el primer nivel se destacaron diferentes figuraciones

4 Presentado en Montevideo en 2016. Reporter: Luisa Pérez. Moderador: Beatriz de León. Grupo integrado

oníricas, que fueron tomadas no solo como material de sueño, sino también como metáforas en el sentido previamente indicado.

A continuación, se presentan las imágenes y líneas que resonaron en el proceso grupal, emergidas a través de los sueños en distintos momentos, a lo largo de ocho años de análisis.

- a. El sueño del hotel sin paredes representa el modo en que la paciente se percibe a sí misma, reflejando sus dificultades estructurales. El material manifiesto muestra aspectos de su persona: precariedad, falta de discriminación —expresada en la ausencia de paredes— y dificultad para encontrar su lugar. Al mismo tiempo, el hotel, las cabañas y los chalets representan una búsqueda de contención. El sueño fue comunicado a la analista sin que la paciente aportara asociaciones, lo que indica la presencia de un proceso figurativo de simbolización, pero una ausencia de elaboración interna sobre su significado.
- b. Helena entra a la casa de la analista; salen fuego y humo, no hay muebles y las paredes se están descascarando, lo que representa el lugar del otro y su cuerpo. Al ingresar al armario, ve ropa diferente: la ropa como metáfora de los aspectos femeninos de sí misma, indicando el inicio de una exploración de su interior y el reconocimiento de sus diferentes facetas. Se trata de sueños sin asociaciones, producidos al tercer año de análisis.
- c. A los tres años y dos meses sueña: «Están intentando robar en mi casa». El sueño expresa sus miedos y las dificultades en la relación entre el yo y el otro, así como la pregunta sobre cuán cercana o distante puede estar de los demás. Por primera vez, la paciente puede expresar su hostilidad y su irritación: algunas de sus emociones comienzan a procesarse.

por: Adela Leibovich de Duarte (Argentina), Liliana Fudin (Argentina), Haydee Zac (Argentina), Mayela Falvi (Perú), Bruno Salesio (Brasil), Nancy Delprestito (Uruguay), Luis Villalba (Uruguay), Mercedes Gallinal (Uruguay), Mónica Eidlin (Uruguay), Nahir Bonifacio (Uruguay), Silvia Sapriza (Uruguay), Fernanda Cubría (Uruguay), Adriana Gandolfi (Uruguay) Sylvia Braun (Uruguay), Griselda Rebella (Uruguay), Vera Regina Fonseca (Brasil), Liana Pinto Chaves (Brasil) y Vanessa Ems (Uruguay).

- d. A los seis años y diez meses sueña con una casa grande, espaciosa y luminosa de color blanco. El sueño muestra sensaciones más positivas, aunque persiste el miedo a caerse y la necesidad de la compañía del otro para sentirse segura.
- e. A los ocho años y dos meses trae el sueño de una casa en construcción. El hotel empieza a verse más grande y mejor; el otro ya no se percibe como una amenaza. Hoteles y casas representan también una búsqueda de contención. La paciente se percibe a sí misma de un modo más activo.

A lo largo del proceso analítico, las metáforas evolucionan hacia configuraciones más diferenciadas y complejas; casas con espacios definidos, en construcción o en ampliación, lo que sugiere un movimiento hacia una mayor integración psíquica, aunque persisten temores de inestabilidad y dependencia del otro. Estos cambios se corresponden con modificaciones parciales en distintas dimensiones del funcionamiento mental, tales como la regulación afectiva, la capacidad de establecer vínculos y la construcción de una narrativa personal.

La triangulación entre el nivel fenomenológico —metáforas recogidas en el contenido manifiesto de los sueños— y el nivel de evaluación del funcionamiento mental permite identificar avances en la simbolización y en la representación del *self*, pero también revela la persistencia de conflictos estructurales y limitaciones en la elaboración de la experiencia emocional.

En síntesis, las metáforas son herramientas clínicas valiosas para observar transformaciones psíquicas y seguir el proceso analítico, pero no son suficientes por sí solas para evaluar la profundidad y la estabilidad de los cambios, siendo necesario complementarlas con otras dimensiones de análisis del funcionamiento mental y de la vida relacional del paciente.

Este recorrido permite interrogar no solo el valor heurístico de las metáforas como indicadores de cambio, sino también sus límites clínicos y metodológicos, en particular cuando se trata de evaluar transformaciones en la vida relacional y en la integración psíquica del paciente.

Al comparar las observaciones del nivel 1 con algunas dimensiones del nivel 2 para observar el mismo fenómeno desde un ángulo diferente —triangulación—, se obtiene una descripción de los problemas de la paciente y de algunos de sus avances en el tratamiento. En el nivel 2 se

encuentra a una paciente con dificultades iniciales en la integración de su experiencia emocional, en la percepción de sí misma y de los otros, y en la regulación de afectos. Estas dificultades se expresan tempranamente en las figuraciones de imágenes oníricas ya mencionadas, que remiten a espacios precarios o desorganizados —por ejemplo, el hotel sin paredes—, representando la fragilidad de su identidad y la falta de diferenciación entre el yo y el otro (Altmann de Litvan, 2021b).

Cabe preguntarse: ¿hasta qué punto las dimensiones del nivel 2 se superponen, amplían o cuestionan los cambios observados en el nivel 1 a través de las metáforas? El segundo nivel permitió observar y extender ciertas inferencias que ya se habían planteado. Lo relevado con el 3-LM en las categorías de funcionamiento mental del segundo nivel confirma algunas tendencias y amplía el conocimiento del proceso analítico. Sin embargo, las metáforas por sí solas no bastan para comprender la magnitud de las dificultades de Helena. En el grupo de observación clínica se destacaron tanto los cambios moderados de la paciente como aquellas dificultades que aún requieren mayor trabajo en la transferencia. Las metáforas señalan indicios de cambios en la estructura y el funcionamiento mental, pero resultan menos precisas para describir los conflictos que atravesaba la paciente.

En el nivel 3, al discutir el foco de la analista y las hipótesis alternativas, el grupo pudo inferir que para ella el análisis constituye un modo de «dormir, vivir y soñar» —en términos de estados oniroides—. Esto se refleja en la abundancia de material onírico presente en las sesiones seleccionadas, aunque con escasas asociaciones explícitas de la paciente. La analista despliega implícitamente un modelo bioniano⁵ internalizado, que se desprende del análisis de sus intervenciones e interpretaciones. Si bien los sueños no aparecen trabajados de manera explícita en el material, es posible observar cambios en su contenido manifiesto y en lo que estos representan simbólicamente. Esto conduce a los siguientes ejes de análisis:

5 En este marco, escoge determinados «hechos seleccionados» —en el sentido bioniano del término— que orientan su escucha y sus intervenciones. Bion (1974) denomina a este registro «realidad psíquica oniroides». A través de las diferentes sesiones, la analista muestra cómo se incluyó en el área de observación psicoanalítica, deteniéndose no solo en el relato de la paciente, sino también en sus propias asociaciones e interpretaciones, en consonancia con el aprendizaje desde la experiencia clínica.

1.

Una primera cuestión que se desprende del material es el estatuto clínico de la metáfora. Si bien las metáforas pueden ser consideradas expresiones privilegiadas del mundo interno del paciente, su lectura no es independiente del dispositivo analítico ni del marco interpretativo del observador.

¿Son las metáforas un indicador de cambio? El trabajo con el 3-LM muestra que funcionan como puntos de anclaje para seguir la evolución del paciente, pero también plantea la pregunta sobre quién produce la metáfora como herramienta clínica: ¿es un producto del paciente?, ¿una construcción compartida en el campo analítico?, ¿o es, en parte, una operación interpretativa del grupo observador?

Las imágenes que emergen en el discurso del paciente adquieren valor clínico en la medida en que son reconocidas, seleccionadas y elaboradas dentro de un campo intersubjetivo. Por lo tanto, la metáfora no puede pensarse únicamente como un producto del paciente, sino como una construcción que se genera en la interacción entre paciente, analista y —en este caso— grupo observador. Esta perspectiva introduce una dimensión epistemológica relevante: el conocimiento clínico no se limita a describir un fenómeno, sino que participa activamente en su configuración. La metáfora no solo revela aspectos del funcionamiento psíquico, sino también el modo en que el analista organiza la experiencia clínica.

Una segunda cuestión concierne a la naturaleza del cambio psíquico. El material muestra una evolución en las representaciones del *self*, que pasan de configuraciones precarias y poco diferenciadas a imágenes más estructuradas y complejas (Altmann de Litvan, 2021a). No obstante, estos cambios coexisten con la persistencia de temores intensos, sentimientos de fragilidad y dependencia del otro.

El recorrido clínico pone asimismo en evidencia que estas transformaciones no siguen una trayectoria lineal, sino que se caracterizan por avances parciales, retrocesos y persistencias, coexistiendo niveles heterogéneos de funcionamiento a lo largo del tiempo. Esto sugiere que los cambios observados en el plano representacional no implican necesariamente modificaciones estructurales profundas. Más bien, el proceso parece caracterizarse por una ampliación de la capacidad de simbolización y de representación de la experiencia, sin que ello suponga la desaparición de

los conflictos subyacentes. Desde esta perspectiva, el cambio psíquico puede entenderse como un proceso de mayor diferenciación y complejización del funcionamiento mental.

En definitiva, el estatuto clínico de la metáfora remite a su condición ambigua en la práctica analítica: puede ser entendida como expresión del mundo interno del paciente, como producción del campo intersubjetivo o como construcción del observador. Esta ambigüedad define tanto su valor como indicador de cambio como sus límites metodológicos.

2.

Otra dimensión relevante del material es el límite de las metáforas para captar la vida relacional efectiva del paciente. Si bien los sueños y las imágenes permiten acceder a aspectos significativos del mundo interno, ofrecen información parcial sobre la manera en que el sujeto se vincula con los otros en la vida cotidiana. La ausencia de escenas relacionales concretas en el material clínico dificulta la evaluación de aspectos como la reciprocidad, la empatía o la capacidad de sostener vínculos estables.

Los sueños y las metáforas por sí solos no permiten evaluar con claridad la reciprocidad, el cuidado del otro y la vida relacional efectiva. Esto introduce un problema clínico-metodológico importante: ¿puede el material intrapsíquico por sí solo dar cuenta de los cambios en la intersubjetividad? O, formulado de otro modo, ¿qué queda fuera cuando se observa el cambio únicamente a través de sueños y metáforas? Este eje resulta especialmente fértil para discutir la relación entre mundo interno, vínculo real, transferencia y vida cotidiana del paciente.

Reconocer este límite plantea la necesidad de complementar la observación del material intrapsíquico con la exploración de la experiencia relacional efectiva, tomando en consideración que el cambio psíquico se manifiesta tanto en la organización interna como en la forma en que el sujeto participa en el mundo interpersonal.

3.

Las transformaciones en las metáforas clínicas pueden ser pensadas como indicadores de modificaciones en los procesos de simbolización y en la organización representacional. Las imágenes oníricas pueden constituir

formas iniciales de figuración psíquica que anteceden a la elaboración metafórica propiamente dicha. Ciertas imágenes oníricas pueden adquirir estatuto metafórico cuando logran representar indirectamente una configuración subjetiva más amplia y así constituirse en metáforas. Estas imágenes-metáforas permiten representar, de manera condensada, aspectos de fragilidad identitaria, fallas en la delimitación yo-otro, precariedad de la contención psíquica y procesos de integración en curso.

En Helena aparecían las imágenes antes que las posibilidades de establecer asociaciones o atribuir significados subjetivos más complejos. Las imágenes y metáforas surgidas durante el proceso analítico habrían favorecido la articulación entre experiencias corporales, afectivas y representacionales escasamente ligadas. En ese sentido, tenemos diferentes aportes: desde la perspectiva de Freud (1900/1976; 1915/1976; 1950/1976), esto remite a los destinos de la representación y a sus modos de ligadura. A su vez, las transformaciones observadas pueden pensarse, en términos freudianos, como modificaciones en la organización de las representaciones y en la capacidad de figurabilidad de la experiencia psíquica.

Sin embargo, estos cambios plantean una cuestión central: ¿en qué medida las transformaciones en el nivel representacional implican modificaciones estructurales? Desde la perspectiva de Laplanche y Pontalis (1996), podría pensarse que el incremento de representaciones o de figurabilidad no implica automáticamente una transformación estructural del sujeto y que pueden coexistir nuevas simbolizaciones con persistencias defensivas o fijaciones profundas.

El material clínico muestra una evolución en las imágenes del *self* —del «hotel sin paredes» a la «casa en construcción»—, que sugiere un trabajo de simbolización en curso. No obstante, la persistencia de temores, dependencia y fragilidad indica que las transformaciones observadas no implicaron una reorganización homogénea del funcionamiento psíquico. Tal como plantea Green (2005), nuevas posibilidades de simbolización pueden coexistir con zonas de vacío representacional o con persistencias defensivas más primitivas.

El material permite asimismo abordar la dimensión corporal de la simbolización. En la línea de Anzieu (1985/1994), el pasaje desde un cuerpo vivido como fragmentado hacia un cuerpo con fallas de las funciones

de contención, límite e integración del yo-piel (p. 270). A su vez, las contribuciones de McDougall (1991) permiten comprender cómo ciertos conflictos o experiencias no simbolizadas encuentran expresión en el cuerpo: el cuerpo es el escenario de aquello que no pudo representarse. El cuerpo «actúa» aquello que no pudo devenir pensamiento o palabra.

En este caso, las metáforas espaciales —vacío, fragmentación, construcción— no solo remiten a estados psíquicos, sino también a modos de habitar el propio cuerpo. La paciente presentaba inicialmente una vivencia corporal marcada por la desorganización —rigidez motriz, expresión facial en *máscara*, mareos, taquicardias, ataques de pánico—, que puede pensarse como una expresión de ciertas fallas en la integración psique-soma. El pasaje hacia imágenes más integradas —como las que posteriormente introduce a partir de sus sueños: de un cuerpo entero frente al mar— sugiere un proceso de apropiación subjetiva de la experiencia corporal. No obstante, la persistencia de temores de caída o desintegración indica que esta integración permanece frágil. En términos de Winnicott (1965, 1971, 1993), podría decirse que la continuidad del ser aún no se ha estabilizado plenamente y que la experiencia corporal sigue siendo vulnerable a fallas en el sostén psíquico.

Desde la perspectiva de Aulagnier (1977), esto remite a las condiciones de inscripción originaria de la experiencia corporal en el psiquismo (la noción del pictograma, donde articula imágenes oníricas, sensaciones corporales y experiencias primitivas y de simbolización corporal), así como a los procesos de apropiación subjetiva del cuerpo. La simbolización corporal aparece entonces, no como un logro definitivo, sino como un proceso siempre abierto, que requiere ser sostenido en la transferencia.

En el debate con Bernardi (2021) se entabló una polémica sobre la pertinencia de considerar como metáforas las imágenes emergentes del contenido manifiesto. Las metáforas de las diferentes «casas» nos presentan al cuerpo como primer soporte de inscripción, donde ciertas experiencias quedan fijadas en modos de representación no verbales; estados de «congelamiento» en los que hay fallas en la ligadura psíquica, vacíos representacionales, al mismo tiempo que hay dificultades en la figurabilidad.

El término *metáfora* es, en efecto, de alcance muy amplio. En el ámbito analítico, puede definirse como «una forma vívida y poco saturada de

los problemas del paciente» (Bernardi, 2021). Las imágenes y metáforas surgidas durante el proceso analítico podrían pensarse como modos de figuración progresiva de experiencias emocionales que inicialmente carecían de representación psíquica elaborada. El cuerpo y la imagen preceden a la organización simbólica más elaborada. Si las metáforas son imágenes, conceptos o ideas que guardan una relación sutil entre sí —asociadas y relacionadas—, Helena difícilmente ha alcanzado esa asociación, dado que no pudo atribuirles el significado transferido, aunque la analista le señaló algunos de los posibles sentidos.

El material permite asimismo reflexionar sobre la capacidad de soñar y asociar como indicadores del funcionamiento psíquico. La presencia de sueños a lo largo del tratamiento muestra una actividad representacional significativa, pero la escasez de asociaciones sugiere la existencia de niveles de experiencia que permanecen en un registro preverbal o escasamente simbolizado. En este contexto, el sueño puede entenderse como una forma de elaboración incipiente, que requiere del trabajo analítico para transformarse en conocimiento subjetivo. La capacidad de soñar, entonces, no garantiza por sí misma la elaboración psíquica: constituye una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de procesos de simbolización más complejos.

4.

Otro aspecto que merece consideración es el lugar de la transferencia en la producción de cambio. El material sugiere que muchas transformaciones ocurren en el vínculo con la analista antes de ser plenamente representadas o reconocidas por la paciente. Esto indica que el cambio puede tener un carácter implícito, manifestándose inicialmente en la experiencia relacional y solo posteriormente en la capacidad de simbolizarla. Desde esta perspectiva, la transferencia no solo reproduce patrones relacionales previos, sino que ofrece un espacio para la construcción de nuevas formas de experiencia emocional.

5.

Esto nos invita a reflexionar sobre la construcción del material clínico como objeto de conocimiento. La diferencia entre el material escrito y las

observaciones realizadas en el grupo sugiere que toda presentación clínica implica un proceso de selección y organización que influye en la comprensión del caso. Lo que se incluye y lo que se omite en la narrativa clínica no es neutro: responde a supuestos teóricos, estilos de trabajo y objetivos de investigación. Reconocer esta dimensión constructiva del material clínico permite adoptar una actitud reflexiva frente al conocimiento psicoanalítico, entendiendo que este se produce en un diálogo permanente entre la experiencia clínica y su elaboración conceptual (Bernardi & de León de Bernardi, 2026).

El grupo advirtió una diferencia significativa entre la presentación escrita del material clínico y las expresiones personales de la analista cuando participó en la discusión grupal. Esta diferencia ayudó a comprender otras dimensiones de Helena que la analista, con su propio estilo, no había explorado ni indagado en el material presentado. Entre las observaciones del grupo se señaló que Helena «es una caja de sorpresas»: ha escrito varios libros, trabaja, tiene familia e hijos, y posee una faceta pragmática que le permitió estudiar y ejercer una profesión. Todo ello estaba ausente en el material que la analista había seleccionado, lo que invita a reflexionar sobre los criterios y efectos de esa selección.

CONSIDERACIONES FINALES

El material clínico permite situar el eje del proceso analítico en las transformaciones de la simbolización, particularmente en su dimensión corporal. En los momentos iniciales, la paciente presentaba dificultades para integrar su experiencia, con vivencias cercanas a un cuerpo fragmentado y escasamente representado. Predominaban modalidades defensivas evitativas, con escasos recursos para simbolizar la excitación —tanto agresiva como sexual— y una marcada inhibición en el vínculo con el otro. En este contexto, las metáforas, las imágenes y las producciones oníricas constituyeron una vía privilegiada de acceso a los estados internos, permitiendo hacer figurables aspectos de la conflictiva intrapsíquica de la paciente que no encontraban expresión en el registro verbal.

A lo largo del proceso, se observaron cambios significativos: una mayor conexión con los propios deseos, una flexibilización de las defensas

y una mejora en la calidad de vida, tanto en el mundo interno como en algunas relaciones interpersonales. La emergencia en los sueños de experiencias de placer y confort puede pensarse como indicador de una mayor integración psíquica y corporal.

Sin embargo, el aporte específico del modelo 3-LM permite ir más allá de esta constatación general de cambio, precisando con mayor detalle qué cambió, qué no cambió y cómo se produjeron esas transformaciones. En cuanto a los cambios, el modelo permitió identificar:

- Una ampliación de la capacidad de simbolización, particularmente a través de imágenes y metáforas.
- Una mayor accesibilidad a los propios estados internos.
- Una flexibilización de las defensas evitativas.
- Una transformación en la posición subjetiva de la paciente en el vínculo con el otro, con menor paralización frente al conflicto.

Al mismo tiempo, el dispositivo hizo visible que estos cambios no fueron homogéneos ni globales, sino parciales, específicos y contruidos momento a momento en la dinámica transferencial. En relación con los cambios o cambios limitados, el modelo, a través de la mirada sobre distintas dimensiones diagnósticas, especialmente la dimensión de las relaciones interpersonales con el analista y con los otros, así como la conexión con sus objetos internos, permitió detectar la persistencia de núcleos defensivos más primarios. En particular, en situaciones de alta implicación emocional, donde reaparecían modalidades de inhibición, dificultades en la expresión de la agresividad y restricciones en el pasaje a la acción. Asimismo, ciertas limitaciones en la simbolización corporal no desaparecieron completamente, sino que coexistieron con los avances logrados.

Este nivel de discriminación —entre transformaciones efectivas y persistencias estructurales— difícilmente hubiera podido ser captado con igual precisión sin el modelo 3-LM. En este sentido, el trabajo pone especialmente en evidencia la operación de una tercera mirada sobre la experiencia analítica, en línea con los desarrollos sobre la terceridad (Bernardi et al., 2021; Hanly, 1995). El dispositivo grupal no solo amplió la observación del material, sino que permitió complejizar la comprensión

del proceso analítico, accediendo a dimensiones latentes y parcialmente implícitas en la díada analítica. Como señaló la analista tras la experiencia, el grupo posibilitó «el pasaje de una imagen bidimensional a una representación tridimensional, en movimiento», incorporando profundidad y múltiples perspectivas a la comprensión clínica.

Por otra parte, el modelo permitió acceder al cómo del cambio, destacando el papel central de la transferencia y de las vivencias contra-transferenciales de la analista. La inclusión de su voz en el dispositivo grupal —con sus asociaciones e imágenes— resultó fundamental para complejizar y enriquecer la lectura del proceso. La elaboración colectiva permitió poner en evidencia dimensiones que ampliaron significativamente la comprensión del proceso analítico de esta paciente. Asimismo, el dispositivo plantea interrogantes acerca de su incidencia en la práctica analítica. Los hallazgos sugieren que su impacto no compromete necesariamente la espontaneidad del proceso, sino que depende de la forma en que el analista lo integra. En este caso, operó como una nueva perspectiva, productiva, que enriqueció la capacidad de escucha, sin imponer un modo de intervención prefijado.

Finalmente, si bien este tipo de observación clínica no habilita generalizaciones, sí posibilita una mayor precisión en la descripción de los procesos clínicos, en la identificación de problemas y en la diferenciación entre niveles de cambio. En este sentido, el modelo 3-LM contribuye a la construcción de evidencias clínicas en psicoanálisis, respetando la singularidad de cada caso.

En síntesis, el material clínico —y su elaboración realizada mediante el modelo 3-LM— permite no solo dar cuenta de transformaciones, sino también de discriminar con mayor fineza los alcances y los límites del proceso analítico. En este sentido, con su anclaje en la clínica, el modelo 3-LM es un pluralismo *in vivo*; ese pluralismo va desde su propia concepción y configuración hasta su práctica. ♦

REFERENCIAS

- Altmann de Litvan, M. (2015). Panel report, IPA Congress Boston 2015: Metaphors and the use of analyst as tools to improve our clinical practice panel and small discussion group organized by: IPA Project Committee on Clinical Observation. *International Journal of Psychoanalysis*, 96(6), 1651-1654.
- Altmann de Litvan, M. (2018). Trabajando desde la clínica: Metáfora e interpretación. Aportes de *working parties* de la Asociación Psicoanalítica Internacional a la investigación clínica en psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 126, 164-180. <https://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/147>
- Altmann de Litvan, M. (2021a). Changes and no changes in the representation of self and others through images and metaphors. In M. A. Fitzpatrick-Hanly, M. Altmann de Litvan & R. Bernardi (Eds.), *Change through time in psychoanalysis: Transformations and interventions, The Three-Level Model* (pp. 79-101). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Altmann de Litvan, M. (2021b). Clinical research in working parties through metaphors. In M. Altmann de Litvan (Ed.), *Clinical research in psychoanalysis. Theoretical basis and experiences through working parties* (pp. 324-334). Routledge.
- Altmann de Litvan, M. (Ed.). (2014). *Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis - The Three-Level Model*. Karnac Books.
- Altmann de Litvan, M., Fitzpatrick-Hanly, M. A., & White, R. (2021). Underlying clinical thinking on change and therapeutic action. In M. A. Fitzpatrick-Hanly, M. Altmann de Litvan & R. Bernardi (Eds.), *Change through time in psychoanalysis: Transformations and interventions, The Three-Level Model* (pp. 35-59). Routledge.
- Anzieu, D. (1994). *El yo-piel*. Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1985).
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrortu.
- 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). Karnac Books.
- Bernardi, R. (2021). Moving from clinical inquiry to clinical research. In M. Altmann de Litvan (Ed.), *Clinical research in psychoanalysis. Theoretical basis and experiences through working parties* (pp. 65-83). Routledge.
- Bernardi, R., & de León de Bernardi, B. (2026). Pluralism *in vivo*: Clinical reasoning in discussion groups inspired by the Three-Level Model (3-LM). *Psychoanalytic Inquiry*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/07351690.2026.2647694>
- Bernardi, R., Pérez, L., & Hanly, C. (2021). Assessing strengths and limitations of clinical evidence in psychoanalytic clinical material. In M. A. Fitzpatrick-Hanly, M. Altmann de Litvan & R. Bernardi (Eds.), *Change through time in psychoanalysis: Transformations and interventions, The Three-Level Model* (pp. 281-305). Routledge.
- Bion, W. R. (1974). *Atención e interpretación*. Paidós.
- 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. (2022). Metaphors for the patient's self as a multiple bridge for clinical research. In M. Altmann de Litvan (Ed.), *Clinical research in psychoanalysis. Theoretical basis and experiences through working parties* (pp. 134-148). Routledge.
- Freud, S. (1976). La interpretación de los sueños. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 5, pp. 345-612). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud, S. (1976). Lo inconsciente. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 153-207). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).

- Freud, S. (1976). Proyecto de psicología. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 1, pp. 323-390). Amorrotu. (Trabajo original publicado en 1950).
- Green, A. (2005). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Amorrotu.
- Hanly, C. (1995). *The problem of truth in psychoanalysis*. Guilford Press.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Julián Yébenes.
- Modell, A. H. (2005). Emotional memory, metaphor, and meaning. *Psychoanalytic Inquiry*, 25(4), 555-568. https://doi.org/10.2513/so7351690pi2504_9
- Modell, A. H. (2009). Metaphor—The bridge between feelings and knowledge. *Psychoanalytic Inquiry*, 29(1), 6–11. <https://doi.org/10.1080/07351690802246890>
- Rizzuto, A. M. (2001). Metaphors of a bodily mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49(2), 535-568. <https://doi.org/10.1177/00030651010490021601>
- Rizzuto, A. M. (2009). Metaphoric process and metaphor: The dialectics of shared analytic experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 29, 18-29. <https://doi.org/10.1080/07351690802246973>
- Rizzuto, A. M. (2021). Clinical research: The role of metaphors in the analytic process. In M. Altmann de Litvan (Ed.), *Clinical research in psychoanalysis. Theoretical basis and experiences through working parties* (pp. 119-133). Routledge.
- Sandler, J., & Sandler, A. M. (1994). Comments on the conceptualisation of clinical facts in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 995-1010. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7713675/>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.