

LAS MAESTRÍAS PROFESIONALIZANTES COMO INSTRUMENTO DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO

Nicolás Bagattini

Centro Universitario UNO

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: dr.bagattini@centrouno.edu.uy

ORCID: 0000-0001-7389-9326

Ricardo Bernardi

Centro Universitario UNO

Montevideo, Uruguay

ORCID: 0000-0002-1117-5821

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

BAGATTINI, N. y BERNARDI, R. (2026). Las maestrías profesionalizantes como instrumento del razonamiento clínico. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 7(1), 125-146. DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/7.1.8

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Sobre el texto y sus autores

La presentación del artículo de Nicolás Bagattini y Ricardo Bernardi tiene un significado especial para el Consejo Editorial, dado que el fallecimiento de Ricardo Bernardi ocurrió poco después de recibido el texto para su publicación. Con emoción y reconocimiento hacia un querido colega y amigo de nuestra institución, incluimos este trabajo, centrado en un tema de gran interés para Bernardi: la formulación clínica de caso.

El artículo constituye una relectura, a diez años, de *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*, libro escrito junto con un grupo de colegas dedicado a la formación y desarrollo del tema en nuestro medio. Presenta una perspectiva contemporánea e integradora del diagnóstico psicodinámico, orientada a responder a las demandas del sistema de salud sin perder la singularidad del encuentro analítico y del sufrimiento del paciente.

Nicolás Bagattini es médico pediatra, especialista en Psicoterapia Psicoanalítica de AUDEPP, doctor en Psicología por la Universidad Católica de Uruguay y tiene un diplomado en Diagnóstico, Indicaciones y Estrategias en Psicoterapia OPD-2 por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente es decano académico, director asistencial y director de investigación clínica del Centro Universitario UNO, así como entrenador oficial en el sistema OPD de evaluación diagnóstica en niños y adolescentes. También es consultor técnico de Unicef Uruguay y del Banco Interamericano de Desarrollo. Es asimismo investigador en funcionamiento de la personalidad y psicopatología adolescente y colaborador del Global Personality Measurement Project. Durante la pandemia de covid-19 integró el Observatorio Socio-Económico y Comportamental del Grupo Asesor Científico Honorario, que asesoró a la Presidencia de la República.

Ricardo Bernardi fue médico psiquiatra, magíster en Psicoanálisis por el Instituto Universitario de Postgrado en Psicoanálisis, de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, así como doctor en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Fue profesor emérito de la Facultad de Medicina, miembro de honor de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay y de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, y miembro de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay. Fue asimismo investigador de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación del Uruguay y consultor del Comité de Observación Clínica de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Durante la pandemia integró el Grupo Asesor Científico Honorario de la Presidencia de la República. Fue Vice-Chair del Comité de Investigación Científico de la Asociación Psicoanalítica Internacional y exeditor regional para América Latina del *International Journal of Psychoanalysis*. Ha sido reconocido internacionalmente con los premios Sigourney Award (1999) y Extraordinarily Meritorious Service to the IPA Award (2021).

LA FORMACIÓN DE POSGRADO Y EL *SAVOIR-FAIRE* PSICOANALÍTICO

La formación de posgrado es condición necesaria para ejercer la psicoterapia de manera ética y técnicamente fundada. En nuestro medio coexisten diferentes trayectorias: especializaciones, maestrías académicas y maestrías profesionalizantes, cada una con objetivos distintos. Las académicas se enfocan en producir conocimiento mediante investigación conceptual. Las profesionalizantes apuntan a desarrollar un *savoir-faire* clínico, un saber hacer que no se transmite como contenido teórico, sino que se construye atravesando la experiencia analítica, formativa y de práctica de manera simultánea.

Existe una diferencia fundamental entre el *saber qué*, proposicional, explícito, transmisible mediante enunciados, y el *saber cómo*, tácito, encarnado en la práctica, que no puede reducirse a reglas formulables (Polanyi, 1966). Lo que las maestrías profesionalizantes buscan desarrollar pertenece esencialmente a esta segunda dimensión. Algunas guías de buenas prácticas clínicas han retomado implícitamente esta distinción al jerarquizar competencias (Lemma et al., 2008) que van más allá del dominio teórico.

En psicoterapia psicoanalítica, este *savoir-faire* presenta una complejidad particular. El objeto de estudio no aparece como dato observable. Emerge en la intersubjetividad de un campo analítico que es único e irrepetible (Baranger y Baranger, 1961). Además, la clínica nos enfrenta a una experiencia en la que el analista no es neutral, sino parte constitutiva del campo. Aquí, la pericia se define por sostener una *segunda mirada*: una actitud reflexiva que permite observar simultáneamente lo que se despliega en la escena clínica, participando de ella y tomando a la vez distancia reflexiva.

El razonamiento clínico psicoanalítico es precisamente el ejercicio de esta segunda mirada. Considerado competencia central del terapeuta (Lemma et al., 2008), emerge desde la inmersión intersubjetiva para construir hipótesis plausibles sobre la organización del mundo interno del paciente.

Es un proceso sistemático y autocrítico que articula componentes cognitivos, emocionales y procedimentales. Además, se encuentra inevitablemente atravesado por las mismas fuerzas que intenta comprender: angustia, dolor, desamparo, compulsión a la repetición. Por eso su desarrollo no puede separarse del recorrido analítico personal ni de los marcos teóricos que organizan el razonamiento clínico. A estos marcos organizadores se integra la evidencia que surge tanto de la experiencia clínica, en sus dimensiones idiográfica y general, como de los modelos teóricos que la sistematizan.

¿Cuál es, entonces, el desafío real de una maestría profesionalizante en psicoterapia psicoanalítica? No reside solo en transmitir conocimientos, sino en transformar un saber implícito, a menudo difícil de verbalizar, en un saber formulable, transmisible y auditable, y en capacitar al futuro terapeuta para aprender de su propia experiencia clínica. Enseñar a pensar clínicamente donde no hay recetas, donde la irreductible particularidad de cada vínculo impone constante invención (Ogden, 2024), requiere herramientas que sostengan y enriquezcan la experiencia sin clausurarla.

En respuesta a esta necesidad, desarrollamos un marco conceptual concebido como un andamiaje para el aprendizaje del razonamiento clínico. Esta propuesta retoma, en clave pedagógica, la formulación psicodinámica de caso (Bernardi et al., 2016) como herramienta de organización del pensamiento clínico y relea su valor para la práctica a la luz de las necesidades formativas de una maestría profesionalizante. Este marco se materializa en una *Guía para la formulación del estudio de caso*, diseñada especialmente para los estudiantes de la maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de un centro universitario. Su propósito es ofrecer una estructura flexible que permita describir fenómenos, explicitar hipótesis y ponerlas a prueba. Se trata de una herramienta

para el pensamiento: un dispositivo que busca cultivar la actitud clínica, promover una reflexión rigurosa y habilitar el diálogo con otros lenguajes del campo de la salud mental, sin perder la especificidad del encuadre psicoanalítico.

Durante este proceso formativo, la intención es que el estudiante articule la experiencia vivida en el campo transferencial con una elaboración conceptual sostenida. No se trata solo de incorporar contenidos, sino de construir una posición clínica: una forma de habitar el dispositivo con apertura, discernimiento y capacidad crítica.

En este sentido, la enseñanza del psicoanálisis no puede reducirse a la transmisión de conocimientos o técnicas aisladas, sino que implica ayudar al terapeuta en formación a desarrollar una forma de pensar la experiencia clínica, apropiándose de ella de manera singular (Ogden, 2006). Nuestro marco no pretende sustituir esa invención, sino acompañarla: ofrecer una brújula en territorios complejos, recordando siempre que el rigor metodológico no es un fin en sí mismo, sino una forma de sostener la responsabilidad clínica al servicio del mayor beneficio terapéutico posible para el paciente.

BASES EPISTEMOLÓGICAS PARA UNA FORMACIÓN PROFESIONALIZANTE

La formación profesionalizante se nutre de un marco teórico-técnico que trae consigo interpretaciones y formas de ver la realidad, y transmite distintos tipos de inferencias frente a diferentes fenómenos, así como múltiples competencias implícitas. En psicoterapia psicoanalítica constituye un dispositivo formativo orientado a promover el desarrollo de una pericia clínica situada. A diferencia de las maestrías académicas, centradas en la producción de conocimiento generalizable, su objetivo es formar en un *saber hacer* clínico que se construye en el ejercicio sostenido de la práctica. Su andamiaje epistemológico debe responder a la naturaleza misma de su objeto: la práctica clínica, entendida como un sistema complejo, un escenario dinámico, sobredeterminado y en

constante cambio. Este saber no se transmite como un contenido abstracto, sino que se configura en el tránsito por la experiencia, se elabora en la práctica, en la participación activa del estudiante en la complejidad del dispositivo analítico y en la progresiva construcción de una actitud reflexiva, que mejora a través de la autoevaluación.

Por esta razón, el tipo de razonamiento que se busca cultivar no puede ser puramente deductivo, sino un *pensamiento situado* (Jiménez, 2008), anclado en la singularidad irrepetible de cada encuentro. Este modo de trabajo exige además una actitud reflexiva sobre la propia práctica (Schön, 1983).

En este marco, el estudio de caso se establece como el vehículo privilegiado para la formación (McLeod y Elliott, 2011). Constituye la piedra angular de la propuesta porque condensa las condiciones reales de producción del conocimiento en psicoterapia psicoanalítica. El estudio de caso ha operado como el espacio donde el razonamiento clínico se articula con la singularidad del sufrimiento psíquico, y sostener su centralidad implica también tomar posición integradora entre modelos de investigación nomotéticos y prácticas clínicas singulares, que son mucho más que una teoría aplicada, ya que no oponen evidencia y subjetividad.

El razonamiento clínico propuesto por la guía pretende posicionar la clínica como un campo legítimo de producción de conocimiento. Propone el camino de una hermenéutica sistemática: un modo de pensar el caso que, sin aspirar a la generalización estadística, se compromete con los principios de transparencia, coherencia y auditabilidad. Esta última es entendida como la posibilidad de reconstruir el recorrido inferencial del clínico, de manera tal que pueda ser evaluado por un par, por lo que cumple una función análoga a la de la reproducibilidad en la investigación cuantitativa, en consonancia con los estándares internacionales (JARS-Qual) (Levitt et al., 2018).

Cabe señalar, no obstante, una distinción fundamental: la práctica clínica no equivale a la investigación cualitativa rigurosa, pues está éticamente subordinada al bienestar del paciente, mientras que la investigación tiene como fin primario la producción de conocimiento.

Sin embargo, la clínica cuenta con una ventaja epistémica singular: la evolución del paciente funciona como prueba natural de las hipótesis del analista y ofrece una retroalimentación que ningún diseño externo puede replicar con la misma inmediatez.

Para que esta hermenéutica adquiriera un carácter verdaderamente sistemático, es necesario definir las operaciones que estructuran el razonamiento clínico. El primer pilar es el fomento activo de un pensamiento crítico: la capacidad de examinar y reevaluar los propios supuestos teórico-técnicos, identificar sesgos, tolerar la ambigüedad y considerar hipótesis alternativas, incluido aquello que se despliega en la transferencia, la contratransferencia y la comunicación no verbal. Este pensamiento crítico se sostiene en un método de indagación que parte de la clínica misma, transformando una pregunta surgida en la sesión en un problema clínico susceptible de exploración sistemática y en una formulación de caso capaz de organizar el material y otorgarle una perspectiva psicopatológica clínicamente operativa (Perry et al., 1987).

A estas operaciones se suman dos de carácter transversal, que serán desarrolladas en detalle más adelante. En primer caso, la triangulación de perspectivas, siguiendo a Denzin (1978), es entendida no como búsqueda de consenso forzado entre fuentes, sino como estrategia para iluminar la complejidad del problema, integrando distintos registros de información. En segundo caso, la contextualización clínica, que inscribe cada hipótesis en la historia del paciente y en la dinámica singular del proceso terapéutico. Como resguardo adicional frente a los sesgos del terapeuta, la guía exige el registro explícito de hipótesis alternativas y concibe la supervisión como una forma privilegiada de triangulación. A ello se suman el consentimiento informado y la anonimización rigurosa del material clínico, ya no como accesorios al método, sino como condiciones de su legitimidad.

En conjunto, estas operaciones buscan fortalecer lo que denominamos *validez clínica local*, entendida como el grado en que una hipótesis se sostiene de manera coherente, plausible y útil frente a un caso singular, a partir de la convergencia entre la coherencia interna de la formulación, el contraste entre fuentes, la utilidad del razonamiento

para orientar decisiones terapéuticas y la respuesta del paciente. El desarrollo de cada una de estas operaciones será retomado en las secciones siguientes.

DEL MARCO CONCEPTUAL A LA PRÁCTICA: LA GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

Habiendo delineado las bases epistemológicas de nuestra propuesta, nos detendremos ahora en su aplicación práctica. La traducción a la práctica formativa de nuestro marco conceptual es un proceso longitudinal que se despliega durante los tres años de la maestría en Psicoterapia Psicoanalítica y cuyo instrumento central es la *Guía para la formulación del estudio de caso*.

El esqueleto del marco conceptual se introduce desde el primer año e incluye las cuatro preguntas fundamentales, tomadas de la formulación clínica del caso: «¿Qué le pasa?», «¿Por qué le pasa?», «¿Cómo tratarlo?» y «¿Cómo evolucionará?». Esto se ejercita de manera recurrente como un hábito de pensamiento en los talleres teórico-clínicos.

Este entrenamiento culmina durante el tercer año del Taller de Metodología de Investigación Clínica, donde los estudiantes realizan su primer ejercicio de formulación completo con un caso simulado («Emma»). A partir de allí, se inicia un proceso de tutoría y supervisión metodológica de un año, en el cual el estudiante desarrolla el estudio de caso de un paciente propio. Todo este recorrido está concebido como un ejercicio de aprendizaje basado en casos, donde la guía funciona como la herramienta central. No es un mero reglamento, sino un dispositivo pedagógico cuya función general es cultivar una actitud clínica, transformando al estudiante en alguien capaz de aprender sistemáticamente de su propia práctica (Schön, 1983).

Para cumplir esa función, la guía actúa, en primer lugar, como un andamiaje para el pensamiento clínico. Frente a la complejidad del material ofrece una estructura que organiza el razonamiento a partir de cuatro preguntas fundamentales, estableciendo una secuencia

lógica que ayuda a prevenir saltos inferenciales prematuros. Al mismo tiempo, la guía vuelve explícito el proceso inferencial. En lugar de dejar el razonamiento clínico en la opacidad de una intuición difícil de comunicar, exige que cada afirmación pueda ser fundamentada. La estructura misma de la formulación, al desglosar el análisis en componentes diferenciables, como la conflictiva central o los factores etiopatogénicos, obliga al estudiante a hacer visible y comunicable el camino seguido para arribar a sus conclusiones.

Finalmente, la guía lleva a la práctica el rigor metodológico al traducir principios generales en tareas concretas. Exige de manera explícita la triangulación de fuentes, solicitando que el análisis del material clínico sea contrastado con otras perspectivas y con la literatura pertinente. Al mismo tiempo, funciona como un dispositivo de autoevaluación crítica y recuerda que la aplicación del método se encuentra inseparablemente ligada al cumplimiento de los principios éticos fundamentales de toda investigación clínica.

De esta manera, la guía es la herramienta operativa a través de la cual el marco conceptual se pone en acción a lo largo de la formación. Habiendo presentado la guía y su función en este proceso, en la siguiente sección analizaremos en detalle la arquitectura interna de su formulación.

LA ARQUITECTURA DEL MARCO EN ACCIÓN

Sostenemos que la estructura de la formulación que propone la guía no es un mero formato a completar, sino un dispositivo pedagógico que modela y cultiva el razonamiento clínico al fomentar un circuito de indagación clínica. Planteamos que este proceso iterativo, que se mueve desde la formulación de un problema hasta la revisión de las hipótesis a la luz de la evidencia, es el verdadero motor que fortalece el razonamiento clínico y transforma la estructura estática de una tesis en un modelo dinámico del pensamiento en acción (Schön, 1983). Esto se logra a través de varios mecanismos.

En primer lugar, la guía permite pasar de un «caso borroso» a preguntas operativas. Esto funciona como un andamiaje para la indagación, al enseñarle al estudiante a transformar una duda nacida en la sesión en un problema de investigación. A través de las secciones sobre la elección del tema de tesis, la enunciación de preguntas e hipótesis y la delimitación y definición de los propósitos del trabajo, la guía obliga a formular el «problema clínico emergente» y anclar el razonamiento en la singularidad de la práctica.

En segundo lugar, su arquitectura detallada cumple una función de discernimiento y enseña a discriminar y secuenciar. Ante la experiencia clínica, a menudo fusionada o condensada, la guía exige una separación entre el diagnóstico, la etiopatogenia y la estrategia terapéutica (McWilliams, 1999), diferenciando la información y disciplinando el pensamiento. En tercer lugar, la guía opera como un dispositivo para la toma de una perspectiva. La exigencia explícita de la triangulación fuerza al estudiante a salir de su propia *convicción encarnada*, a someter sus hipótesis a un diálogo crítico con otras fuentes de información y a cultivar una necesaria humildad epistémica.

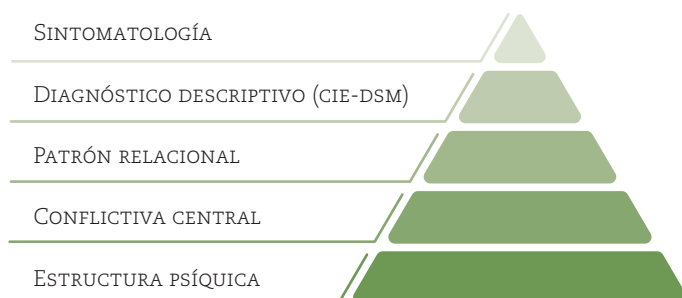
El razonamiento sugerido se inicia con la construcción de un modelo mental acerca de lo que le sucede al paciente, que integra lo descriptivo y lo psicodinámico, para luego avanzar hacia el desarrollo de un pensamiento multicausal, al explorar las dimensiones etiopatogénicas, terapéuticas y evolutivas. A continuación, analizaremos cómo cada uno de sus componentes está diseñado para cultivar estas facetas del razonamiento clínico.

Un modelo mental para la esencia del problema: ¿qué le pasa al paciente?

El marco se inicia con la pregunta fundamental: «¿Qué le pasa al paciente?». En la práctica formativa, hemos observado que una de las mayores dificultades para los estudiantes es diferenciar el *qué* del *porqué*.

A menudo, el razonamiento salta prematuramente a interpretaciones etiopatogénicas sin haber delimitado con suficiente claridad el fenómeno clínico en sí. La guía previene este error al establecer una

secuencia disciplinada: no podemos preguntarnos por qué sucede algo sin antes saber, con la mayor precisión posible, qué es lo que está sucediendo. Como señalamos, en esta primera etapa la guía propone un modelo mental para responder a esta pregunta, que se sostiene en la integración sistemática de lo descriptivo y lo psicodinámico (Lingiardi y McWilliams, 2017).



Modelo mental sugerido en la *Guía para la formulación del estudio de caso*.

Este modelo mental se apoya en desarrollos multiaxiales del diagnóstico psicodinámico que buscan articular comprensión dinámica, indicación y planificación del tratamiento, como el OPD-2 (OPD Task Force, 2008).

Como ilustra la figura, en el modelo se parte de lo visible: el síntoma o el malestar manifiesto. Se solicita luego aproximar la presentación del paciente a las categorías de consenso de la psiquiatría presentes en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2022). Este primer paso es crucial, pero el diagnóstico descriptivo se complementa y enriquece con una formulación de la dinámica subyacente (Lingiardi y McWilliams, 2017), donde se exploran los patrones de relación, la transferencia, la conflictiva inconsciente y el nivel de integración estructural.

La función de este modelo mental es cultivar *clínicos bilingües* (Juan et al., 2024), capaces de dialogar con otras disciplinas para aportar profundidad al análisis. Para ilustrar cómo este modelo integra ambos ejes, considérese la siguiente formulación sintética, elaborada por los autores con fines ilustrativos:

22 años, sexo femenino. Tristeza profunda descrita como «oscuridad atroz», dificultades en el trabajo y las relaciones interpersonales, patrón de sueño y conductas basales alteradas. Posible episodio depresivo mayor. Se presenta como dócil y adaptada, aunque se infiere un fuerte contenido agresivo reprimido, elementos de sumisión y control, y una conflictiva en torno a la dependencia y la muerte en una estructura de funcionamiento predominantemente neurótico, con áreas de vulnerabilidad en la regulación afectiva.

La indagación etiopatogénica: hacia un pensamiento multicausal

Una vez establecido el diagnóstico, la guía conduce al clínico a través de la pregunta «¿Por qué le pasa?» (Perry et al., 1987). Esta transición del *qué* al *por qué* no es trivial; su función pedagógica es central: busca disciplinar el razonamiento, obligando al estudiante a separar explícitamente la presentación de las causas de su contribución a la presentación, como momentos diferenciados del análisis.

En la práctica formativa es común observar una tendencia a las explicaciones monocausales, a menudo ancladas en una única perspectiva teórica específica. Para contrarrestar esto, la guía operacionaliza la indagación a través del análisis de cuatro familias de factores: predisponentes, precipitantes, perpetuadores y protectores. Este ejercicio metodológico cumple una doble función pedagógica.

Por un lado, desarma las respuestas simplistas y exige construir una visión etiopatogénica compleja (McWilliams, 1999), que integre dimensiones biológicas, psicológicas y socioambientales. Por otro, enseña a considerar tanto las vulnerabilidades como las fortalezas del paciente, lo que sienta las bases para un plan terapéutico más integral y verdaderamente singularizado.

De la comprensión a la estrategia: el plan terapéutico y la dimensión pronóstica

Las dos preguntas finales, «¿Cómo tratarlo?» y «¿Cómo evolucionará?», completan el arco del razonamiento clínico y lo mueven de la comprensión a la acción y la anticipación. La arquitectura de la guía

cumple aquí una función pedagógica crucial: exige que el plan terapéutico se derive lógicamente de la formulación diagnóstica y etiopatogénica (Perry et al., 1987). Este no es un mero paso técnico, sino un ejercicio de responsabilidad clínica que lleva al estudiante a traducir su comprensión en una estrategia justificada, respondiendo a la pregunta: «Dado este entendimiento singular del paciente, ¿cuál es mi plan y por qué?» (McWilliams, 1999).

Por su parte, la pregunta por la evolución fomenta una visión prospectiva que cultiva la humildad clínica. Al obligar al terapeuta en formación a considerar diferentes escenarios (favorable, moderado, reservado), no como predicciones certeras, sino como trayectorias posibles, se entrena la capacidad de anticipar dificultades, manejar expectativas y refinar la toma de decisiones a lo largo de la incertidumbre inherente a todo proceso terapéutico.

Validez clínica: triangulación y contexto

La explicitación de las inferencias clínicas no agota, por sí sola, el problema de su validez. El hecho de que una formulación resulte clara, argumentada y apoyada en extractos del material no implica todavía que haya alcanzado suficiente solidez clínica.

La cuestión decisiva es bajo qué condiciones una interpretación puede considerarse mejor fundada que otra dentro de un caso singular. En este punto, la guía propone un conjunto de operaciones destinadas a fortalecer la consistencia, la trazabilidad y la utilidad clínica del razonamiento. Dos de esas operaciones ocupan un lugar central: la triangulación y la contextualización. No constituyen una etapa final del trabajo, sino dimensiones transversales que deben informar el conjunto del proceso inferencial. Consideradas en conjunto, permiten comprender que la guía no solo ordena la formulación, sino que vuelve argumentable la inferencia clínica, en la medida en que obliga a explicitarla, someterla a contraste y situarla en una red de sentido clínicamente relevante (McLeod y Elliott, 2011).

La triangulación puede entenderse, en su sentido más básico, como el esfuerzo metodológico por abordar un fenómeno clínico desde

múltiples ángulos, con el fin de enriquecer y someter a prueba su comprensión (Denzin, 1978). En el contexto de la guía, esto implica confrontar la lectura del terapeuta con otras fuentes pertinentes: la supervisión, la literatura, los aportes de terceros significativos o, cuando corresponde, instrumentos complementarios, de modo que la formulación no se apoye exclusivamente en una única perspectiva. Al mismo tiempo, promueve el rigor y la humildad clínica y obliga al estudiante a ir más allá de la autosuficiencia de su primera convicción y a sostener sus inferencias en un espacio de contraste.

La contextualización, por su parte, introduce el imperativo de no analizar ninguna observación clínica de forma aislada. Un síntoma, una conducta, una reacción transferencial o una secuencia del discurso solo adquieren pleno significado cuando se inscriben en la trama más amplia de la historia del paciente y en la dinámica singular del proceso terapéutico. Su función metodológica consiste, por tanto, en impedir que la inferencia se torne rígida, en una lectura fragmentaria o desanclada, lo que hace que cada formulación sea evaluada a la luz de la temporalidad, la biografía y la situación clínica concreta. De este modo, la guía no solo promueve una lectura más compleja del material clínico, sino que también entrena al estudiante en una forma de pensamiento capaz de articular observación, historia y proceso en una comprensión clínicamente relevante.

En última instancia, ambas operaciones convergen. Triangular no es solo contrastar fuentes, también supone interrogar el lugar que cada observación ocupa dentro del proceso clínico. Del mismo modo, contextualizar un hecho no implica únicamente describir su trasfondo, sino poner a prueba el alcance de una interpretación frente a otras posibilidades. Este doble movimiento de abrir la mirada a distintas perspectivas y profundizar en la especificidad del contexto es lo que permite que el razonamiento clínico gane robustez sin perder sensibilidad para la singularidad del caso.

Desde esta perspectiva, la validez clínica puede entenderse como el grado en que una formulación logra sostenerse de manera coherente, contrastable y útil frente a un caso particular. No se trata de

replicar los criterios de validación propios de otros diseños de investigación, sino de construir inferencias cuya fuerza dependa de la articulación entre material clínico, contraste interpretativo, inserción contextual y consecuencias para la conducción terapéutica. En este sentido, la guía entrena al clínico en una forma de pensamiento que no identifica validez con certeza, sino con la capacidad de sostener y revisar el propio razonamiento.

DE LA FORMULACIÓN CLÍNICA AL ESTUDIO DE CASO: EL PASAJE A UN RAZONAMIENTO METODOLÓGICAMENTE INFORMADO

Leída en clave de estudio de caso, la guía propone que la formulación psicodinámica deje de ser únicamente una herramienta de comprensión clínica para convertirse en un instrumento para el razonamiento clínico auditable y metodológicamente informado. No se trata solo de construir una lectura plausible del paciente, sino que, además, esa lectura debe ser sometida a revisión crítica, apoyada en el material clínico y sostenida con rigor metodológico (Bernardi et al., 2016).

En ese desplazamiento de la formulación clínica al estudio de caso, el terapeuta organiza la información del paciente, así como también organiza su propio razonamiento y lo pone a prueba. Para esto, la guía exige hacer visible el camino inferencial. La lectura del caso no puede quedarse en una impresión global, en una intuición difícil de mostrar o en abstracciones teóricas desconectadas del material. El estudiante debe poder mostrar qué piensa, en qué se apoya y cuál es la mejor evidencia disponible para sostener su hipótesis. En este sentido, la guía promueve un pasaje desde la convicción implícita hacia un razonamiento explícito, cuestionado y enriquecido.

Es fundamental que ese razonamiento se ancle en material concreto de sesión. Las hipótesis planteadas deben confrontarse con fragmentos específicos del proceso terapéutico, de modo que quede visible la relación entre lo que se interpreta y lo que el material efectivamente

muestra. Esta exigencia tiene un efecto formativo preciso: le impone al estudiante revisar sus convicciones y definir cuál de las lecturas posibles se sostiene mejor frente al material disponible, y por qué.

Sostenemos que este movimiento no es un requisito rígido añadido a la práctica, sino la condición que hace posible el desarrollo de un razonamiento clínico psicoanalítico metodológicamente informado. Cuando el terapeuta en formación aprende a hacer visible su comprensión, a anclarla en el material y a ponerla en diálogo con interpretaciones alternativas, sin poner las teorías por encima de los fenómenos, está ejercitando exactamente lo que define la pericia clínica: construir hipótesis plausibles sobre el mundo interno de un paciente y revisarlas a la luz de lo que el proceso va mostrando. La guía, en este sentido, no produce el razonamiento clínico como resultado de su aplicación, sino que lo hace posible como práctica.

DISCUSIÓN: IMPLICACIONES DE UN MARCO PARA PENSAR LA CLÍNICA

El principal aporte del marco presentado no radica únicamente en ofrecer una guía para la escritura del estudio de caso, sino en proponer una forma de pensar la formación clínica en una maestría profesionalizante.

Desde esta mirada, el problema no consiste solo en cómo enseñar contenidos teóricos o cómo ordenar técnicamente un caso, sino en cómo hacer transmisible un razonamiento que, en la práctica psicoanalítica, suele desplegarse de manera compleja, situada y, en buena medida, tácita. El valor del dispositivo propuesto reside, precisamente, en intentar volver explícitas operaciones que habitualmente forman parte del juicio clínico, pero no siempre de su enseñanza sistemática, de modo de cultivar así una genuina actitud de investigación clínica (McLeod y Elliott, 2011).

En este sentido, el trabajo sugiere que una maestría profesionalizante puede constituirse en un espacio intermedio entre la clínica

viva y la formalización académica. Su especificidad no estaría dada solo por una mayor cercanía con la práctica, sino por la posibilidad de transformar la experiencia clínica en objeto de elaboración, argumentación y contraste. La formulación del estudio de caso adquiere, entonces, un estatuto que excede el de una mera exigencia curricular y se convierte en un dispositivo para traducir la experiencia en razonamiento comunicable, sin por ello anular la singularidad del encuentro terapéutico.

Esta propuesta busca responder a una tensión clásica en la formación clínica. Por un lado, el razonamiento del terapeuta no puede reducirse a la aplicación lineal de conceptos ni a la obediencia a protocolos fijos. Por otro, si permanece enteramente en el registro de la intuición o del saber implícito, su transmisión, supervisión y evaluación quedan empobrecidas. El marco aquí presentado intenta situarse entre ambos extremos. Su apuesta no es sustituir el juicio clínico por una técnica de validación formal, sino generar condiciones para que ese juicio pueda hacerse más visible, más discutible y, en ese sentido, más responsable, lo que Schön (1983) llamaría el *trabajo del práctico reflexivo*. El objetivo de una maestría profesionalizante no es limitar la creatividad, sino dar las herramientas para ser, como diría Ogden (2024), *creativamente responsable*: la estructura y el rigor, lejos de ahogar la singularidad, le dan una base sólida desde la cual el clínico puede desarrollar su propio estilo de manera fundamentada.

Desde esta perspectiva, la explicitación de hipótesis, la exigencia de apoyo en el material clínico, el contraste entre interpretaciones y la consideración del contexto no deben entenderse como procedimientos ajenos a la clínica, sino como modos de disciplinar la inferencia sin vaciarla de espesor subjetivo. La importancia de este punto es central. Lo que se busca, más que producir una prueba definitiva sobre el paciente, es sostener de manera más rigurosa el recorrido que lleva de una observación clínica a una formulación con consecuencias terapéuticas.

Al mismo tiempo, este trabajo también permite reconocer algunos límites. Ninguna guía, por sí sola, garantiza la calidad del razonamiento clínico ni sustituye la experiencia del terapeuta, la supervisión o la

elaboración transferencial. Más bien, su valor depende de la manera en que logra articularse con esos otros dispositivos de formación. En ese sentido, el marco propuesto debe entenderse menos como una solución cerrada que como una tecnología pedagógica susceptible de revisión, ajuste y evaluación. Somos conscientes de los riesgos de una aplicación mecánica y de la tensión inherente entre una estructura y la espontaneidad clínica. Es nuestro deseo que precisamente de esa tensión se desprenda el aprendizaje necesario.

En definitiva, el valor de esta propuesta radica en afirmar que la formación del razonamiento clínico puede ser objeto de un trabajo sistemático, sin perder de vista la singularidad del caso. Si esta hipótesis es correcta, entonces las maestrías profesionalizantes ofrecen un contexto adecuado para la práctica avanzada, así como también una oportunidad para desarrollar modos más explícitos, reflexivos y metodológicamente informados de pensar clínicamente.

CONCLUSIÓN

Hemos presentado la maestría profesionalizante como un instrumento para potenciar y hacer transmisible la complejidad del razonamiento clínico. Al hacer explícitas las operaciones que lo sostienen, la integración de lo descriptivo y lo psicodinámico, la indagación multicausal, la triangulación y la contextualización, sostenemos que este tipo de dispositivo puede contribuir a una práctica más rigurosa, con efectos directos sobre la calidad de la atención. A la vez, este planteo abre una agenda de investigación necesaria: evaluar empíricamente el impacto formativo del marco propuesto y examinar el razonamiento clínico de los estudiantes antes y después de la formación, a fin de estimar en qué medida este dispositivo favorece la adquisición de formas de pensamiento más reflexivas, explícitas y metodológicamente consistentes.

- BARANGER, M. y BARANGER, W. (1961). La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(1), 3-54.
- BERNARDI, R., VARELA, B., MILLER, D., ZYTNER, R., DE SOUZA, L. y OYENARD, R. (2016). *La formulación psicodinámica de caso: Su valor para la práctica clínica*. Grupo Magro Editores - Universidad Católica del Uruguay.
- DENZIN, N. K. (1978). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods* (2.^a ed.). McGraw-Hill.
- JIMÉNEZ, J. P. (2008). Theoretical plurality and pluralism in psychoanalytic practice. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 579-599. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00059.x>
- JUAN, S., VANEGAS OSORIO, J. H., GIUNTA, G., LAVANGA, N., SALGADO, J. M., VICENTE, A. B. y GÓMEZ PENEDO, J. M. (2024). Diagnóstico y formulación de casos en terapia psicodinámica: Una revisión sobre herramientas actuales. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 35(164), 56-67. <https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.548>
- LEMMA, A., ROTH, A. D. y PILLING, S. (2008). *The competences required to deliver effective Psychoanalytic / Psychodynamic Therapy*. Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London. https://www.ucl.ac.uk/brain-sciences/sites/brain_sciences/files/ppc_clinicians_background_paper.pdf
- LEVITT, H. M., BAMBERG, M., CRESWELL, J. W., FROST, D. M., JOSSELSO, R. y SUÁREZ-OROZCO, C. (2018). Journal Article Reporting Standards for Qualitative Primary, Qualitative Meta-Analytic, and Mixed Methods Research in Psychology: The APA Publications and Communications Board Task Force Report. *American Psychologist*, 73(1), 26-46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- LINGIARDI, V. y McWILLIAMS, N. (eds.) (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2.^a ed.). Guilford Press.
- MCLEOD, J. y ELLIOTT, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.548954>

- MCWILLIAMS, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. Guilford Press.
- OGDEN, T. H. (2006). On teaching psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 1069-1085. <https://doi.org/10.1516/d6d1-tgvx-a4f0-jecb>
- OGDEN, T. H. (2024). Ontological Psychoanalysis in Clinical Practice. *The Psychoanalytic Quarterly*, 93(1), 13-31. <https://doi.org/10.1080/00332828.2024.2314776>
- OPD TASK FORCE (eds.) (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of Diagnosis and Treatment Planning*. Hogrefe Publishing.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- PERRY, S., COOPER, A. M. y MICHELS, R. (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 144(5), 543-550. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.5.543>
- POLANYI, M. (1966). *The tacit dimension*. Doubleday.
- SCHÖN, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books.

Ricardo Bernardi fue mi analista, mentor y, con el tiempo, un interlocutor exigente y un amigo. La historia de este artículo es inseparable de esa relación. Lo conocí primero como paciente, después progresivamente como estudiante de su pensamiento. Su obra sobre formulación psicodinámica del caso me acompañó en los primeros años de formación y se convirtió en una referencia permanente en mi trabajo clínico y docente. No era solo un marco teórico, era una forma de organizar la escucha, de disciplinar la inferencia sin aplastarla, de hacer visible lo que el clínico piensa y por qué lo piensa. Eso caló hondo en mi manera de entender la práctica y, sobre todo, en mi manera de enseñarla.

Luego de la validación universitaria de la maestría en Psicoterapia Psicoanalítica del Centro Universitario UNO, se hizo necesaria una guía para la formulación de los estudios de caso finales. Allí, la relectura de la formulación fue puesta al servicio de la formación de nuevos terapeutas. Al empezar a trabajar juntos en la escritura del artículo, se nos hizo evidente que releer pedagógicamente esa propuesta sería traducirla en un dispositivo para la enseñanza y la transmisión del razonamiento clínico. Ricardo propulsó la idea con entusiasmo, le interesaba profundamente que el psicoanálisis en Uruguay adoptara este cauce formativo concreto, que pasara de la literatura al aula, del aula a la supervisión y de la supervisión a los trabajos de investigación, donde expresar el modo en que un estudiante aprende a pensar un caso.

La escritura conjunta fue el último tramo de un diálogo de muchos años y de una profunda amistad. Comenzamos a trabajar en el artículo en un momento en que Ricardo ya estaba enfermo, pero su lucidez y su rigor no cedieron. Las conversaciones eran profundas, desafiantes, cargadas de humor y de ironía sagaz. A veces nos deteníamos en un concepto durante largo rato, otras veces recorríamos en minutos territorios amplísimos, desde la epistemología hasta la anécdota clínica, de la inteligencia artificial a la literatura y de ahí a supervisar un caso. En todas ellas, él insistía en una idea que atraviesa todo el texto: que el

rigor metodológico no es un fin académico, sino que está al servicio del mayor beneficio para el paciente. Esa convicción no era retórica, era la forma en que había ejercido la clínica durante toda su vida.

Ricardo falleció antes de ver la versión final. El artículo lleva su marca en cada sección, no solo en las referencias a su obra, sino en la forma de pensar que propone: una combinación de apertura y de exigencia, de curiosidad genuina y de disciplina inferencial, que quienes lo conocieron reconocerán de inmediato. Su insistencia en que las hipótesis clínicas deben mostrarse, contrastarse, revisarse —nunca imponerse—, es el corazón de lo que aquí llamamos *validez clínica local*.

Este trabajo es, en cierto sentido, un homenaje; aunque prefiero pensarlo como una continuación, como un intento de sostener, en la formación de nuevos terapeutas, exactamente aquello que él me enseñó: que la clínica psicoanalítica puede ser, al mismo tiempo, profundamente singular y metodológicamente responsable; que esa tensión no se resuelve, sino que se habita. Si algo aprendí de Ricardo es que las ideas sobreviven cuando se transmiten y que la mejor forma de honrar a un maestro es enseñar lo que uno aprendió de él, no como repetición, sino como apropiación viva. Este artículo intenta ser eso, un texto con Ricardo, escrito desde la convicción de que lo que él construyó merece seguir operando en cada generación de clínicos que se forme.