

RECURSOS PSICOTERAPÉUTICOS N° 37. CUATRO DOMINIOS CLINICOS: SENSOMOTOR, ORFICO, LIMBICO Y COGNITIVO.



Ps. Juan Gallardo Cuneo.

Cuando hablamos de una clínica bioanalítica en tanto modelo de tratamiento psico(patológico) de la conducta humana, estamos usando un nombre transitorio toda vez que la propuesta subyacente del Bioanálisis -o Modelo Psico-Bioanalítico en Medicina- es avanzar hacia la construcción de un modelo paradigmático; esto es, una realización científica universalmente reconocida que, durante cierto tiempo, proporcione modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica (Kuhn, 1958), compartiendo principios teóricos, un cuerpo de ideas, métodos y prácticas unificados e integrados que definan, ordenen, sistematicen y jerarquicen la disciplina científica de la medicina. Y si bien, la epistemología de la Psico(patología) nos refiere a cuatro dominios: uno que comprende el dominio epistemológico derivado; otro que refiere al dominio epistemológico interno, un tercero que considera el dominio Conceptual, y un cuarto el dominio Practico; es dentro de estos dos últimos donde el presente recurso se desarrolla.

El modelo Bioanalítico, surgido de una visión monista que considera una unidad indivisible soma-psyque y un sistema de organización de niveles jerarquizados se construye como una propuesta de Psicomedicina, articulada en torno a tres principios epistémicos que refieren a continuos entre pares antitéticos: normal-anormal; sano-enfermo, cuerpo-mente y así sucesivamente, y en donde dichos pares representan solo el valor extremo de un conjunto de valores resultantes de la interacción de esos pares, siendo la anfimixia, el utraquismo y la mutualidad los principios epistémicos centrales sobre el cual se construye el conocimientos de los valores que los constituyen. Es a partir de estos principios que surgen los otros postulados mediante el cual avanzar en el descubrimiento de la realidad: pensamiento tetralógico, rizomático, *vox temporare*, paralelismos psicósomático y otros.

En base a distinguir entre Antípodas¹, Módulos² y Artefactos³, el Modelo Bioanalítico reconoce para el par antitético (Bio)patología/(Psico)patología -cuando de este último se trata preferentemente- un criterio de Normalidad-Anormalidad, organizado en torno a tres Módulos: a) el Módulo del Diagnóstico Clínico concebido como un eje continuo, estable y dinámico, constituido por categorías claramente delimitadas⁴ con subcategorías al interior de cada una de ellas: Conducta Normal, Disfunciones, Trastornos del Desarrollo, Neurosis sintomáticas, Neurosis de carácter: simples y complejas, Estados Fronterizos, Psicosis funcionales, Psicosis orgánicas y Cuadros orgánicos cerebrales; b) el Módulo del Tratamiento Psico(patológico), que incluye un conjunto de propuestas elaboradas a través del desarrollo de las terapias y psicoterapias para abordar las diferentes entidades clínicas antes citadas⁵ y, finalmente, c) un Módulo sobre Epistemología de la Psicoterapia que considera aquellos aspectos que refieren a la estructura del conocimiento que gira en torno a la actividad psicoterapéutica propiamente tal, desde su objeto de estudio, sus métodos y los problemas epistemológicos más relevantes, tanto como sobre los diferentes constituyentes que en grados y proporción variables se encuentran presentes en la clínica psicológica, ya sea durante el diagnóstico y/o el proceso terapéutico: léase lo sintomático, lo conductual, lo corporal, lo cognitivo, lo afectivo y/o lo relacional, y sus diferentes dominios: fenoménico, dinámico, sistémico, estructural, interaccional, considerados como conceptos que resultan nuclear para el adecuado desarrollo de los criterios, parámetros y artefactos que se

derivan de cada modalidad terapéutica.

De hecho, del plexo de conocimiento existente en la actualidad sobre medicina, tanto biomédica como psicomédica, el modelo adscribe a todo aquello que puede ser entendido como descubrimiento -a diferencia de aquello que es más bien invento, si bien no siempre es fácil hacer la distinción-, y entiende que es un trabajo aún pendiente realizar el cribaje necesario para distinguir entre lo real y lo inventado, lo definitorio y lo conjetural, y en articular la estructura necesaria para sistematizar dichos conocimientos en los Módulos pertinentes. No obstante estos pendientes, el Bioanálisis ofrece una metodología de investigación que permite descubrir conocimientos hasta ahora desconocidos, tales como han sido la descripción de los mecanismos autotómicos, autoplásticos y miméticos, la hiperpercepción y la percepción atemporal, la prematurización y la progresión traumática (patológica); la distinción entre lo asintomático, lo psicosomático, lo enfermo y lo sano, y la distinción entre los síntomas de cronicación y los síntomas de retorno, solo por citar algunos.

El recurso actual resultado de un pensamiento tetralógico⁶ refiere al reconocimiento de la organización en el cerebro de cuatro estratos psíquicos: lo sensomotor, lo órfico, lo límbico y lo cognitivo, entendiéndolos como partes de un sistema organizado en niveles jerarquizados, y que se corresponden cuando de anomalías se trata con los dominios: de la conducta mecánica, de la sobrevivencia, de una existencia relacional-emocional y del ejercicio de la capacidad de pensar y la razón. Estos estratos a su vez fundan cuatro Dominios Clínicos de igual nombre, y las relaciones dinámicas existentes entre los cuatro, así como los procesos de involución o evolución de un estrato a otro.

Cabe destacar que este recurso surge de considerar el hecho de que el desconocimiento o desatención de estos niveles -especialmente el órfico, así como los movimientos en un continuo normalidad-anormalidad- afectan a la agrupación de síntomas con los cuales se han organizado las categorías clínicas, toda vez que confunden la semiología o la ausencia de ella tomadas como datos fenoménicos, con la función que dichos datos estarían cumpliendo. De tal suerte que donde un pensamiento lógico dicotómico vería Salud (ausencia de signo clínico) o Enfermedad (presencia de signo clínico), un pensamiento tetralógico verá Salud, (ausencia de signo en ausencia de patógenos), Enfermedad (Presencia de síntomas como respuestas a patógenos), Reacción Psicosomática (presencia de signos en ausencia de patógenos) o Reacción Asintomática (ausencia de signos en presencia de patógenos) como categorías diagnósticas. (ver Recursos Terapéutico N° 5 Ventana Bioanalítica n° 1. Cuerpo y Patógenos).

Huelga decir que la inclusión del concepto de síntoma como reporte comunicado por el paciente; de las categorías de histeria, de simulación, de neurosis de guerra, de renta y otras: de la inclusión de descripciones sistémicas y/o dinámicas; de la respuesta a uno u otro fármaco como validador diagnóstico; de que ciertas entidad clínicas se validen por el consenso logrado por los mismos clínicos, etc., representan muy disímiles criterios que dan cuenta de las dificultades de haber sujecionado los criterios diagnósticos a una categoría lógica en tanto un pie forzado, al mismo tiempo que testimonian la inclusión asistemática de elementos tetralógicos no explícitos. El mismo fenómeno se observa, también en la clínica tradicional -que a partir de los criterios Feighner- reconoce en sus diferentes sistemas de clasificación diagnósticos: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) desarrollado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS); los criterios psicoanalíticos desarrollados a partir de Sigmund Freud y la primera generación de analistas, la Clasificación China de Trastornos Mentales (CCMD-3), y/o diferentes categorías diagnósticas aisladas que surgen de la pluma de ciertos clínicos: desesperanza aprendida, síndrome de Capgras, neurosis de renta, neurosis traumáticas, personalidades con dificultades para el placer, trastornos con déficits estructurales y muchas otras.

De hecho, una revisión con *vox temporare* y en base al artefacto: lo inmutable, lo constante y lo circunstancial aplicada a los criterios clínicos utilizados a través de los tiempos nos refleja las existencias de tres circunstancias:

a) El reconocimiento de signos y/o síntomas clínicos aislados, asociados a noxas generadoras de dolor y/o conductas inhabilitantes; infecciones, diarreas, fiebres, vómitos, convulsiones, alucinaciones, cegueras, etc.... que dieron origen a un empirismo pragmático y primario (uso de hierbas y remedios naturales, e

intervenciones mágico-religiosa, léase órficas) con el propósito de erradicar el signo o síntoma.

b) La identificación de conjunciones constantes de signos en ausencia del o los hechos significativos, que permitieron un primer conocimiento de ciertas enfermedades, su semiología y evolución, relacionadas entre sí por semejanza y contigüidad, como por ej.: en la diabetes mellitus y diabetes insípida, la disfemia o tartamudez, la epilepsia y la histeria, la idiocia y el autismo, etc.

c) El reconocimiento de conjunciones constantes de signos y de hechos significativos que progresivamente fueron dando cuenta del descubrimiento de entidades clínicas claramente delimitadas: cuadros virales e infecciosos (cólera, lepra, tuberculosis, ébola, sarampión, sífilis, pestes, dengue); heridas, fracturas, traumas y sus procesos consecuenciales: directo, acumulativos, progresivos; malformaciones o alteraciones debido a enfermedades genéticas; y deficiencias funcionales por hipo o hiper actividad: óseas, endocrinas, anatómicas, etc.; siendo todas estas expresiones que finalmente, comprenden una conjunción constante de signos y síntomas, referencias etiológicas identificables y, un curso y evolución conocido y previsible.

Este complejo proceso de generación de conocimientos acerca de lo sano y lo anómalo, navegando entre inventos nosológicos, diagnósticos y terapéuticos -siempre con una no desdeñable cuota de iatrogenia- ha coexistido con otros descubrimientos reales del orden de lo curativo: los antibióticos y las vacunas, los analgésicos, el arsenal herborístico y parte de la farmacología, ciertas cirugías, la higiene y la esterilización, la profilaxis, etc. No obstante que el desconocimiento del dominio de lo órfico no solo no ha permitido entender apropiadamente las expresiones fenoménicas de este dominio, sino que también ha dificultado descubrir nuevas áreas de lo clínico exagerando el nivel sensoriomotor como el dominio clínico prevaleciente en una medicina biomecánica, que con dificultad incorpora los niveles más complejos inmersos en los mecanismos y dinámicas de la salud.

El recurso que se explora en este texto resulta de considerar el Modelo TriUno de Paul D. MacLean, continuador de los trabajos de James Papez en relación al llamado Circuito de Papez -sistema neuronal en donde se produce el control de la corteza cerebral sobre las emociones, base del sistema límbico como sistema regulador de las emociones- que propone la teoría evolutiva del cerebro triple (cerebro TriUno) postulando que el cerebro humano está compuesto por tres cerebros distintos en uno solo: el reptiliano, el sistema límbico y la neocorteza, en el contexto del Bioanálisis aplicado a la psicomedicina y lo psicopatológico.

Consecuencia de las exploraciones de Ferenczi y sus primarias distinciones entre mecanismos de sobrevivencia y mecanismos de existencia y, en particular, de los procesos descritos por él sobre los tránsitos de los mecanismos órficos a los mecanismos ideo-afectivos es que surge un dominio de intervención clínica desconsiderado a la fecha, y que este recurso desarrolla.

Los estratos psíquicos definidos son:

LO SENSOMOTOR: También llamado Biologicista, refiere a los aspectos biomecánicos y/o relacionado con lo biomecánico, y comprende aquellos trastornos estructurales y funcionales que sufre el organismo tomado como máquina. La mayoría del conocimiento surge de la descripción mecánica de sus componentes, de los elementos que los conforman, y de la relación entre unos y otros; se funda en una pragmática fenoménica que supone que salud es ausencia de síntoma y ausencia de dolor, es empírico.

Este dominio surge a partir de una función descriptiva, y alcanza la descripción funcional y operatoria, y en algunos casos descubre modelos abstractos sintéticos y analíticos que dan cuenta de la realidad de la enfermedad. Existe gran cantidad de conocimiento válido y útil, e incluye niveles genéticos, químicos, eléctricos, celulares, de órgano, todo aquello que ocurre a nivel periférico, y/o central subcortical.

Sus aspectos críticos son el reduccionismo, el *pars pro toto*, lo sintomático descontextualizado, su desconociendo del hecho significativo y otros.

LO ORFICO: Al estrato de lo sensomotor se integra la actividad subcortical del encéfalo: el hipocampo, el cerebelo, la amígdala y los ganglios basales, cada uno de ellos con una localización y unas funciones

específicas, dando forma al dominio de lo órfico. Y si bien se le ha reconocido a estas estructuras un rol significativo en la regulación del carácter y las respuestas emocionales, la regulación de las reacciones primitivas: huida, huida hacia adelante, parálisis, agitación, hambre; modulación de las funciones viscerales y endocrinas del organismo, regulación de los procesos de vigilia y sueño, y regulación de los procesos de atención y excitación, rara vez se ha reconocido que estas son las conductas de los mecanismos de sobrevivencia y adaptabilidad a condiciones extremas (instintos vitales organizadores).

Este desconocido estrato, escasamente estudiado inaugura un entendimiento no sólo de muchos fenómenos psicológicos y conductuales, sino también resignifica la comprensión de la biomedicina y la psicomedicina tanto en lo referente al funcionamiento somático al incluir funciones como la hiperpercepción sensorial, lo autotómico, lo asintomático, las mnemes somáticas, las representaciones autosimbólicas, y las resistencias somáticas (teratomas) entre otras; y en lo psíquico, la atomización, la atemporalidad, lo eidético, la identificación mimética, la fusión imaginario, simbólico, real (triple orientación psicótica) y otras funciones

Sus aspectos críticos son: su irregistrabilidad mnémica, su cualidad de experiencias definitorias, la desatención a la conjunción constante de datos, la renuencia al tránsito hacia el estrato superior (límbico) y otros.

LO LIMBICO: Este dominio organizado a partir de los estratos sensomotor y órfico, que se ha llamado el cerebro emocional, toma como base el plexo neuroniano cortical y subcortical, que comprende partes del tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, cuerpo calloso, septo y mesencéfalo, y que participan regulando las respuestas emocionales: miedo, rabia, alegría, pena y amor, así como los matices de dichos estados. Este estrato articula los mecanismo de existencia, y en ese sentido modula las relaciones diádicas (Yo-Tu) y tríadicas (Yo-Tu-Otro) y los distintos Existenciarios Yo-No Yo, siendo la base de la noción de Identidad. Tomando como base la interconectividad de los hemisferios cerebrales es característico de este dominio la distinción entre lo imaginario de lo real y lo simbólico, la estabilidad de los objetos, y una noción continua de la temporalidad dentro de la cual se expresa el mundo emocional en todo su espectro funcional: apego, rechazo, enfrentamiento, separación, y agrado hasta los estados afectivos cumbres de las mismas manifestaciones emocionales: adoración, pánico, furia, duelo y felicidad, respectivamente.

Sus aspectos críticos son la formación reactiva, la represión, la confusión entre lo reactivo, lo transferencial y lo instrumental.

LO COGNITIVO: Este último estrato organizado a partir de los tres anteriores se conforma por las estructuras del córtex cerebral que cubre la superficie de los hemisferios cerebrales y el cuerpo calloso donde ocurre el procesamiento integrado de las percepciones, la memoria representacional, y las funciones cognitivas y procedimentales. Es el asiento de las integraciones sensoriales, premotoras y motoras; y del lenguaje, de las representaciones autosimbólicas y relaciones simbólicas. En este estrato se manifiesta la conciencia, el Yo y se interrelacionan los procesos representacionales diferenciándose la percepción, la memoria, la fantasía y los pensamientos y sus funciones: síntesis, análisis, deducción, inducción.

En tanto núcleo estructural del cerebro este estrato tiene un papel central en la integración de la información a través de la segregación funcional de regiones del cerebro, y en facilitar patrones de relación estructural y funcional a partir de las interacciones entre las distintas regiones de la corteza significativamente correlacionadas.

Su función por excelencia es la capacidad de razonar y de juicio, el conocimiento, y la adaptación aloplástica, tanto como la integración de todos los estratos anteriores en ajuste a la sanidad y la realidad.

Sus aspectos críticos son los automatismo psíquicos, a producción de pensamiento el pensamiento operatorio, la retórica, la enajenación del significado.

En base a estos cuatro dominios, si entendemos que una parte no desdeñable de la biomedicina tiene por objeto el estrato sensoriomotor del dominio clínico, es evidente que el modelo biomecánico puede

servir a todo aquello que responde a las lesiones o disfunciones de órganos por causas mecánicas, y que es partir de ello que ésta debe considerar el impacto de los niveles subsiguientes a medida que comienzan a participar más integradamente, como tan claramente se aprecia en parte de los cuadros orgánicos cerebrales, o parte de la odontología. En tanto que, por el contrario, para la psicomedicina, la que necesariamente parte de las complejidades de la integraciones de los cuatro estratos y sus anomalías, toda vez que ella se deriva inicia desde las interacciones del organismo con los otros y con variados entornos, esta circunstancia necesariamente obliga a considerar estas cuatro categorías más imperativamente que la biomedicina.

De hecho, el conocimientos de estos cuatro dominios clínicos, amplía el espectro de la clínica psicomédica en varios sentidos: primero, incluye un dominio que siempre ha estado entreverado en el conocimiento de los procesos psicológicos si poder encontrar su fundamento orgánico, funcional, ni menos epistémico; en segundo lugar resignifica una serie de fenómenos considerados anormales como un modo normal de funcionamiento solo que en condiciones diferentes; en tercer lugar señala la direccionalidad de procesos involutivos, compensados o evolutivos, y el rol que juega cada uno de estos estratos en dichos movimientos; y finalmente en relación con la noción de síntomas de cronificación y síntomas de retorno, inaugura un conjunto de parámetros terapéuticos en la comprensión de los procesos de sujetos que dadas ciertas condiciones de vida deben transitar desde un funcionamiento sustentados en mecanismos órficos y en consecuencia de sobrevivencia a otro de carácter límbico y cognitivo, hacia experiencias de existencias con sentido e identidad.

Estas cuestiones surgidas de considerar estos cuatro dominios clínicos, demanda una comprensión más profunda del mundo de lo órfico tano en sus aspectos estructurales, funcionales y evolutivos normales, y especialmente en sus manifestaciones anómalas. El desarrollo normal de lo órfico y la posterior organización del dominio límbico, es posible de ser comprendido con la observación de los mecanismos evolutivos normales del bebe -entendido con vox temporare- a partir de la presencia de cuidadores suficientemente buenos que complementen las necesidades del bebe, y que atendiendo a su repertorio infantil suplan las necesidades de éste, y/o observando las reacciones de los bebes que en estados críticos de existencia maduran precozmente desarrollando características extremas de respuestas sensomotoras o prematurización de los estratos subsiguientes.

Uno de los aspectos más relevantes de este recurso es consignar que la psicoterapia opera en varios niveles dependiendo del diagnóstico clínico dentro de un continuo de normalidad-anormalidad, y que considerando un modelo de niveles integrados jerárquicamente ello refiere a relaciones de ordenes entre los distintos criterios diagnosticos dentro de los dominios clínicos descritos. De tal suerte que el diagnostico refiere a una entidad clínica dentro del continuo, considerando los cuatro estratos psíquicos aquí citados, y que interactúan como factor nuclear, causal, acompañante o consecuencial.

Siendo uno de ellos, aquellas categorías diagnosticas que refieren al tránsito de funcionamiento caracterizados por la primacía de mecanismo de sobrevivencia hacia otro de preminencia de mecanismo de existencia (límbico y cognitivos) y los parámetro clínicos que permiten identificar, intervenir, revertir e instaurar esta nueva condición.

Volver a Recursos Terapéuticos
Volver a Newsletter 9 -ALSF

Notas al final

- 1 .- Antípodas: Es un concepto tomado de la geografía, que remite a cualquier noción que ocupa un lugar de una superficie situado en un punto diametralmente opuesto a otro.
- 2 .- Módulo: Es una porción acotada de conocimiento que al modo de bloques de piezas se diferencian unas de otras con el propósito de facilitar su descripción y hacerla más accesible. Cada módulo, en tanto unidad forma parte de un sistema y suelen estar conectado de alguna manera con el resto de las partes. componentes.
- 3 .- Artefacto: Objeto diseñado intencionalmente para desempeñar una función específica o alcanzar un objetivo. Son dispositivos útiles aartefactos hermenéuticos, tecnológicos, e incluso literarios.
- 4 .- Ver “El Diagnóstico en la Psicoterapia Bioanalítica” en: <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Bio analisis/El-Diagnostico-en-La-Psicoterapia-Bioanalitica.pdf>
- 5 .- Que el estado actual de las Ciencias convierta cada modalidad de terapéuticas psicológicas: cognitivas conductuales, sistémicas, psicoanalíticas y psicodinámicas, humanistas experienciales-existenciales u otras, en un cuerpo variopinto de artefactos, compitiendo o coexistiendo unas con otras, es uno de los varios efectos de la falta de un Paradigma unificado, que hace la atomización de dicho modulo series de *pars pro toto*, ideologizados y excluyentes.
- 6 .- Pensamiento tetralógico: Esquema cognitivo que posibilita un tipo de pensamiento que implica pensar en 4 categorías simultáneamente, incorporando lo “denotativo” y lo “connotativo” y refiere a categorías de ausencia [0], presencia [1], ilusión [$f(1)=0$] y ocultamiento [$f(0)=1$].