

## Nº4. LA MATRIZ DIAGNÓSTICA BIOANALÍTICA.



Juan V. Gallardo Cuneo

En este modelo, se propone que el ser humano es una unidad psicosomática, un sistema, y como tal, una entidad global, holística, indivisible, cuyo funcionamiento es consecuencia de los variados e inseparables procesos psique-soma que en él operan, como procesos interconectados, e interregulados. La distinción en dos planos dentro de este modelo, sólo se realiza como una operación analítica provechosa para aislar alguna variable surgida en uno de estos ámbitos, pero que luego es retornada a la comprensión del organismo como un todo.

Tal como lo refiriera Ferenczi en su trabajo “Thalassa: Ensayo sobre una teoría de la genitalidad”, un organismo es reflejo de un desarrollo filogenético, y como tal, es la síntesis de las sucesivas adaptaciones experimentadas por la especie a través de los tiempos, y además en tanto unidad, llega a expresar en su propia evolución ontogenética, la posibilidad de realizar dicha síntesis.

Debemos primariamente a Freud, a partir de las relaciones entre el carácter anal y determinados rasgos de conducta, su modelo del Desarrollo Psicosexual, y posteriormente a Abraham, la ampliación de este modelo a través de la consideración de la existencia de una fase activa y otra pasiva en cada estadio del desarrollo sexual. Finalmente debemos a Ferenczi el relacionar estas fases con una serie de momentos de evolución, enriqueciendo las categorías con la incorporación de lo esquizoide y de lo uretral.

De igual modo, es desde Ferenczi, que dichas fases convergerán “utraquísticamente” en el plano de la integración psico-física; en primer lugar, al correlacionar cada una de ellas con distintos momentos de la maduración orgánsmica, luego, al asociarlas a las vicisitudes del trauma, y finalmente, a las derivas de la precocidad o maduración acelerada (Ferenczi, 1933b, p.147), a través de la distinción que hace entre organismos “autoplásticos” y “organismos aloplásticos”.

Es así que las fases del desarrollo psicosexual conforman en un primera aproximación, un continuo, que da lugar a un primer acercamiento explicativo de las condiciones secuenciales de desarrollo y maduración bio-psíquica filogenética potencial, cuya actualización se verá ontogenéticamente determinada.

Las fases del desarrollo, que dan lugar a determinadas estructuras de carácter son:

- 1.-Fase Osea: (pasiva) estructura autista
- 2.-Fase Osea: (activa) estructura esquizoide
- 3.-Fase Oral: (pasiva) estructura oral
- 4.-Fase Oral: (activa) estructura psicopática
- 5.-Fase Anal: (pasiva) estructura masoquista
- 6.-Fase Anal: (activa) estructura obsesiva-compulsiva
- 7.-Fase Uretral: (pasiva) estructura narcisista secundaria
- 8.-Fase Uretral: (activa) estructura fálico-narcisista
- 9.-Fase Gonadal: (pasiva) estructura pasivo-femenina
- 10.- Fase Gonadal: (activa) estructura histérica
- 11.- Fase Genital: estructura genital

De esta suerte, se pueden representar distintos niveles de patología a partir de la consideración de las relaciones que una perturbación guarda con una determinada estructura de carácter. Según el estado de desarrollo psicosexual alcanzado por el organismo, identificamos determinadas estructuras de carácter básicas, que reflejan la negociación entre pulsiones y defensas, tanto como el manejo de la angustia que el organismo ha realizado a través de su historia. Los grados y modos críticos de angustia asociados a la resolución de las tareas propias de cada etapa del desarrollo, perturban la continuidad del desarrollo psicosexual, y bajo la forma de experiencias traumáticas (Primera teoría del trauma) troquelan al organismo por haber implicado conflicto o haber expuesto al sujeto a montantes de angustia severos en una determinada fase. En el caso de una resolución adecuada de las contingencias normales de vida, que implica la resolución exitosa de las tareas del desarrollo, resultaría en el devenir de la siguiente etapa sin que se hayan establecido marcas o troquelaciones orgánicas.

Esta última consideración, viene a complejizar el panorama de las categorías del desarrollo sexual, debido a que una determinada troquelación caracteriológica no detiene necesariamente el desarrollo psicosexual, el que continua inevitablemente, sin embargo, determina un punto de inflexión que signará el particular modo en que serán abordadas las nuevas contingencias vitales. De esta forma, un organismo puede ser conceptualizado a la luz de una estructura de carácter y de un rasgo caracteriológico secundario - o terciario según las circunstancias troqueladoras de su desarrollo psicosexual -. En el presente, nuestro trabajo se orienta a la distinción del rasgo estructural y del rasgo secundario, lo que permite por ejemplo, hablar de una estructura esquizoide fálico-narcisista, o estructura oral histórica, para significar el primer concepto como la estructura y el segundo como el rasgo adjetivante a dicha estructura.

Resumidamente, la matriz bioanalítica es concebida como una herramienta diagnóstica de triple entrada, compuesta por tres ejes, los que se han denominado "X", "Y" y "Z". En el eje "X" y en el "Y" se describen determinadas fijaciones a las etapas del desarrollo psicosexual del organismo: una primaria que corresponde a la estructura caracteriológica general y una secundaria que corresponde al principal rasgo adjetivante de dicha estructura.

El tercer eje, llamado eje "Z", corresponde a la organización de signos y síntomas, la estructura y las características corporales, relacionadas con cada organización caracteriológica. En este eje se distingue el nivel de patología (neurótico, limítrofe o psicótico) y los síntomas y signos, tanto a nivel psicológico como somático. Se organizan distintos indicadores semiológicos, conductuales y corporales, definidos nominal y operacionalmente, de modo tal que faciliten la utilidad práctica y la clara contrastabilidad del diagnóstico psicopatológico.

La Matriz Diagnóstica Bioanalítica, es en este sentido, un intento de dar cuenta del ordenamiento de estas categorías, a través de un sistema diagnóstico de uso clínico que utilice parámetros corporales como unidad básica contrastable, y que permita establecer el tipo de organización caracteriológica de determinado sujeto, accediendo de esta manera a su dinámica y funcionamiento psíquico. Ella intenta ser un aporte que recoja elementos estructurales, semiológicos conductuales y biológicos, de tal forma de abordar el objeto de estudio desde distintos ángulos, pretendiendo así acotarlo cabalmente. Se pretende incorporar, en un intento de síntesis, elementos rescatados desde los distintos sistemas diagnósticos de la psiquiatría tradicional, comprensiva y fenomenológica; elementos de diagnóstico psicoanalítico clásico y elementos de diagnóstico estructural, así como elementos de la caracterología constitucional y de la psicósomática.

## **CATEGORÍAS DE DIAGNÓSTICO CORPORAL**

Esta última unidad del marco teórico del diagnóstico bioanalítico, nos remite a la exposición de ciertos parámetros corporales, que complementariamente a los aspectos desarrollados anteriormente, nos orientan en la consideración diagnóstica utilizada en esta línea de trabajo. El uso de parámetros corporales en este sentido corresponde a una variable complementaria, y coadyudante, que en su progresiva sistematización nos ofrece un soporte paralelo sólido y atractivo - toda vez que el compartir signos y códigos corporales, resulta más fácilmente comunicable, que las abstracciones lingüísticas o semánticas -. En este sentido cabe recordar que estos signos son comprendidos a la luz de la noción de isomorfismo funcional, que alude a

que todo fenómeno del orden de lo representacional simbólico tiene su correlato isomórfico en el plano de lo corporal-biológico. Esta parte del diagnóstico transcurre simultáneamente a la interacción verbal con el paciente, e implica la observación y evaluación sistemáticas de distintos parámetros corporales que permiten deducir una determinada configuración caracteriológica.

A continuación presentamos los parámetros más comunes utilizados en el diagnóstico corporal. Sin embargo, es importante aclarar que muchos otros quedan excluidos en virtud de ser más sutiles de distinguir o digitalizar, porque su valor como signo no está claramente establecido o porque aun no han sido reconocido.

En la observación clínica cotidiana, la mayoría de los pacientes presentan variadas combinaciones de rasgos pertenecientes a distintos tipos, por lo que la evaluación de qué es lo preponderante y qué es lo adjetivante depende mucho de la experiencia en la lectura de estos parámetros. Presentaremos los parámetros más característicos según los diferentes tipos caracteriológicos.

La clasificación corporal, distingue entre dos niveles, los pre-edípicos y los edípicos, caracterizándose los primeros por no presentar referencias de identidad de género o de rol, y las segundas por poseer una cualidad que alude al carácter sexualizado del organismo. En esta primera parte se desarrollarán las estructuras pre-edípicas, esto es aquellas que se organizan desde el nacimiento hasta la resolución de los aspectos diádicos (niño-madre), que terminan con una adecuada consolidación de la función de identidad, la aceptación de las reglas de la realidad y la expresión de los afectos y cogniciones que se producen dentro del organismo; y posteriormente aquellas que se relacionan con el triángulo edípico, y que dan origen a las estructuras de interacción que posibilitan el encuentro afectivo con el gran Otro: el poder, el placer, el amor y la intimidad.

## **ESTRUCTURAS PRE-EDÍPICAS**

### **A) Esquelético (Pasivo y Activo):**

**Autista (Osea Pasiva):** La baja estatura es un signo asociado a lo autista, cuando se presupone una lesión articular severa que comprimió la expansión del tejido óseo. Se observa la presencia de rigidizaciones, tanto a nivel articular como posturales, con pérdida de motilidad, motilidad estereotipada o movimientos mecánicos. Se observan asimetrías faciales corporales o rostros rígidos. Tonos de piel céreos y palidez extrema. Cabeza y articulaciones pequeñas, o desproporción entre cabeza y tronco, cuerpo menudo, compactado. Mirada ausente, tono de voz impersonal, mecánico o ausente. Posiciones rígidas y carentes de espontaneidad.

**Esquizoide (Oseo Activo):** La estatura, también es un signo asociado con la distinción entre lo esquizoide y lo no esquizoide. Se postula que a mayor estatura, menor probabilidad de presencia de organización esquizoídea, y a la inversa, a menor estatura, mayor posibilidad de presencia de factores esquizoides. Se observa la presencia de rigidizaciones y quiebres articulatorios. Los quiebres articulatorios se refieren a la existencia de una laxitud ligamentosa a nivel de articulaciones móviles (ej. entre vértebras, hombros, rodilla, etc.), identificable por la presencia de un rango de movilidad en tal articulación mayor al rango normal, o a la inversa, de un rango significativamente menor de movilidad en determinada articulación, debido a espasticidades musculares compensatorias de la laxitud ligamentosa.

Los quiebres también pueden ser observados por la mantención constante de posturas que presentan un ángulo anormal (ej. la cabeza de lado). También cabe resaltar que es posible que la mantención rígida de una postura con ángulos normales sea indicativa de una compensación muscular de un quiebre, típicamente observado cuando la disolución de dicha rigidizaciones (“como sí” o “as if”), da paso a la observación corporal de dicho quiebre (irrupción de lo esquizoide) con la conducta esquizoide propia del segmento corporal involucrado.

Asimetrías faciales y corporales notorias, son también indicadores de posibles rasgos esquizoides. (ej. pronunciada mueca facial lateralizada). La presencia de desproporciones llamativas en el tamaño y tipo de tejido preponderante - óseo, muscular, adiposo- entre distintos segmentos del cuerpo, por ejemplo, piernas largas y un tronco estrecho- también son indicadoras de posibles rasgos esquizoides.

## **B) Oral (Pasivo y Activo)**

**Oral (Oral Pasivo)** La contextura preponderantemente delgada, con prominencia del esqueleto, pecho plano, sin desarrollo muscular notable y pelvis más bien angosta, son signos que apuntan a la existencia de un carácter oral puro. En este sentido la observación de musculatura longilínea, sin desarrollo de masa muscular, es la característica central. Simultáneamente, el desarrollo óseo de tipo longitudinal, - en desmedro de lo transversal- constituye una característica central. Otra versión corporal del oral, es la contextura obesa, pero sólo en el caso de que tal obesidad está preponderantemente constituida por tejido adiposo, encontrándose a la base, la contextura oral clásica, en la que el tejido muscular espástico se puede palpar por debajo del tejido adiposo (blando y desprendido de lo muscular). Pareciera que lo oral se apoya en su esqueleto más que en la musculatura.

**Psicopático (Oral Activo)** La misma contextura oral, pero en presencia de un acentuado desarrollo transversal, ofrece una estructura, con hombros anchos dando al tórax forma de “V”, pero sin ser profundo (poca volumen de caja torácica), dando como resultado un tórax ancho y plano. Presenta además angulosidad en la cara debido a la hipertrofia del masétero en el maxilar inferior, apuntando a un carácter psicopático frío de ánimo. La misma contextura delgada, pero sólo perceptible en la piernas y en la estrechez de la pelvis, junto a un tórax inflado, hiperdesarrollado, ancho y voluminoso, acompañada de un rostro redondeado, facciones gratas y más bien infantiles, apunta a un carácter psicopático seductor.

## **C) Anal (Pasivo y Activo)**

**Masquista (Anal Pasivo)** La contextura corporal masquista clásica se caracteriza por un desarrollo muscular hipertrófico, grueso, que deriva en movimientos lentos y torpes, en la línea de la contención (activación simultánea de grupos musculares antagónicos). Se observa una rotación hacia adelante de los hombros, el desarrollo de los trapezoides (bovino) y cuello grueso. A nivel de la pelvis, se observa un desarrollo importante de los glúteos o la contracción de los mismos, lo que se acompaña de un hiperdesarrollo de los muslos.

**Obsesivo (Anal Activo)** Dentro de lo anal retentivo, también aparece el carácter obsesivo, el que corresponde a una corporalidad menos gruesa y contenida que lo masquista, pero en la misma línea. Sin embargo cabe destacar que este biotipo no ha sido aún claramente tipificado en términos corporales, pero incluiría aspectos mixtos del tipo masquista y del compulsivo.

## **ESTRUCTURAS EDÍPICAS**

Recordemos que la referencia a lo edípico, se relaciona en su plena manifestación con el cierre de la configuración de una identidad de género y con el inicio de la configuración de lo triádico y de los parámetros de la identidad del rol sexual, proceso que imprime rasgos y características a la sexualización y erotización del organismo, determinando en definitiva las vicisitudes en la elección de pareja sexual y el sistema de defensas que se despliegue en este área (pudiendo incluso, en ciertos casos, llegar a establecer configuraciones de “hiperidentificación” con el rol sexual).

No obstante cabe señalar que debido a la presencia de lo que se denomina “precursores edípicos” o “edipo precoz” también estas características se encuentran presentes en organismos pre-edípicos, en los cuales a pesar de ser un rasgo adjetivante, impactan por la intensidad con que se presentan, debido a la estructura esquizoídea a la base y que han fundado gran parte de la confusión semiológica existente a la fecha (al igual que con los estudios caracteriológicos). Por ejemplo: resulta altamente ilustrativo el hecho de que el lenguaje popular reconozca en la alusión a “personalidades históricas” (estructuras esquizoideas históricas, en estricto rigor) un determinado conjunto de características corporales, gestuales y posturales asociadas a una “teatralización, exageración, hipersexualización, o manipulación” lo que, independientemente del grado de veracidad o falsedad, testimonia una condensación de factores psicológico-corporales ligados a un determinado biotipo caracteriológico.

Las fases edípicas son básicamente tres: la fase uretral y la fase gonadal, por un lado, y la fase genital

por otro, de las cuales clínicamente hemos considerado las dos primeras, ya que la última por lo general se asocia al llamado carácter genital, como concepto ideal de maduración psicológica, individuación o autoactualización. Estas, al igual que las fases pre-edípicas, a su vez cuentan con una dimensión activa y otra pasiva, las que podrían categorizarse como masculinas y femeninas. Sin embargo en el desarrollo actual de este modelo biotipológico, la investigación acerca de la distinción por sexos no parece aún prioritaria.

#### **D) Uretral (Activo y Pasivo)**

**Narcisista (Uretral Pasivo)** Este carácter presenta un desarrollo corporal proporcionado, armónico y atractivo, (“Belleza blanca”), con preponderancia de la forma tubular en el tronco. De contextura muscular normal, destaca por cierta rigidez, con tensión y autocontrol motor, incluyendo la expresividad facial: evidencia una sutil capacidad de moverse, de manera controlada. Se presenta rigidez a nivel del cuello y de la zona lumbar de la columna. En la acentuación de lo narcisista, la belleza está matizada por un carácter algo frío, con menos pigmentación e irrigación de la piel, y con movilidad y expresividad más dirigida, menos espontánea. Rostros atractivos, más bellos que eróticos, ojos negros con carga energética y una piel más bien blanquecina. Pleno de expresión facial, motilidad muscular general pero con un dejo de falta de espontaneidad, (en estos pacientes se observa poliuriuria, pero con baja concentración de la orina diluida). A nivel psicológico se presenta un predominio de pensamiento operatorio por sobre el pensamiento significado, con buen juicio de realidad. A nivel corporal una marcada “buena salud”, más producto de un funcionamiento “asintomático” que a una salud corporal - no hacen síntomas frente a las enfermedades.

**Fálico- Narcisista (Uretral Activo)** A las características anteriores se les agrega una movilidad más agresiva, atlética, con acentuación de los rasgos corporales y una expresividad arrogante.

Además de la rigidez lumbar, el carácter fálico-narcisista presenta una crónica rotación de la pelvis hacia adelante, en una postura de penetración. En la acentuación de lo fálico, se observan rasgos faciales marcados, con piel turgente, más porosa. Una alta capacidad laboral, y alta potencia sexual aunque no orgásmica. Presentan además una marcada tendencia a poseer el control de las situaciones, conservando un adecuado juicio de realidad, razón por la que demuestran ser buenos líderes en situaciones de crisis, no así en los procesos de vida cotidianos. A nivel de pensamiento, se mantiene el pensamiento operatorio, con mayor juicio de realidad que las personalidades Narcisistas, y a nivel de estado corporal un predominio de “sintomatología psicósomática” producto del mecanismo “alexitémico” que en este nivel refleja la “neurosis de órgano”.

#### **E) Gonadal (Pasivo y Activo)**

**Pasivo-Femenino (Gonadal Pasivo)** Presenta una estructura corporal normal o atlética, rostro agraciado con facciones sexualizadas (“Belleza roja”) con un desarrollo acentuado a nivel del tórax (profundidad, voluminoso), y cinturón escapular. Su movilidad es ágil y más flexible en comparación al fálico-narcisista. Presenta rasgos faciales más suaves e inclusive femeninos, o con gran acentuación de suaves rasgos masculinos. Conservan un adecuado juicio de realidad, aunque se observa conflictos en el área de la sexualidad, en tanto dificultades con el placer y la intimidad. Blandura, cortesía y comportamiento adecuado con tendencia a evitar la confrontación, pero sin renunciar a sus objetivos (a diferencia de una formación reactiva). Sexualmente tienden a tener conductas más bien pasivas en la dirección de seguir las pautas de la pareja, y dificultades para experimentar el reflejo sexual y orgásmico.

**Histérico (Gonadal Activo)** Lo característico en la corporalidad histérica es una contextura esbelta y sensual, con acentuación en la curvatura a nivel de la cintura y de la pelvis. Es característico una rotación circular de la pelvis, con predominio de la movilidad lateral de la misma al caminar (movimiento en péndulo). Su movilidad es armónica, grácil y tiene un carácter sexuado. A nivel facial, también es distintivo la presencia de rasgos suaves y piel irrigada, con vivacidad y expresividad en los movimientos oculares. También se observan labios gruesos y bien irrigados. A la altura del diafragma, se observa que sobresalen las costillas flotantes y una sutil protuberancia en la boca del estómago. En el plano psicológico existe

pensamiento significado, pero las reacciones efectivas se exageran como modo de mantener cierto grado de control de las mismas (lo que explica la acentuada conducta seductora para no quedar a merced de la espontaneidad, y la imposición de respuestas hiperexpresivas en el aparato mental reflejadas en los clásicos arrebatos histéricos), a nivel corporal se antepone la exageración gestual como modo de ocultamiento, y más complejamente, la presencia de ciertas características “autoplásticas” capaces de interferir en el somatotipo (traduciéndose en la posibilidad de afonías, embarazos histéricos, o conversiones en personalidades esquizoideas con rasgos histéricos).

Los parámetros anteriormente expuestos no conforman una simple tipología fenomenológica, sino que suponen la existencia de un plan filogenético de desarrollo bioneuropsicológico - que en interacción con la biografía del sujeto- es determinante tanto de una estructura somática dada, como de específicos correlatos a nivel del sistema nervioso central y del aparato psíquico.

También existen antecedentes fisiológicos, menos aparentes, pero igualmente correlacionados a determinadas estructuras de carácter (estitiquez en lo masoquista, trastornos del apetito en lo oral, trastornos psicósomáticos en lo fálico-narcisista, etc.) que usualmente son recolectados durante la exploración verbal del área corporal.

*Volver a Psicoterapia Bioanalítica*