

## XV. Los objetos "híbridos" de la psiquiatría

Ya sea una profesión, actividad comercial o emprendimiento moral, para su funcionamiento, la psiquiatría hace tiempo que depende de la creación, la clasificación y la manipulación de "objetos" exclusivos para su praxis, que actualmente se denominan síntomas, síndromes y trastornos mentales. Según la moda conceptual, la esencia de dichos objetos puede considerarse como: a) tipos naturales, es decir, entidades biológicas como árboles, caballos u oro, o variaciones de los mismos; o b) entidades abstractas o mentales que consisten en símbolos, ideas, mitos, representaciones alegóricas, etc., es decir, en constructos que habitan en la mente, cuyo rasgo distintivo es no depender de una conexión relevante con el cuerpo para su existencia.

A lo largo de la historia, las dos visiones anteriores se han ido turnando para predominar; en nuestra época, la primera, respaldada por la psiquiatría biológica, es la que mantiene una posición de ventaja. Esto es perfectamente comprensible, ya que las consecuencias que derivan de su aceptación encajan muy bien con las necesidades de reificación del neocapitalismo. Por ejemplo, sostener que el objeto psiquiátrico es una "cosa biológica" permite: 1) que su definición sea completa en términos de "patología cerebral"; 2) que su definición de los límites (es decir, el fenotipo) sea considerada como científica y de valor neutral, y no como una elección humana; 3) que su significado y su simbolismo se consideren como "epifenomenales" y, por lo tanto, no sean "objetivos" terapéuticos primarios; 4) que el médico clínico se conciba como un amanuense "objetivo", como un científico que observa y registra hechos, y no como el miembro de un intercambio dialógico con el paciente; 5) que

los médicos clínicos ofrezcan a la sociedad (incluyendo a las compañías de seguros médicos y a la industria farmacéutica) categorías y reglas bien definidas para decidir lo que está mal, lo que es disparatado, dónde invertir, qué pagar, etc.; 6) que se cuente con una clasificación de dichos objetos en términos de las mismas normas taxonómicas que regulan las clasificaciones biológicas (que en este momento consisten en la neurociencia evolutiva especulativa); y 8) que la psiquiatría pueda disfrutar del prestigio y poder de las neurociencias.

De lo anterior se puede inferir que el estado, la praxis y la comprensión de la psiquiatría dependen de cómo se definen los objetos psiquiátricos, a pesar de que el conocimiento sobre los mecanismos conceptuales involucrados en dicha definición es escaso. No está claro por qué debería ser éste el caso. La aceptación fácil y cómplice de la "visión biológica" por parte de los filósofos de la psiquiatría es sólo una explicación para este descuido. Otras explicaciones pueden estar relacionadas con el hecho de que las cuestiones en juego son difíciles de comprender y de que no existe un metalenguaje para abordarlas. Este trabajo pretende abrir un nuevo campo de investigación.

### *El mundo y sus objetos*

El mundo está poblado por una variedad de objetos y cosas. La forma en que nos relacionamos con ellos depende, en gran medida, de la visión que tenemos acerca de su "naturaleza". Dicha información, en general, se obtiene de las fuentes folclóricas y culturales, la filosofía y la ciencia. En la actualidad, "objeto" se define como: "Una cosa o ser sobre el que se piensa o tiene conocimiento, como correlativo al sujeto que piensa o conoce; algo externo, o considerado como externo, a la mente; el no ego en relación con el ego o diferenciado del mismo; también se extendió para incluir los estados del ego, o de la conciencia, como se piensan o perciben mentalmente" (OED, 2<sup>da</sup> edición). Por lo tanto, los objetos oscilan desde oro, robles y caballos, a mesas, casas y teléfonos móviles, a truenos, relámpagos y nubes, a revoluciones, palabras, números, virtudes y sacramentos. Los objetos naturales o físicos son considerados como modelos, ya que su ontología es indiscutible, es decir, se supone que "existen en el espacio y el tiempo", que son causalmente efectivos y que existen independientemente del hombre. Por el contrario, se

afirma que los objetos abstractos no existen en el espacio o el tiempo, que son causalmente inertes y que habitan sólo en el pensamiento y en el lenguaje del hombre.

Siguiendo la clasificación general de los objetos del mundo, los objetos psiquiátricos también se han considerado como físicos o ideales. Esta dicotomía ha empañado su comprensión y, por consiguiente, quiero introducir un tercer tipo que llamaré "objeto híbrido".

### **Definición de "objetos híbridos"**

Originalmente, el término "híbrido" se refería a: "La descendencia de dos animales o plantas de diferentes especies o (de un modo menos estricto) variedades; un mestizo, cruzado o mixto", y en su más amplio sentido, a: "Todo aquello que proviene de fuentes heterogéneas, o que está compuesto de elementos diferentes o incongruentes" (OED, 2<sup>da</sup> edición). Este último significado se aplica a los objetos: a) que consisten en material físico culturalmente configurado (actividad neuronal, pigmentos, bloques de mármol, ríos, etc.), y b) cuya ontología original ha sido tan cambiada por el proceso de configuración que su significado, poder y actividad ahora dependen de su envoltura cultural. Los objetos híbridos son construidos por la estética, la psiquiatría, la geografía, etc. Por lo tanto, la belleza de una pintura ya no se explica por la distribución en el espacio y el tiempo de los pigmentos en un lienzo, sino por la envoltura cultural que está íntimamente relacionada con los gustos de un determinado grupo social. El oro, el platino y los diamantes (como la sal en los tiempos romanos) tienen un valor especial, no por una distribución atómica en particular, sino en términos del valor cultural y social que se les adjudica. Los síntomas mentales (objetos psiquiátricos) no pueden explicarse por medio de ninguna estructura neurobiológica intrínseca, sino sólo por la envoltura semántica y simbólica que les otorga un valor comunicativo particular.

### **El origen histórico de los "objetos híbridos"**

En la cultura occidental, la clasificación de los objetos ha ido cambiando al mismo paso que los cambios históricos que afectan su definición, y

ésta ha sido modulada por factores epistemológicos, sociales y políticos. Por ejemplo, los cuestionamientos acerca de la naturaleza y la clasificación de los objetos en general sólo fueron posibles después del siglo XVII, cuando: a) la secularización del mundo occidental comenzó en serio; b) por primera vez, el hombre y los contenidos de la naturaleza se convirtieron en un problema; y c) la respuesta cultural que suscitó éste proceso dio lugar al nacimiento de las ciencias humanas y de la antropología filosófica. Hasta entonces, el relato bíblico acerca del hombre y del mundo había gobernado felizmente el modo en que los objetos se definían y clasificaban. Los objetos físicos eran aceptados como "algo dado" y, aunque se debatía sobre los objetos abstractos (por ejemplo, el problema de los universales), esto se llevaba a cabo dentro de límites conceptuales estrechos. En general, la teología cristiana y el mapa de la *scala naturae* proporcionaron todas las respuestas a la posición y el significado del hombre y de los objetos del mundo.

Como se mencionó anteriormente, la definición y clasificación de los objetos ha ido cambiando a través del tiempo. Como aquí no tenemos espacio para enumerar estos cambios, sólo se mencionará el más drástico, que se produjo durante el siglo XVII. Hasta entonces, el término objeto se refería a algo que es más o menos lo contrario de lo que significa ahora. Desde la época clásica, objeto había significado aquello que estaba "al final de un proceso", "obstruía un camino", o era "la intención final de un acto". Por ejemplo, para Ockham, "ser objetivo" significaba ser el "contenido de una actividad del alma o la mente" y, por lo tanto, no un objeto real en el mundo. Para Ockham, las cosas reales en el mundo poseían un "ser subjetivo" (en el sentido del *hypokéimenon* aristotélico), es decir, podía ser el "sujeto" de muchos predicados (de ahí que eran sustancias). El significado actual del objeto, como algo independiente y subjetivo, como algo mental y relativo al individuo, recién se desarrolló durante el siglo XVII.

### Cómo se construyen los objetos híbridos

Las ciencias humanas ya estaban disponibles como emprendimientos conceptuales cuando el alienismo hizo su aparición durante el siglo XIX. Así, además de aprovechar el modelo anátomo-clínico de la enfermedad, en ese momento de moda en la medicina general, los alienistas tuvieron acceso a

nuevos conceptos y formas de hablar acerca de los seres humanos. Por lo tanto, la definición de objeto psiquiátrico con la que se quedaron era una combinación de material perteneciente a dos órdenes epistemológicos diferentes: a) símbolos, significados y reglas sociales, como han desarrollado recientemente la antropología, la historia, la sociología, la economía, y b) afirmaciones especulativas sobre la manera en que la mente se relacionaba con el cuerpo (hasta principios del siglo XIX, tanto el estómago como el cerebro competían en este sentido). La visión de "objeto híbrido" que resultó de este proceso, obviamente, no fue reconocida como tal por sus constructores; de hecho, la opinión general del momento era que los alienistas sólo aplicaban a la locura lo que habían aprendido acerca de las enfermedades generales de Bichat y otros, es decir, una forma de relacionar en forma directa los síntomas y signos superficiales de las enfermedades con los órganos y los tejidos.

La psicopatología descriptiva del siglo XIX (es decir, la descripción de los síntomas y signos superficiales de la enfermedad) había sido modelada sobre la "semiología" médica, la subdisciplina que se había desarrollado al final del siglo XVIII en respuesta a grandes debates lingüísticos que tuvieron lugar durante ese período sobre el concepto de "signo". De acuerdo con el "punto de vista anátomo-clínico", una enfermedad podía explicarse plenamente vinculando un conjunto de "significantes" (es decir, síntomas y signos superficiales) a un conjunto de "significados" ocultos (lesiones orgánicas "responsables" de su presencia). En la década de 1820, los alienistas ya estaban buscando el "significado" elusivo en varias partes del cuerpo humano. Por lo tanto, fue durante este período que el sentido de "síntoma mental" llegó a depender del "significado" oculto y elusivo, y esto no ha cambiado hasta nuestros días. Es obvio que esta dependencia de un significado inaprensible ha tenido consecuencias negativas para la comprensión de los síntomas mentales, por ejemplo: 1) su significado nunca ha sido tomado en serio, 2) nunca han sido vistos como parte esencial de las representaciones culturales más amplias de la enfermedad, y 3) el proceso de "formación de síntomas" ha sido considerado como parte de la fisiopatología y no de la formación de la cultura.

Esto ha apartado a los investigadores de formular las preguntas cruciales. Insensibles a la necesidad de contar con un buen modelo de formación de síntomas y felices con la creencia de que una correlación "significativa" entre

un síntoma mental y una variable sustituta (ya sea una "lesión cerebral" especulativa, un cambio en el EEG o un punto caliente en la neuroimagen) es suficiente para "comprender" dicho síntoma, los investigadores siguen siendo dichosamente inconscientes del hecho de que, en realidad, existe una "distancia" conceptual enorme que separa el cambio cerebral putativo y la expresión del síntoma, y que a lo largo de este extenso camino, la especificidad original de la señal cerebral probablemente haya cambiado. Por otro lado, la conciencia sobre esta brecha puede llevar a algunos investigadores a la conclusión escéptica de que el cerebro es irrelevante para la formación de los síntomas mentales. En este trabajo, quisiera abogar por una solución intermedia, representada por la noción de objeto híbrido: los síntomas mentales surgen de interacciones complejas entre las señales cerebrales y la información "semántica". Para reforzar este punto, se propone un modelo de formación de síntomas que incluye cuatro caminos (a, b, c y d). Tres de ellos se describirán brevemente, ya que dentro del mundo de los objetos psiquiátricos ellos corresponden a los objetos concretos (b), abstractos (d) e híbridos (a) (ver Cap. XIV).

De acuerdo con el camino (a), las señales cerebrales derivadas del mal funcionamiento de los caminos, sitios, etc. pueden penetrar la conciencia y dar lugar a experiencias que el sujeto puede tener por primera vez. Con el fin de enfatizar la naturaleza pre-lingüística, pre-conceptual e incipiente, y la inmediatez pura de estas experiencias, las he denominado "caldo primigenio" (CP). Afligidos por estas experiencias sin formato, los seres humanos pueden tratar de comunicarlas. Sin embargo, dado su estado pre-lingüístico, necesitan ser configuradas, y esto lo hace la persona afectada por medio de configuradores personales, familiares, sociales y culturales. En este sentido, el manejo cognitivo del caldo primigenio no es diferente de aquel dado a cualquier otra información que llegue a la conciencia desde el mundo interno o externo. La información entrante habitual será inmediatamente configurada en términos de las plantillas emocionales y cognitivas disponibles, y las visiones del mundo. Sin embargo, las plantillas adecuadas no están disponibles para configurar la naturaleza extraña y novedosa del caldo primigenio. El sujeto responderá primero con perplejidad y emotividad, y luego recurrirá a configuradores no rutinarios para manejar las nuevas experiencias, lo que da origen a un síntoma mental. Esto también significa que cuando un "sín-

toma mental" se informa finalmente en palabras, deja de ser la señal cerebral original; para entonces, ya ha adquirido una estructura semántica en capas.

Esta es la forma en que se construyen los "objetos híbridos". Para el momento en que el síntoma está totalmente configurado, ya mucho se ha perdido de la especificidad de la señal cerebral original o la referencia cerebral. Por ejemplo, el hecho de que un sujeto exprese una dolencia utilizando un lenguaje relacionado con la "percepción" (se queja de "ver" u "oír" algo) no significa que la señal cerebral original tenga necesariamente algo que ver con las regiones cerebrales relacionadas a la percepción. Esto se debe a que: 1) la "misma" señal cerebral y el caldo primigenio relacionado pueden ser configurados en dos síntomas mentales diferentes, y 2) distintas señales cerebrales pueden configurarse en el "mismo" síntoma. Por ejemplo, en su estado natural, podría resultarle difícil a un individuo decidir si su caldo primigenio es una *imagen* o una *idea* (tal como ocurre durante el sueño). Si esto se configura en una alucinación o en un delirio, dependerá en mayor medida de una decisión cognitiva o emocional que de la naturaleza de la señal cerebral. Del mismo modo, es concebible que un determinado estado interno desagradable pueda ser interpretado por algunos como un estado de "depresión" o como "ansiedad", "fatiga" o "dolor". El paradigma de la investigación actual, según el cual los síntomas mentales trazan un mapa de un modo uno a uno en sitios específicos del cerebro, no puede ocuparse de estas opciones conceptuales.

¿Qué factores son propensos a participar en la configuración del caldo primigenio? Los candidatos son los antecedentes sociales y culturales del sujeto, las definiciones socialmente aceptadas de la enfermedad, las experiencias pasadas de acontecimientos similares, el conocimiento y las actitudes generales y personales, los contextos en los que tiene lugar, los estilos familiares de respuesta, la habilidad y el conocimiento del clínico entrevistador, entre otros. Además, es probable que la interpretación y la articulación del "síntoma" resultante estén más influidas por la capacidad del lenguaje, la imaginación, la decisión con respecto a lo que expresa y, sobre todo, el efecto de interactuar con un interlocutor (a menudo el médico clínico).

El camino (b) describe la situación en la que las señales cerebrales eluden la conciencia y producen cambios de comportamiento de los que el paciente puede no ser consciente. Por consiguiente, este camino genera "síntomas mentales" que pueden considerarse como expresiones más o menos directas

de las señales cerebrales que se han escapado de la configuración; en otras palabras, los síntomas que muestran una estructura similar (sin ser necesariamente la misma) a la de los "tipos naturales". De los estados clínicos, tales como trastorno del pensamiento, neologismos, desinhibición, discinesia tardía, etc., se puede decir que no tienen caldo primigenio y, por lo tanto, reflejan la forma y el contenido de su origen biológico. Acerca de estos síntomas, puede afirmarse que: a) cuentan con una representación o localización cerebral "primaria" identificable y son susceptibles de estudio correlacional, y b) a causa de su base "física" destacada, conservan sus facultades "causales".

Por último, el camino (d) se refiere a situaciones en las que los configuradores cambiaran o modularan un síntoma ya formado por medio del camino (a), imágenes corolarias u otros contenidos de conciencia. Por lo tanto, al menos algunos de los objetos psiquiátricos o síntomas mentales generados por el camino (d) pueden considerarse similares a los que aquí se han denominado objetos abstractos, lingüísticos o ideales. Los mecanismos involucrados en este proceso son oscuros, pero ya he sugerido que los configuradores disociativos o psicogénicos pueden ser parte del mismo. No hay espacio en este trabajo para desarrollar estas ideas en detalle. Para el argumento general de esta disertación, es suficiente manifestar que: a) los objetos generados por el camino d son heterogéneos, oscilando desde objetos híbridos, que son reiteradamente reconfigurados y muestran, por así decirlo, una envoltura semántica de mayor espesor, hasta objetos ideales en el sentido convencional de la palabra; b) algunos de estos objetos probablemente no necesiten tener una representación o localización cerebral "primaria" identificable, aunque de hecho pueden tener una localización cerebral "secundaria"; y c) con respecto a los objetos con una estructura abstracta pura, algunos quizás deseen cuestionar sus facultades "causales".

### Clasificación de los objetos "híbridos"

La taxonomía moderna se desarrolló en el contexto de la biología. Antes de que esta última hiciera su aparición, la manera tradicional de clasificar la naturaleza en el mundo occidental era dictada por la *scala naturae* o "gran cadena de los seres". Reflejada en la obra de Dante, Milton y muchos otros, la gran cadena de los seres encarnaba la ontología cristiana mostrando un

mundo cerrado cuya parte superior estaba ocupada por Dios y otras entidades espirituales, y su parte inferior, por rocas y otros objetos inanimados; en el medio estaba el HOMBRE, participando tanto en la esfera espiritual como en la material. Cada capa ontológica, a su vez, incluía una jerarquía; por ejemplo, la capa humana mostraba reyes y nobles en la parte superior.

Curiosamente, la estructura epistemológica de la *scala naturae* ya muestra el formato tripartito que desde entonces se ha repetido en la clasificación biológica moderna. Este triángulo taxonómico está formado por: a) una teoría (en este caso, la ontología cristiana), b) objetos a ser clasificados (las diversas entidades de la creación) y c) una norma de agrupación o *principium divisionis* (en el caso de la *scala naturae*, estos incluyeron los criterios ontológicos, epistemológicos, sociales y morales).

Dada su naturaleza compleja, ¿cómo deberían clasificarse los objetos híbridos? Tres cuestiones deben ser brevemente tratadas: 1) ¿deberían intentarse las clasificaciones sólo una vez que cada objeto se haya definido completamente? 2) ¿Deberían realizarse las definiciones y las clasificaciones al mismo tiempo ya que pueden ser las dos caras de la misma moneda epistemológica? 3) ¿Qué aspectos del objeto híbrido deberían considerarse como proveedores de criterios clasificatorios cruciales?

El concepto de "objeto híbrido" incluye componentes que se originan en el mundo natural y social. La contribución proporcional de estos dos tipos de componentes y la forma de su combinación e interacción requieren mayor investigación, y es necesario decidir si estas preguntas deben ser respondidas en general o en relación con cada objeto híbrido. En el caso de los objetos biológicos, la descripción y la clasificación se consideran como operaciones simultáneas, ya que supuestamente las clasificaciones dan a conocer más información acerca de los objetos clasificados. No está claro si esta visión se aplica a los objetos híbridos, ya que: a) su componente biológico puede, de hecho, no ser informativo, y b) porque, a pesar de toda la investigación neurocientífica actual, muy poco se sabe realmente sobre la base biológica de los síntomas mentales. Por consiguiente, parecería que los objetos híbridos requirieran una gran cantidad de trabajo adicional antes de intentar su clasificación.

Los objetos híbridos tienen un componente biológico y uno semántico. Cualquier operación que se quiera emprender (ya sea la selección de variables

sustitutas apropiadas para ellos, la clasificación o la búsqueda de objetivos terapéuticos en ellos) requerirá seleccionar un componente. Esto no es tarea fácil y la elección puede depender del tipo de síntoma. Muchos de los síntomas mentales que vemos en la práctica clínica probablemente tengan una estructura híbrida diferente y, por lo tanto, sería acertado tener en cuenta estas diferencias. En general, sin embargo, aparentemente en la mayoría de los casos, predomina el componente semántico y, por consiguiente, debería ser la opción preferida. La naturaleza insípida actual del conocimiento neurobiológico sobre algunos síntomas mentales parece sugerir que su componente biológico no siempre es informativo.

### Los tres tipos de objetos psiquiátricos comparados

La comparación de los “objetos híbridos” con sus contrapartes convencionales puede arrojar luz sobre su naturaleza, innovación y utilidad. En primer lugar, los objetos híbridos no deben considerarse como una mera combinación de objetos físicos y abstractos. Se puede decir que representan la acción creadora y configuradora de los agentes morales y que, por lo tanto, están imbuidos de la fuerza emocional, cognitiva y volitiva que sólo las personas pueden generar cuando se enfrentan a una experiencia compleja y (a menudo) dolorosa y desconcertante (caldo primigenio). Como respuestas dinámicas, los objetos híbridos son totalmente consonantes con la personalidad y el estado mental. Ellos son la expresión del modo en que las creencias, los códigos culturales y las visiones acerca del mundo se entretajan en respuesta a una experiencia extraña (ver Tabla 1).

Los objetos físicos existen en el espacio y el tiempo, y son ontológicamente diferentes de los objetos híbridos. En algún momento se pensó que habían sido creados por Dios, y ahora se cree que han sido creados por las fuerzas evolutivas y, por lo tanto, son impersonales y mecánicos en su naturaleza. Por otra parte, los objetos abstractos pueden definirse como secreciones epistemológicas, como productos de la imaginación, que no existen ni en el tiempo ni en el espacio, siendo su ontología débil determinada por su estado fantasmal en el lenguaje o la mente del hombre.

Para ser manipulados “científicamente”, los objetos psiquiátricos deben ser asociados con “variables sustitutas”, es decir, con conceptos reducibles

Tabla 1. Tres tipos de objetos psiquiátricos comparados

	CONCRETO	ABSTRACTO	HÍBRIDO
Espacio	sí	no	no
Tiempo	sí	no	sí
Casualmente inerte	no	sí	no
Reducible sin residuo	sí	no	no
Enfoque epistemológico	explicación	comprensión	comprensión
Clasificación	taxonomía biológica	objeto artificial	objeto artificial
Variables sustitutas físicas	sí	no	sí
Variables sustitutas conceptuales	no	sí	sí
Origen ontológico	naturaleza, evolución, Dios	hombre	hombre
Envoltura semántica	no	sí	sí
Ejemplos	orquídeas, perro, oro	obras de arte, números, virtudes, sacramentos	síntomas mentales

a números que luego pueden representarlos en los estudios correlacionales. Una correlación es tan buena como la facultad representativa de las variables sustitutas. Los objetos psiquiátricos parecen relacionarse de manera diferente con sus variables sustitutas. Teniendo en cuenta que son sistemas físicos en sí, las variables sustitutas representan mejor a los objetos físicos. No sucede lo mismo con los objetos abstractos, como lo demuestran las dificultades encontradas en las ciencias humanas para identificar las variables sustitutas adecuadas. Los objetos híbridos plantean un problema nuevo e interesante ya que se puede decir que tienen un fin físico y un fin simbólico. Idealmente, el investigador debe tratar de vincular las variables sustitutas con el fin físico, pero en la práctica esto puede no funcionar ya que, como hemos visto anteriormente, la fuerte configuración cultural experimentada por la señal biológica puede haber diluido su especificidad hasta tal punto que el fin físico ya no es informativo. Relacionar la variable

sustituta con el fin cultural del objeto híbrido puede ser una mejor apuesta, aunque en principio es más difícil conectar sistemas físicos con sistemas no físicos. Esto sucede porque los síntomas pueden tener una gran estabilidad cultural y, por consiguiente, proporcionan un vínculo más válido.

Los objetos físicos existen como resultado de una cadena evolutiva causal. Por consiguiente, su existencia se explica en términos de la teoría aceptada para explicar la evolución. Sin embargo, los objetos abstractos tienen un origen completamente diferente, resultan de la imaginación y, por lo tanto, representan un momento particular en la vida de una persona. Esto significa que la comprensión, en lugar de la explicación, puede ser el mejor método para acceder a ellos epistemológicamente. En este sentido, los objetos híbridos se acercan más a los objetos abstractos que a los físicos. Aunque en teoría sea accesible a través de las explicaciones y la comprensión, creo que el último enfoque tiene más probabilidades de ser exitoso y que los investigadores deben realizar ciertos esfuerzos con el fin de desarrollar un método hermenéutico que sea más o menos específico para los síntomas mentales.

Finalmente, es discutible la cuestión acerca de qué poder causal es atribuible a los objetos psiquiátricos. Por poder causal se entiende la capacidad de ocasionar cambios o influir en las personas o procesos. Convencionalmente, se acepta que los objetos físicos sean causalmente activos y los abstractos, causalmente inertes. Desde Descartes, el principal argumento presentado para respaldar esta última afirmación ha sido que los objetos abstractos son mentales, no se extienden en el espacio y, por lo tanto, no tienen ninguna conexión ontológica con el mundo físico. Se ha propuesto un argumento relacionado para debatir contra la posibilidad de las razones (en general) que tienen un efecto causal. Como no hay espacio en este libro para entrar en estos dos debates, me centraré en la cuestión acerca de qué poderes causales pueden y deben ser atribuidos a los objetos híbridos.

Los poderes causales pueden ser explorados en relación con dos etapas en la vida de un síntoma mental. En primer lugar, surge el interesante tema acerca de la capacidad psicógena del sufrimiento humano, es decir, de la posibilidad de que las presentaciones sociales, los símbolos y otros dispositivos sociales puedan tener el poder causal para producir síntomas mentales -por ejemplo a través del camino (d)- sin que dichos síntomas necesiten originarse mediante una señal neurobiológica. A través de su lenguaje, los seres huma-

nos han creado un espacio semántico común y es probable que gran parte del drama de la psiquiatría tenga lugar en este espacio simbólico. Al aceptar el principio general de la localización cerebral de la conducta, se puede aceptar que las experiencias y el proceso generado en el espacio semántico también tengan representación cerebral, pero puede agregarse que tal presentación no necesita ser primaria, es decir, puede ser "secundaria", temporal e irrelevante desde el punto de vista terapéutico.

Los poderes causales también pueden ser discutidos en relación con los síntomas mentales en sí mismos. ¿Pueden dichos síntomas inducir a quienes los padecen a actuar ya sea sobre ellos mismos, sobre otros o su entorno a través de mecanismos simbólicos? En el caso de las acciones tales como auto-lesionarse, abstenerse de hacer algo, sufrir, atacar a otros, etc., ¿pueden estas ser causadas por los mismos síntomas mentales sin involucrar necesariamente mecanismos neurobiológicos? Es muy probable que éste sea el caso y que una vez más deba hacerse un esfuerzo para encontrar maneras de satisfacer y tratar las necesidades de los pacientes en el espacio semántico. Se concluye que es probable que el poder causal de los objetos híbridos esté relacionado con su componente semántico y que es necesaria una teoría para explicar por qué este componente predomina sobre el biológico.

Para su funcionamiento, la psiquiatría ha construido una gran variedad de objetos psiquiátricos. En la actualidad, se cree que esos objetos son de naturaleza biológica y, por lo tanto, pueden ser explicados en términos de evolución y modulados por medios físicos. Se ha propuesto en este trabajo que la mayoría de los síntomas psiquiátricos son, de hecho, objetos híbridos, que incluyen un componente biológico y uno semántico, y que este último predomina hasta tal punto que ha desdibujado la especificidad del componente biológico. Esto significa que es improbable que la investigación biológica sea informativa. Se propone que un enfoque hermenéutico puede ser más efectivo, dado que puede analizar el componente semántico en términos de su historia y naturaleza *sui generis*. En otras palabras, los objetos híbridos deben ser comprendidos, más que explicados.

También se ha afirmado que los objetos híbridos tienen poderes causales y, por consiguiente, son dignos de objetivos terapéuticos. Los seres humanos generan sus propios objetos híbridos (síntomas mentales) en respuesta a experiencias subjetivas (caldo primigenio) y otra información simbólica. Los seres

humanos son agentes cognitivos, emocionales y morales, y sus constructos son lo mejor que pueden hacer en las circunstancias. Los clínicos deberían desarrollar formas de diferenciar los síntomas mentales que son tipos naturales, que tienen una representación cerebral primaria y que se manejan mejor por medios biológicos, de los síntomas mentales que son objetos híbridos y que necesitan un manejo hermenéutico. Establecer esta diferenciación ha pasado a ser un imperativo moral.

## XVI. Diferencias entre los síntomas mentales

Las alucinaciones, los delirios, las obsesiones, la despersonalización, la depresión, la manipulación, la ansiedad, la irritabilidad, etc., ¿son el mismo tipo de fenómeno? ¿Tienen la misma estructura? De no ser así, ¿cuáles son los miembros de la misma clase? ¿De qué manera son fenómenos distintos? ¿Estas diferencias son relevantes? Estas preguntas no se formulan en los trabajos pertinentes. Si los síntomas mentales son heterogéneos o no es de suma importancia para el manejo epistemológico (es decir, para la manera en la cual deben ser representados, comprendidos y luego correlacionados con las variables neurobiológicas).

Según el *Oxford English Dictionary* (OED, 2<sup>da</sup> edición), la condición de ser “heterogéneo” hace referencia a la “diferencia o diversidad en especie de otras cosas y la composición de distintos elementos o partes; composición variada”. Este doble significado también se aplica a la clase “síntoma mental”. Los síntomas mentales son distintos en varios niveles: descripción, origen, estructura y expresión. En la práctica clínica (como también en la investigación), la existencia de dichas diferencias generalmente es descuidada y, como consecuencia, todos los síntomas mentales son tratados de la misma manera. Por ejemplo, se los puede simplemente considerar como “presentes o ausentes” cuando, de hecho, no todos los síntomas se prestan a un análisis categórico. También se les suele dar el mismo valor con respecto a su capacidad para representar una enfermedad subyacente (y su localización cerebral). Si los síntomas psiquiátricos son heterogéneos, también debería cuestionarse la validez de las técnicas de captura que los tratan como iguales y tendrían que desarrollarse modelos específicos.



cas/biológicas y, como tales, presentan problemas específicos en términos de su validez epistémica, los cuales conllevan importantes implicaciones tanto para los aspectos clínicos como de investigación de la neuropsiquiatría. Dado el aumento de sofisticación de las técnicas diseñadas para capturar lesiones neurológicas o disfunciones cerebrales infinitesimales, el objetivo de este capítulo ha sido deliberadamente enfocado en el otro aspecto de la información neuropsiquiátrica recolectada, es decir, la información psiquiátrica. En comparación, es evidente que esta última ha sido relativamente descuidada como objeto de investigación, y aquí han sido tratados sólo algunos aspectos relativos a su justificación epistémica como "información". Sin embargo, en el contexto de la psiquiatría biológica y de la relación neuropsiquiátrica en particular serán de mucha importancia otros trabajos sobre temas relacionados con la información psiquiátrica.

## Referencias

1. Berrios G.E. y Samuel B. (1987) Affective disorder in the neurological patient. *Journal of Nervous and Mental Disease* 175:173-176.
2. Berrios G.E. y Marková I.S. (2001) Psychiatric disorders mimicking dementia. En Hodges J.R. (ed.) *Early-Onset Dementia. A Multidisciplinary Approach*. Oxford, Oxford University Press, págs. 104-123.
3. Berrios G.E. y Marková I.S. (2002) Biological Psychiatry: conceptual issues. En H. D'Haenen, J.A. den Boer y P. Willner (eds) *Biological Psychiatry*. New York, John Wiley, págs. 3-24.
4. Berrios, G. E. y Marková, I.S. (2006) Symptoms – Historical Perspective and Effect on Diagnosis. En *Psychosomatic Medicine* (eds. M. Blumenfeld y J.J. Strain), Philadelphia, USA: Lippincott Williams y Wilkins, págs. 27-38.

## XIX. Localización cerebral de síntomas mentales

Los trastornos psiquiátricos son considerados por muchos como trastornos del cerebro. Este punto de vista requiere definiciones y un modelo para la localización cerebral de los síntomas mentales y los trastornos. Curiosamente, se ha trabajado poco al respecto. Esto simplemente puede deberse al hecho de que: a) la hipótesis del siglo XIX acerca de que todos los actos mentales tienen que estar primariamente registrados en el cerebro se considera plenamente comprobada y b) se cree que el problema no es conceptual, sino empírico.

La hipótesis general acerca de que todas las enfermedades físicas deben localizarse en el espacio y el tiempo se incorporó en el modelo anátomo-clínico de la enfermedad del siglo XIX. "Espacio" primero se definió como el cuerpo en general, pero a medida que se desarrollaban nuevas narrativas anatómicas después de la obra de Bichat, "espacio" fue redefinido como órganos específicos, luego como tejidos y, finalmente, como agrupaciones de células. El desarrollo de la fisiología proporcionó una definición adicional, a saber, aquella de la "lesión fisiológica" (sea esta mecánica, eléctrica o metabólica). Durante el siglo XX, los conceptos de lesión y espacio se redefinieron más aún en términos de estructuras sub-microscópicas. En el campo de la psiquiatría, el concepto de lesión psicológica se introdujo con el trabajo de Freud.

En principio, las visiones del siglo XIX sobre la localización de los síntomas y los trastornos mentales fueron guiadas por los principios frenológicos. Se consideraba que las funciones mentales eran modulares y autónomas en su naturaleza, y que estaban relacionadas con las regiones del cerebro. A

su debido tiempo, los síntomas mentales fueron considerados como desviaciones fisiológicas de dichas funciones mentales (por ejemplo, alucinaciones de la percepción, delirios del pensamiento, depresión de las emociones) y, por lo tanto, estaban ubicados en las áreas funcionales correspondientes del cerebro. Este principio básico no ha cambiado hasta hoy.

Dado que los síntomas mentales son ontológica y epistemológicamente diferentes de los síntomas y signos físicos (soplos, hiperestesia, tos, etc.), es bastante simplista creer que van a seguir las mismas reglas de localización vigentes en la medicina general. El problema de la localización de los síntomas mentales no puede resolverse haciendo cada vez más investigación "empírica". En efecto, el hecho de que las correlaciones pueden ocasionalmente encontrarse entre las regiones de interés en las neuroimágenes y los síntomas mentales (por ejemplo, algunas alucinaciones, obsesiones) significa muy poco sin una teoría de localización cerebral. En términos epistemológicos, los síntomas mentales en los que no se pueden encontrar correlaciones (por ejemplo, los delirios) son más intrigantes e instructivos. Esto se debe a que la forma en que las variables sustitutas representan (se relacionan con) el constructo subyacente (el síntoma mental) puede decirnos mucho acerca de la naturaleza del constructo. Como se discutió en el Cap. XVI anteriormente, las fallas para identificar las correlaciones en el caso de muchos síntomas mentales muestran que los constructos subyacentes son heterogéneos.

En el Cap. XV hemos definido los síntomas mentales como objetos híbridos, es decir, objetos que consisten en un núcleo biológico cubierto por una pesada envoltura cultural (semántica). En ocasiones, la información biológica llevada por el núcleo puede ser atenuada o abolida por la densidad de la configuración cultural. En la práctica, esto significa que con bastante frecuencia el factor determinante de la forma de un síntoma mental no es su señal biológica, sino sus configuradores semánticos. Si este es el caso, es importante preguntarse qué efectos tiene esto en el modelo convencional de "localización cerebral".

En esta sección, localización significará: "El proceso de fijación, o el hecho de estar fijo, en alguna parte concreta u órgano del cuerpo" (OED). Representación significará: "Una imagen, semejanza, o reproducción en cierto modo de una cosa" (OED). Registro se referirá a: "Una marca en algún órgano o parte, producida por otro en contacto con dicho órgano o parte,

especialmente una marca en la parte carnosa de un músculo donde lo atraviesa un tendón" (OED).

Las frases "representación cerebral" y "registro cerebral" (en lugar de localización cerebral) se utilizarán aquí para referirse a cualquiera de las formas en que los actos mentales pueden relacionarse con el cerebro, y están destinadas a ser neutrales en cuanto a: 1) la fijeza de la localización (por ejemplo, en las funciones cerebrales con localización estable e innata como la función motora y sensorial, el lenguaje, etc.) y, 2) la primacía (como el hecho de ser el "causante de dicha actividad mental").

Nuestro modelo de formación de síntomas mentales (Cap. XIV) respeta el supuesto acerca de que TODA la actividad mental está relacionada con la actividad cerebral. Sin embargo, también se esfuerza por demostrar que los registros cerebrales de los síntomas mentales son complejos estados relacionales, diferentes en muchos aspectos de la afirmación ingenua acerca de que expresan algún tipo de correlación fija uno a uno. Esta última afirmación ha alentado a reduccionismos que se interponen en el camino de la comprensión y la investigación.

### La epistemología de registros cerebrales

La localización cerebral putativa de los síntomas mentales está basada en las siguientes suposiciones y deducciones: 1) la creencia cultural acerca de que el comportamiento en general y la mente en particular son o deben ser una función del cerebro (y no de otro órgano del cuerpo); 2) la observación acerca de que las personas que padecen lesiones cerebrales pueden mostrar alteraciones del comportamiento o la mente redolentes de "síntomas mentales" psiquiátricos convencionales; 3) la investigación empírica que muestra que la manipulación mecánica, química o eléctrica de las regiones del cerebro puede inducir cambios predecibles en el comportamiento (tanto en animales como en el hombre); y 4) el análisis correlacional que muestra que los cambios en las variables sustitutas que representan actividades mentales y los cambios en las variables sustitutas que representan la actividad cerebral se superponen en tiempo y espacio (según se detecta, por ejemplo, con las neuroimágenes o la cartografía cerebral).

Estas suposiciones/deducciones requieren ser contextualizadas: funciones motoras y sensoriales (con respecto a animales inferiores) y trastornos menta-

les (con respecto a humanos) cuentan con diferente ontología y accesibilidad epistemológica. Por lo tanto, a partir del hecho de que la conducta motora y la sensorial están localizadas en una forma fija no se puede deducir que los síntomas mentales también lo estén. En el caso de los sujetos con lesiones cerebrales que muestran síntomas mentales, no se puede deducir que dichos síntomas estén localizados en regiones que contengan la lesión (por ejemplo, Goldstein). No queda claro si los síntomas mentales que aparecen en el contexto de lesiones cerebrales son los mismos que aquellos que surgen a raíz de enfermedades psiquiátricas. Por último, como lo ha demostrado Uttal, la información correlacional provista por las neuroimágenes o la estimulación neurofisiológica no se puede transformar en una relación de causa-efecto.

Por lo tanto, la cuestión de la “localización cerebral” de los síntomas mentales NO está relacionada con el mapeo o la determinación de un “hecho ontológico”, sino con cómo un constructo histórico (relato de una “experiencia subjetiva”) se relaciona con otro constructo (cuerpo). Esto se debe a que, a través de la historia, tanto la “experiencia subjetiva” como el “cuerpo” han recibido definiciones variadas. Por ejemplo, las narrativas anteriores en general han sido sobre la “localización cerebral” de: nociones epistemológicas (a la Locke), “facultades” o poderes mentales (a la Gall), funciones mentales (a la Broca), “complejidad funcional evolutiva” (a la Jackson); “huellas de la memoria” (a la Charcot). En este momento, las narrativas sobre localización cerebral cuentan con la “fuerza” de las correlaciones estadísticas entre las variables sustitutas realizadas para representar al cuerpo (cerebro) y las variables sustitutas que representan las declaraciones de experiencias subjetivas (síntomas mentales).

Como hemos visto anteriormente, los síntomas mentales son constructos y su localización (por medio de neuroimágenes u otra técnica neurobiológica) plantea un problema epistemológico interesante. Según el modelo de Cambridge, los síntomas mentales son señales del cerebro configuradas por códigos culturales. Al respecto, sugerimos que hay (por lo menos) dos formas de representación / registro cerebral: primario y secundario (ver Tabla 1). Se pueden encontrar ejemplos de formas primarias de registro en la percepción, memoria y otras funciones mentales innatas donde la naturaleza de la relación entre la función mental y el sustrato anatómico es de tal manera que: a) una lesión de este último afectará la anterior generando en ocasiones sín-

### Tipos de “representación” cerebral

	PRIMARIA	SECUNDARIA
¿Alto índice de replicación?	sí	no
¿Se puede originar nuevamente?	sí	muy rara vez
Requisitos de sustitución	bajo	alto
¿Es más susceptible a la terapia biológica?	sí	no
¿Es más susceptible a la terapia psicológica?	no	sí
Complejidad de la función	monomodal	multimodal
Estructura	proceso	símbolo
Localización fija	sí	no
Origen evolutivo	probable	improbable
Nomenclatura alternativa	localización	registro
Ejemplos	funciones del lenguaje	delirio; cambios cerebrales post TCC

tomas mentales; y b) la manipulación terapéutica del registro cerebral puede aliviar la alteración en la función cerebral afectada (como puede suceder con los trastornos neurológicos, por ejemplo: un tumor cerebral que causa alucinaciones, manifestaciones de epilepsia, etc.).

El registro cerebral secundario se utiliza aquí para hacer referencia a la manera en la cual un estado mental simbólico complejo se relaciona con el cerebro. Los estados mentales simbólicos se definen aquí como estados mentales cuya definición, esencia y fuerza causal ya no dependen de su sustrato neurobiológico (ya sea cognitivo, emocional o volitivo), sino del significado singular que tienen dentro de una situación relacional específica. Lo que nos interesa de ellos no es el hecho de que sean pensamientos o emociones (y por ende, expresiones de la actividad neurobiológica primaria), sino el hecho de que dentro de una interacción social específica han obtenido un nivel más alto de relevancia como símbolos, alegorías, metáforas, entre otros, y que es el contenido semántico de estas últimas lo que impulsa al sujeto a comportarse, sentir, etc., de una forma en particular.

Este significado dependiente se origina en el espacio semántico que se forma temporalmente entre las interacciones de los seres humanos como consecuencia de intercambios del lenguaje actual. Este significado puede tener cierta duración (si se lo graba o recuerda), pero generalmente es transitorio y va desapareciendo a medida que el espacio semántico se disuelve. Sin embargo, mientras esté presente, puede tener un gran impulso e inducir todo tipo de sentimientos y comportamientos en los participantes. Una característica interesante de los significados dependientes es que no están "dentro de la cabeza" de los participantes, sino en el espacio semántico que hay entre ellos. La cuestión, por ende, es cómo ellos (o sus aspectos) se relacionan con el cerebro de los participantes.

No hay duda de que alguna actividad neural debe sostenerlos. El tema es si el significado dependiente también es (o necesita ser) registrado en el cerebro. Por medio del registro cerebral secundario, lo que proponemos aquí es que los significados dependientes primero se generan en el espacio semántico del lenguaje humano y se registran sólo en forma secundaria, particularmente si son grabados o recordados. A dichas representaciones secundarias se las podría considerar diferentes de las primarias. En primer lugar, no serían fijas (en el sentido de innatas), sino móviles y dinámicas, y no tendrían "función mental" con la cual estarían asociadas. Los significados dependientes podrían sostenerse temporalmente donde haya alguna región inactiva del cerebro que pueda sostenerlos, pero no tendrían ninguna relación específica con dicha región. Algunas consecuencias obvias de registros secundarios deberían ser que: a) podrían encontrarse correlaciones entre el estado mental y la región cerebral (por ejemplo, a través de las neuroimágenes), pero b) dado que dicha región del cerebro no es el causante primario del estado mental, la manipulación terapéutica de dicha región no conducirá a ningún cambio en el comportamiento y la mejora del paciente.

Un ejemplo de un significado dependiente es la función perlocucionaria de los actos orales. Si alguien se preguntara si los "actos orales" (como los define Austin) tienen localización cerebral, la respuesta debería ser que depende de qué componente o función se esté hablando. Como el lenguaje es innato, se podría aceptar que las funciones locucionarias e incluso las ilocucionarias son registradas en forma primaria pero cuando se trata de las funciones perlocucionarias, el tema es más complejo ya que dicho lenguaje, en estos casos,

tiene sólo significado en el espacio interpersonal. Cuando un sacerdote le dice a una pareja "Los declaro marido y mujer", el hecho de que se puede localizar en el cerebro la pronunciación de sus palabras es irrelevante para el acto preformativo. El acto performativo es una acción simbólica que sólo tiene significado si el contexto es el correcto, si los participantes son libres para casarse, si el lugar ha sido autorizado para dicho propósito, etc. Por lo tanto, es absurdo decir que el acto preformativo está también localizado en el cerebro del sacerdote (porque es él quien pronuncia las palabras). Nuestra visión es que muchos síntomas mentales están estructuralmente más cerca del componente performativo que del componente locucionario del "acto oral" del sacerdote. Esto no quiere decir que negamos su sustrato biológico, sino que la manipulación de dicho sustrato no alterará el desempeño en forma eficiente o útil.

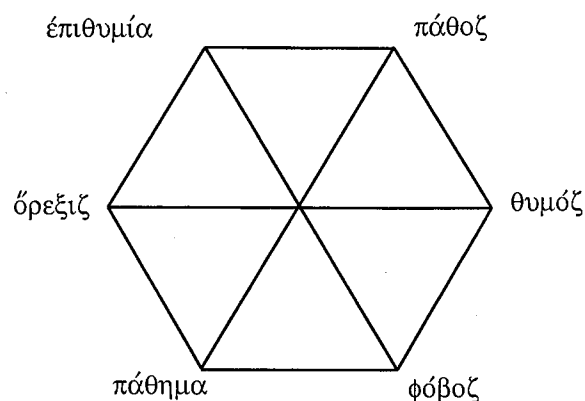
Con la adecuada oportunidad y simultaneidad, tanto las representaciones cerebrales primarias como las secundarias pueden ser captadas por medio de neuroimágenes. Sin embargo, mientras la manipulación de registros cerebrales primarios sí tiene importancia terapéutica, la manipulación de registros cerebrales secundarios no la tiene y esto puede ser contraproducente. También suponemos que la mayoría de los "trastornos mentales" sólo están representados en forma secundaria en cuanto a que si bien se pueden encontrar correlaciones entre ellos y los cambios del flujo sanguíneo, la actividad receptiva, entre otros, estos últimos cambios no son la "causa", sino sólo un reflejo de la actividad mental misma. Por lo tanto, es esencial que los psiquiatras desarrollen criterios para realizar distinciones entre síntomas mentales con representación cerebral primaria y secundaria.

## XX. Epistemología de las emociones

Uno de los intereses del Grupo de Epistemología de Cambridge ha sido la exploración de dos momentos de la evolución del lenguaje occidental de los sentimientos: 1) para comprender por qué el referente de la familia de los términos griegos agrupados sobre la base de "*pathos*" y "*thymos*" fue transformado en una organizada y estable noción conductual o "psicológica" denominada pasiones; y 2) para explorar los mecanismos por los cuales la pasión (en latín, el equivalente a *pathos*) se convirtió durante el siglo XVIII en el concepto actual de "emoción". Aunque la historia de *pathos* y *thymos* ciertamente comienza antes de Platón (como se muestra, por ejemplo, con la presencia de la palabra "distimia" en la *Iliada* de Homero), por razones de espacio sólo comentaremos a partir del trabajo de Platón. Para el siglo V a.C., se puede identificar en el lenguaje griego una familia semántica de términos cuyos miembros más comunes formaban un hexágono (Figura 1). La familia en cuestión incluía: *pathos*, *thumos*, *phobos*, *páthema*, *orexis* y *epythimia* (y otros términos menos utilizados). En el uso activo durante la época de Platón, estos términos tenían significados intercambiables.

### *Pathos* en la Grecia Clásica

*Pathos* aparece frecuentemente en escritos de la Grecia Clásica. Urmson lo describió como el "acusativo interno de *Paskhein*. Es lo que le sucede a aquello que padece, sufre o experimenta algo...". De hecho, el pensamiento griego sobre *pathé* (pasiones del alma) se puede extraer útilmente de los tex-



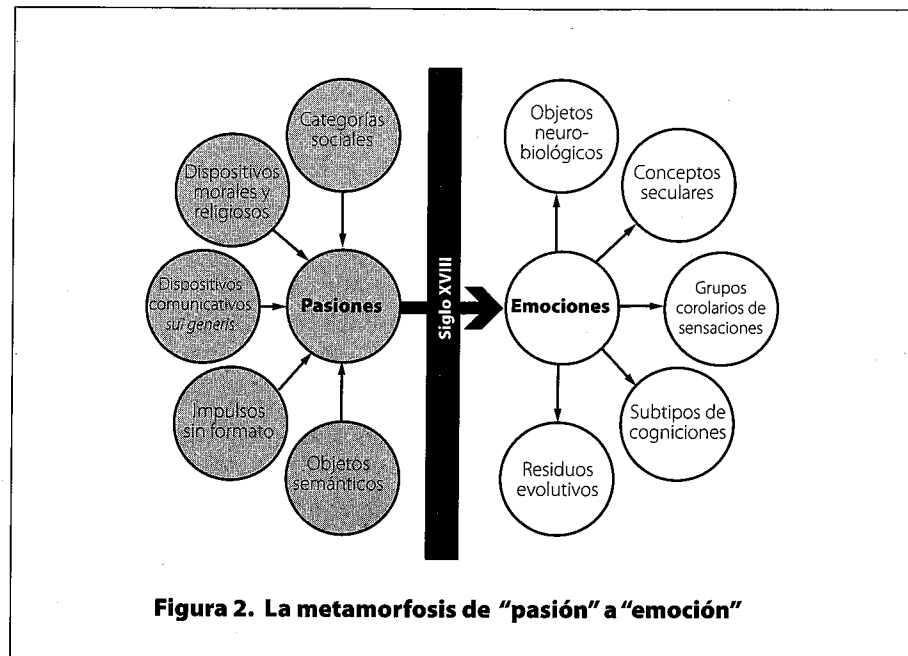
**Figura 1. Hexágono semántico griego de "sentimientos"**

tos preguntándose qué "función" o "significado" los pensadores importantes les atribuían a ellos. Por ejemplo, Platón y Aristóteles creían que *pathé* eran mensajes evaluativos que indicaban a los sujetos el valor de sus interacciones con otros y el mundo en general. *Pathé* tenía una función con respecto a las cosas y ya que puede causar placer o dolor, también se podía decir que tenía un significado positivo o negativo. Platón y Aristóteles no coincidían en cuanto a la definición pero, a los efectos de esta sección, no es necesario especificar dichas diferencias. Es más relevante el contraste de sus criterios con el de los estoicos, que de hecho creían que *pathé* no tenía función ni significado alguno. Según ellos, la Naturaleza ya le había provisto al hombre el instrumento perfecto para regular todas las interacciones, es decir, la Razón. *Pathé* no era un aporte al conocimiento: era sólo bullicio, doxa que confundía al hombre haciéndole creer que sabía más de lo que en realidad sabía. Cuando Cicerón intentó traducir *pathé* al latín en *Tusculanae Disputationes*, decidió enfatizar el componente dinámico o de movimiento: "Lo que los griegos denominan *pathos*, nosotros preferimos llamarlos perturbaciones en vez de enfermedades". Hasta ese momento, *pathé* podía ser considerado como una fuerza dinámica interna (por ejemplo, la metáfora del caballo salvaje de Platón) o como una fuerza socio-moral (según Aristóteles), las cuales interferían con los logros.

Sin embargo, tanto las *perturbaciones* cicerianas como la *apatheia* estoica eran inaceptables para San Agustín, cuyas propuestas acerca de la manera en la cual el hombre y Dios deberían relacionarse requerían que el hombre fuera altamente sensible a emociones como el temor, el dolor, el remordimiento, la culpa, etc. De esta forma, rescató el viejo componente subjetivo de *pathé*: "Ya que este estado de *apatheia* no aparecerá hasta que no haya pecado en el hombre, no aparecerá en esta vida... asimismo, si *apatheia* es el nombre del estado en el cual la mente no puede ser tocada por ningún tipo de emoción, quién juzgaría que esta insensibilidad es el peor de todos los defectos morales...". Modificado por Aquino, el criterio agustiniano de *pathé* permaneció grabado en los cristianos y, por lo tanto, en el mundo occidental hasta por lo menos el Siglo de las Luces, cuando las pasiones se transformaron en el concepto mecanístico de emoción. Esta metamorfosis vio la conversión de una estructura semántica (pasión) en una noción abstracta secularizada (emoción) cuya esencia consistía en no mucho más que un estímulo específico, una respuesta expresiva estereotipada, un mecanismo neurobiológico putativo y una concomitancia subjetiva.

### Pasiones convertidas en emociones

Como parte del nuevo modelo del hombre desarrollado por Hobbes y Locke, el concepto de "emoción" estaba listo para cumplir con los requisitos del individualismo lockeano y del capitalismo, como así también de las nuevas formas materialistas de análisis. Según la nueva definición, las emociones eran comportamientos estereotipados que derivaban de la actividad de los sistemas cerebrales (ya existentes en los animales). Por ende, el viejo componente semántico, subjetivo y retórico (presente en el concepto de pasión) era un obstáculo cultural irrelevante para su comprensión (ver Figura 2). Este criterio estereotipado y biológico de las emociones también facilitó la tarea de introducirlas al campo de la medicina, donde se las utilizaba como causas y efectos. Muy pronto, estas visiones llegaron al área más estrecha del alienismo. Por último, la misma nueva definición de emociones condujo (en la filosofía) a una visión de las emociones como un impulso cuyo principal rol era potenciar la voluntad. Este criterio fue bien desarrollado por los escritores escoceses del Siglo de las Luces. Entre ellos estaba Dugald Stewart, quien,



influenciado por Adam Smith, Thomas Reid y Francis Hutcheson, continuó apoyando la distinción entre el poder intelectual y activo de la mente. La acción se definía "como aquellos esfuerzos que son consecuentes con la voluntad; ya sea que dicho esfuerzo se realice sobre objetos externos o quede limitado a nuestras operaciones mentales". Las principales fuentes de actividad son aquellas "circunstancias que influenciaron la Voluntad" y están divididas en "anhelos, deseos, afectos, amor propio y facultad moral". Resonando la vieja visión aristoteliana, Stewart afirmó que los afectos "comprendían a todos aquellos principios activos cuyo objeto directo y final es la comunicación ya sea de placer o sufrimiento a cualquiera de nuestros semejantes...".

Con respecto a las pasiones, Stewart aclaró: "En la revisión anterior de nuestros poderes activos no se ha hecho mención sobre nuestras Pasiones. La verdad es que esta palabra, en su forma más estricta, no pertenece exclusivamente a ninguna clase de estos principios, pero es aplicable a todos ellos cuando se les permite pasar los límites de la moderación...". Durante el resto del siglo XIX, la influencia de los criterios de Stewart era considerable. Prime-

ro se percibió en sus estudiantes directos (James Mill, James M'Cosh, Charles Bell, Thomas Brown y William Hamilton), quienes ocuparon importantes puestos en el ámbito intelectual de dicho período. James Mill emigró a Inglaterra y por medio de su propio hijo, John Stuart Mill, y su secretario, Alexander Bain, tuvo una influencia decisiva sobre el pensamiento liberal en Gran Bretaña y el continente. James Mac Cosh se convirtió en una figura dominante en el escenario de los Estados Unidos de Norteamérica, donde se lo puede considerar como el gran desarrollador de la Universidad de Princeton. Charles Bell, uno de los grandes anatomistas, pensadores y teólogos de su época, tuvo una fuerte influencia sobre Charles Darwin. Thomas Brown murió joven pero antes escribió uno de los más grandes textos sobre psicología del siglo XIX. Tuvo influencia sobre Bain e introdujo el uso de la palabra "emoción" en el lenguaje psicológico de dicho período.

El discípulo más filosófico de Stewart, William Hamilton, fue también quien se desvió más; siendo uno de los grandes pensadores del siglo XIX, tuvo una importante influencia sobre Herbert Spencer. Para cuando Bain, Darwin y Spencer (la segunda generación) presentaron sus trabajos, las emociones se habían convertido en formas de conductas estereotipadas, simplemente vestigios de la evolución. Cuando la tercera generación comenzó a publicar sus trabajos, esta visión ya había sido ampliamente aceptada: George Romanes introdujo el enfoque "etológico" a las emociones y John Hughlings Jackson incorporó la visión atávica de las emociones en su modelo de múltiples capas del sistema nervioso conceptual. Jackson, a su vez, tuvo mucha más influencia sobre escritores continentales, tales como Janet, Freud y Ribot, que sobre aquellos de su propio país. Para bien o mal, la tan denominada "visión darwiniana" de las emociones fue la que tuvo influencia sobre el trabajo de muchos alienistas del siglo XIX y continúa siendo importante en el presente. Incluso Freud, quien desde el inicio de su trabajo se dio cuenta de que la visión semántica de *Affekt* (rara vez o casi nunca utilizaba la palabra "emoción") era valiosa para la comprensión de los trastornos mentales, bajo la influencia de Jackson y otros finalmente aceptó un modelo más bien mecanicista de las emociones.

A partir de esta breve explicación, parece claro que durante el siglo XIX las emociones se redefinieron como condiciones naturales, como un residuo atávico de los comportamientos que la evolución había registrado en el cere-

bro. Esta visión mecanicista y conductual condujo a la situación extraordinaria de que muchos investigadores comenzaron a estudiar las emociones en animales descorticados. También durante este período y relacionado con este concepto estrecho de emoción se construyó la nueva categoría de "trastornos afectivos". Los intentos realizados a principios del siglo XX para volver a los aspectos comunicativos de los sentimientos y las emociones (por ejemplo, Scheler) desafortunadamente tuvieron poca influencia sobre la investigación médica, la cual continuó enfatizando demasiado su componente cognitivo, su rol como marcadores evolutivos y su utilidad como localizadores de lesiones cerebrales.

### ¿Qué hacer?

A finales del siglo XIX, pocos expresaron su descontento con esta situación. Uno de ellos fue William James, quien en un trabajo muy conocido recuperó la dimensión estética, subjetiva y semántica de las emociones. Sin embargo, en una manera más bien perversa, el mensaje de este trabajo se distorsionó y hasta el día de hoy James y Lange siguen siendo considerados como los pensadores que introdujeron al mundo de la literatura la extraña visión acerca de que las emociones son sucesos biológicos primarios y que su componente subjetivo es sólo la lectura de los cambios fisiológicos que se supone que causan.

El Grupo de Cambridge ha sugerido que los psiquiatras y psicopatólogos deberían abandonar la visión darwiniana y estudiar las emociones (y sus trastornos) dentro de un espacio clínico independiente. Ellos creen que en su propia disciplina (como sucede en la historia o la sociología) el concepto parece funcionar porque todavía está cargado del viejo significado tradicional de emoción como "sentimiento" y "pasión", en vez de como un vestigio de evolución. De hecho, es probable que a pesar del ataque conductualista (tanto a nivel psicológico como filosófico), al cual fue sometido durante casi todo el siglo XX, este antiguo significado no desapareciera del todo de las lenguas europeas. En otras palabras, existe oculta en estas lenguas una auténtica "gramática de las emociones". Asimismo, parece que este viejo significado también se ha resistido al ataque del concepto neuropsicológico de emoción que está ahora de moda. En el lenguaje común, las emociones siguen teniendo complejos roles dialógicos, descriptivos y explicativos.

Se necesita un nuevo modelo de emociones que esté basado en aspectos sociales, semánticos y empíricos de estos comportamientos complejos y misteriosos. Es probable que las emociones sean sistemas comunicativos complejos que no se pueden reducir a cognición, sustitutos neurobiológicos, señales semafóricas, etc. Por lo tanto, los modelos de animales tienen poca relevancia para la comprensión de las emociones humanas, ya que las mismas sólo se pueden configurar dentro del lenguaje humano.

Asimismo, como las emociones son por definición comportamientos relacionales y comunicativos, siempre están registradas en espacios semánticos compartidos. La mayoría de los desacuerdos, dramas y trastornos emocionales se originan en espacios semánticos comunes y deben resolverse ahí mismo. Es decir, hay un profundo elemento dialógico de las emociones que falta si estas últimas son estudiadas como "reacciones" o "mecanismos" que tienen lugar únicamente en un sujeto. Si este es el caso, el conocimiento sobre el sustrato "biológico" que puede subyacer en la generación de las emociones tendrá poco impacto sobre su comprensión. Es probable que las emociones sean objetos culturales derivados de diálogos, interacciones y relaciones. Por ende, el sujeto (y mucho menos la rata descorticada) no puede ser la mejor unidad de análisis para el estudio de las emociones.

A pesar del hecho de que sus efectos generalmente se perciben en el lenguaje común, el concepto de una "gramática de emociones" ha sido descuidado. Brinda potencialidad y prohibiciones para controlar la forma en la cual se utiliza la palabra emoción. Por ejemplo, el concepto de "emoción ilusoria" no parece estar disponible para los psicopatólogos clínicos como el concepto de creencia ilusoria (delirio). Normalmente, los clínicos no realizan distinciones entre el estado depresivo real y el estado depresivo ilusorio en cuanto a que el mismo estado de tristeza es considerado "ilusorio". En otras palabras, los clínicos generalmente no realizan distinciones entre un paciente que está realmente deprimido y otro que sólo "cree que lo está", o entre uno con tristeza verdadera y otro con tristeza falsa (NO estamos hablando aquí sobre el trastorno mental  *fingido*).

La identificación del origen de esta prohibición debería clarificar la manera en que funciona la gramática de las emociones. Algunos realistas ingenuos pueden, por supuesto, afirmar que la prohibición no se origina en ninguna gramática estructural de las emociones, sino que los casos



de estado ilusorio simplemente no existen en la naturaleza. Esta explicación es insuficiente. Según el principio de la simetría que prevalece en la actual psiquiatría biológica, los sustratos biológicos y las expresiones fisiopatológicas distorsionadas (también conocidos como “síntomas mentales”) efectivamente generan en todos los sistemas cerebrales estados reales y falsos. Dado que las percepciones y creencias pueden ser imitadas por alucinaciones y delirios, respectivamente, ¿por qué las emociones no deberían tener contrapartes falsas? Es más probable, por ende, que la prohibición esté escrita en la definición y no en la naturaleza.

Otro ejemplo fascinante es aquel brindado por un estudio del rostro humano, particularmente como un dispositivo expresivo de emociones. La biología evolutiva actualmente define el rostro como un semáforo emocional.

Según el OED, rostro se define como: “La parte frontal de la cabeza, desde la frente hasta el mentón; la cara, el semblante del hombre. (En la anatomía, a veces en un sentido limitado, se excluye la frente: ver cita 1831)”. Entonces, ¿es la frente parte del rostro? ¿Quién lo decide? Ni las “definiciones operativas” ni otra investigación empírica pueden “resolver” este problema. De hecho, es probable que la estabilidad y validez del actual constructo “rostro” a) sean parasitarias en la “ontología” de sus componentes individuales (es decir, frente, nariz, ojos, mejillas, boca, etc.); y b) que su estabilidad esté basada en su utilidad social, económica y religiosa.

Lo mismo sucede con el popular “modelo semáforo”, es decir, la visión acerca de que el rostro es sólo un dispositivo natural para la señalización de información etológica. El problema de este modelo es que las explicaciones del “diseño histórico” (ya sea la evolución o Dios) tienen una mínima fuerza explicativa. Asimismo, la visión acerca de que todos los gestos faciales son siempre “informativos” es probable que sea más fundacional que empírica. Las afirmaciones fundacionales son propuestas y no necesitan confirmación empírica. Sin embargo, están abiertas a desafíos y negociaciones. Las afirmaciones empíricas, por otro lado, son más resistentes pero necesitan justificación. La evidencia que respalda la visión acerca de que todos los movimientos faciales señalan información es, de hecho, poco convincente.

El criterio acerca de que el concepto de rostro es un constructo de un nivel superior ayuda a analizar la plausibilidad del modelo semáforo. Como constructo, el rostro no puede ser estudiado en forma independiente de otros,

tales como la mente social, la red cultural, el resto del cuerpo humano y el “rostro” de otros componentes relevantes (es decir, aquellos involucrados en el mismo episodio dialógico). Por ende, el modelo semáforo puede únicamente tener sentido en los contextos dialógicos y “polifónicos”. La visión acerca de que las emociones son representaciones o argumentos sociales o grupales permite a cada miembro del grupo demostrar un gesto (o fragmento) facial diferente de la misma emoción. En dicha situación, los rostros individuales ya no se deben considerar como las mejores unidades de análisis ya que cada rostro sólo expresaría (como en la música orquestal) parte de una narrativa emocional más amplia.

Todo esto sugiere que el estudio del “rostro” puede requerir la construcción de una ciencia hermenéutica que se sirva de la biología, la teología, la poesía, la historia, la filosofía, el arte del retrato y la estética. Dado que en el mundo occidental la antigua noción griega de *Prosopon* fue modificada junto con otros dispositivos conceptuales (“persona”, “ego”, “alma”, “carácter”, “expresión”, “semejanza”, “retrato” y “caricatura”) para respaldar la creciente filosofía del “individualismo”, el estudio del rostro puede también requerir una historiografía más amplia.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, es necesario considerar las visiones alternativas al modelo semáforo. Nos podríamos preguntar si el rostro es un “sistema corolario de proyección” para que los humanos puedan ensayar los gestos y las emociones pasadas y futuras. Codificados en una taquigrafía idiosincrásica, dichos gestos no estarían destinados al consumo público ni serían comunicativos en la práctica. Sin embargo, es una cuestión empírica preguntar cuántos de nuestros gestos derivan de dichas funciones endógenas, pero dicha pregunta sólo se puede formular si se abandona el modelo del semáforo.

También uno podría preguntarse si el rostro es un instrumento que frecuentemente genera suficientes componentes o partes de expresiones colectivas en vez de la totalidad de ellas. La participación en “coros emocionales” o emociones polifónicas sería una función común del rostro cuando el sujeto es parte de una familia o de un grupo cultural muy unido. Una vez más, la comprensión de esta función estaría más allá del modelo semáforo.

En este capítulo hemos explorado la epistemología de las pasiones, dando como ejemplo el rol del rostro, y ha propuesto un nuevo modelo de emo-

ciones. El cambio de las pasiones por las emociones no fue motivado por la investigación empírica o el conocimiento científico, sino por el cambio cultural. La actual visión sobre emociones era necesaria para el nuevo modelo del hombre y la sociedad que se desarrolló durante el Siglo de las Luces. Vacíos de toda importación semántica, se ha logrado que los "sentimientos" pierdan sus funciones teológicas, morales, sociales y comunicativas de tal manera que son poco utilizados en la práctica de la psiquiatría. El concepto concomitante de afecto, estado de ánimo y emociones también se ha convertido en comportamientos estereotipados y relacionados putativamente con programas cerebrales vestigiales. Con una apariencia cognitiva, las emociones son actualmente consideradas como algo no más que la expresión de sucesos neurobiológicos.

Esto no es útil con respecto a la descripción y comprensión de aficciones emocionales, como se ha visto en el campo de la psiquiatría. Los clínicos deben volver a la pizarra. Los sentimientos y las emociones deben ser considerados como un sistema comunicativo insondable para el cual se requiere un nuevo metalenguaje. Son sistemas dialógicos antiguos con una capacidad de comunicación probablemente superior a la cognición. Sin una nueva teoría de las emociones, los denominados "trastornos del afecto" en la psiquiatría no serán comprendidos en forma adecuada y quienes los padecen no podrán recibir ayuda.

También se ha sugerido que existe una gramática de emociones implícita en el lenguaje común y que esto debe ser liberado. Se debatieron dos ejemplos de la actividad de esta gramática de las emociones: la prohibición de no poder hablar sobre la tristeza ilusoria y, segundo, la afirmación acerca de que la función de semáforo es la principal función del rostro. Con respecto a esto último, se ha comentado que el rostro actúa como un sistema corolario de proyección para que los humanos puedan ensayar emociones futuras. Finalmente, se ha propuesto el concepto de emoción común o grupal, en el cual cada miembro del grupo (como en una orquesta) tocará o expresará sólo parte de toda la partitura emocional. Esto podría significar que el análisis de rostros individuales aportará poca o ninguna información sobre el significado y la estructura de una emoción colectiva, y que nuevas metodologías empíricas deberán desarrollarse para explorar la visión acerca de que las emociones son constructos polifónicos.

---

## Referencias

1. Berrios G.E. (1985) The psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine*, 15:745-758
2. Berrios, G.E. (2002). The face in medicine and psychology: a conceptual history. En M. Katsikitis (Ed), *The Human Face: Measurement and Meaning*. Boston, Kluwer Academic Publishers. (págs. 49-62).
3. Berrios G.E. (2011) Towards a New Language of Feelings: Back to the Epistemological drawing board?. En Fuchs T (ed) *Affective Disorders: Festschrift in Homage to Professor Ch Mundt*. Munich, Schattauer.