



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**MAESTRO Y DISCÍPULO EN PSIQUIATRÍA: ENTRE EL ALLÍ Y EL AQUÍ
El examen mental como relación dialógica comprometida**

Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios Cognitivos

JUAN MANUEL PÉREZ FRANCO

**Profesor Guía:
Guillermo Soto Vergara**

Santiago de Chile, año 2014

Resumen

Como parte de la formación psiquiátrica, el futuro profesional debe aprender a realizar distinciones que son construidas y moldeadas a través de prácticas que dan origen a los objetos de conocimiento propios de la profesión. En psiquiatría parte de esos objetos son los síntomas mentales, clásicamente considerados como conductas que representan una inaccesible interioridad mental, y que deben interpretarse desde la neutralidad valórica, para lo que se exige eliminar los prejuicios personales. La hipótesis de este trabajo es que el psiquiatra en realidad entra en una relación donde experimenta directamente la interioridad de la otra persona y simultáneamente la fluidez y la interrupción de la interacción, para luego distanciarse y observar la interacción y luego designar como un síntoma del paciente el fenómeno vivido. Se investigó el proceso docente en psiquiatría a través del registro en video de clases, pasos prácticos, entrevistas a docentes y alumnos de postgrado. Los resultados muestran que durante el entrenamiento en entrevista psiquiátrica, el profesor destaca fenómenos prerreflexivos que surgen en el alumno durante la entrevista psiquiátrica. Un segundo paso es distanciarse de la relación cuando ocurren quiebres en la familiaridad de la interacción y, en un tercer paso, el profesor ofrece una palabra que aglutina todas las acciones realizadas y las experiencias vividas, y esa palabra denomina los quiebres como síntomas psiquiátricos. Sin embargo, todo este proceso es considerado por profesores y alumnos como si solo se tratara de describir “objetivamente” los síntomas clínicos, sin una participación personal del alumno. Todo el proceso docente está atravesado por esta contradicción entre la exigencia de una observación neutral, sin compromiso personal del médico, y la participación comprometida en una relación personal que no es reconocida como tal.

A mis hijas.

Agradecimientos

Agradezco a los miembros docentes, alumnos y funcionarios administrativos del Departamento de Psiquiatría Sur de la Universidad de Chile, por su generosa y desinteresada contribución a que este proyecto llegara a término.

El Proyecto Fondecyt 1110525 apoyó parcialmente esta tesis.

Índice

1. Introducción.....	1
1.1 La construcción de la semiología médica.....	6
1.2 La semiología psiquiátrica en el marco mentalista	13
1.2.1 Buscar la mente en el cerebro.....	19
1.2.2 Esbozo de una neurociencia social.....	23
1.3 El Otro opaco.....	25
1.4 El Otro transparente.....	29
2. Marco teórico	32
2.1 La Teoría de la Mente (TM).....	32
2.1.2 Las críticas al modelo de la TM.....	42
2.1.2.1 Los datos experimentales: ¿existe TM en los niños?.....	46
2.1.2.1.1 Los niños sí mienten.....	48
2.1.2.1.2 Los niños hacen bromas y se burlan.....	50
2.1.2.1.3 Los niños corrigen la ignorancia y entienden qué es lo que se conoce..	52
2.1.2.1.4 La Teoría del Mundo Intenso (<i>Intense World Theory</i>).....	54
2.2 Enactivismo.....	55
2.2.1 Autonomía.....	57
2.2.2 Hacer sentido (<i>sense-making</i>).....	59
2.2.3 Emergencia.....	62
2.2.4 Corporización.....	64
2.2.5 Experiencia.....	71
2.2.6 La identidad entre vivir y conocer.....	73
2.2.7 Hacer sentido participativo.....	78
2.2.8 Incorporación mutua.....	82
3. Objetivos.....	85
3.1 Objetivo general.....	85
3.2 Objetivos específicos.....	86

4. Metodología.....	87
4.1 Los métodos cualitativos.....	87
4.2 La elección de la muestra en los métodos cualitativos.....	89
4.3 Observación participante.....	90
4.4 La descripción densa (<i>thick description</i>).....	90
4.5 Metodología aplicada en el presente trabajo	92
4.5.1 La metodología de este trabajo.....	92
4.5.2 Los registros.....	93
5. Resultados	95
5.1 Las definiciones de conceptos que realizan los entrevistados.....	96
5.1.1 Discurso disgregado.....	96
5.1.2 Afectividad.....	98
5.1.3 Artificialidad.....	100
5.2 El método pedagógico que utilizan los entrevistados	102
5.3 Dos ideas contrapuestas.....	105
5.3.1. La idea de descripción objetiva y desapegada.....	105
5.3.2. La vivencia y la interpretación como herramientas legítimas del examen....	109
6. La ambivalencia de la psiquiatría.....	116
7. El aprendizaje debe ser vivencial.....	121
8. El momento de la teoría.....	127
9. Conclusión	131
10. Bibliografía.....	132

1. Introducción

La formación de un profesional requiere llegar a ser competente en una disciplina. La competencia es la pericia, la aptitud o idoneidad para hacer algo, o para intervenir en un asunto determinado (Real Academia Española, 2001). Una parte crítica de esta competencia es la capacidad de hacer distinciones en el dominio propio de la disciplina específica. La idoneidad para hacer algo solo es posible en la medida en que el profesional pueda realizar estas distinciones, gracias a las que aparecen los objetos de conocimiento que Goodwin (1994) llama las “insignias” de la profesión.

En psiquiatría, la formación profesional pasa por la adquisición de conceptos clínicos que están esquematizados y definidos en libros de texto tradicionales (el canon). El futuro psiquiatra debe ser capaz de manejar con propiedad estos conceptos clínicos, los que son analizados en salas de clase donde los alumnos tienen la posibilidad de interactuar con el profesor, discutirlos y aclararlos. Estos conceptos tienen como función central la guía de la práctica clínica cotidiana, en particular el proceso de entrevista psiquiátrica y examen mental. Los conceptos clínicos psiquiátricos son tratados como objetos semiológicos que se encuentran en los pacientes psiquiátricos, y la tarea del alumno debe ser aprender a “extraerlos” o a “observarlos” (“percibirlos”)¹ a través de técnicas de entrevista psiquiátrica, siendo el examen mental una parte esencial de dicha entrevista (la otra parte esencial es el registro de una narración diacrónica de la evolución de los síntomas, que en medicina se llama “anamnesis”).

El examen mental es un procedimiento que tiene un diseño inspirado en el examen físico, elemento nuclear de toda la medicina. El examen físico, sin embargo, no es una práctica que haya acompañado a la medicina desde su origen, sino que tiene una génesis bastante definida en el siglo XVIII, durante la etapa histórica de Europa que Foucault denomina “período clásico” (Foucault 1963/2003). La medicina, al menos desde el siglo XVIII, ha hecho de la exploración sensorial el elemento fundamental de su práctica. Allí donde había especulación, el cadáver –el cuerpo– se abre en su materialidad para ofrecer a la mirada médica la explicación de los padecimientos humanos. A partir de entonces la

¹ Es interesante constatar la etimología de la palabra “percibir”, que proviene del latín “percipere”, y que tiene propiamente el sentido de “apoderarse de algo”, originado en el latín “capere” (“coger”) (Corominas, 1967)

práctica médica es esencialmente una semiología sensorial: visual, táctil y auditiva. En cualquiera de estas modalidades el médico busca signos sensoriales que le permitan construir la “enfermedad”. Estos signos se encuentran en el enfermo, en el cuerpo del enfermo, vivo o muerto. Están, por así decirlo, “allí” y deben ser recuperados, capturados (percibidos) por el médico a través de su práctica. Se ha constituido lo que Foucault llama la “mirada médica” (Foucault, 1963/2003). Por su parte, la psiquiatría se fue formando como disciplina a lo largo del siglo XIX, y fueron los médicos no psiquiatras responsables de los asilos mentales los que, llevando verdaderas bitácoras de cada paciente, describían en ellas los síntomas de una manera prolija aunque improvisada, siempre bajo el modelo médico, el único que tenían a mano (Berrios 2008). Este fue el origen de las primeras nosologías psiquiátricas y el motivo de la enorme diversidad de enfermedades y conceptos de las que estaba plagada la nascente especialidad, hasta que a fines del siglo XIX Kraepelin hiciera el primer esfuerzo de sistematización, considerado la base de los sistemas de clasificación nosológica psiquiátrica contemporáneos (Alic 2001; Berrios 2008).

Sin embargo, no siempre la mirada médica puede posarse sobre un signo perceptible. Uno de estos signos no perceptibles, paradigmáticos de la medicina, es el dolor. El dolor se resiste a la mirada médica y no puede ser revelado a través de la tecnología. Algunos autores lo han considerado una “aporía” (Quintner et al. 2005), el lugar al que tenemos vedado el paso. Una alteración del curso del pensar o un trastorno de la afectividad aparentemente tampoco pueden ser observados sensorialmente en forma directa ni con aparatos que amplíen los sentidos (con herramientas sensoriales). Esta aparente carencia es, paradójicamente, la esencia de la práctica psiquiátrica. De todas las especialidades médicas, la psiquiatría es la única que carece por completo de una mirada médica, de una semiología sensorial. No hay en el cuerpo del enfermo nada que “ver”, nada que “tocar”, nada que “escuchar”, ningún sonido como no sean sus palabras, ningún signo visual como no sea su comportamiento y su gestualidad. La psiquiatría, a pesar de esta carencia, o mejor, sobre ella, ha elaborado una “psicopatología” fundamentada precisamente en la observación de una semiótica que quiere, tal como en el caso de la medicina somática, ir a coger “allí”, en el cuerpo del enfermo, los signos de la enfermedad mental, desprendiéndose de toda “interpretación subjetiva” (Jaspers 1945/1993). Es como si la psiquiatría quisiera mantenerse

en la misma actitud desapegada de la medicina: la actitud de observador externo a un hecho que no lo involucra, una observación en tercera persona. La psiquiatría parece no resignarse a ser un pariente incómodo de la medicina positivista, y busca aproximar sus métodos a los de la semiología somática, a pesar de la dificultad intrínseca de observar fenómenos que ocurren en gran parte en el mundo íntimo experiencial del paciente, y que quiere que sean observados desde la perspectiva de un sujeto desapegado en tercera persona.

No ha sido esta, no obstante, la única forma de considerar la semiología psiquiátrica. Se ha planteado la posibilidad de que la semiología psiquiátrica no se encuentre en el enfermo (“allí”), sino que su elemento central sea la experiencia del propio entrevistador confrontado al paciente psiquiátrico («una sensación descrita como un tipo de inquietud corporal que emana del entrevistador [y] que refleja el desapego y alienación del paciente esquizofrénico», Varga 2010, p.3), considerada a veces como “intuición” («para tal diagnóstico el razonamiento intuitivo es a menudo indispensable», Varga 2010, p. 3) o como “imaginación” («se puede penetrar en lo psicológico siempre si se imagina directamente lo psicológico [...]. Sin la capacidad y el placer de imaginar lo psicológico en su plenitud, no hay posibilidad alguna de hacer psicopatología», Jaspers 1945/1993, pp.28-29), e, incluso, es llamada por Jaspers “intuición” y “saber instintivo” («Hay pocos hechos [en la descripción clínica] que puedan ser admitidos intuitiva y esencialmente al menos sin un saber instintivo en torno a su posible sentido») (Jaspers 1945/1993, p.39). Es decir, los signos de enfermedad mental no deberían buscarse “allí”, en el paciente, sino “aquí”, en la experiencia del entrevistador, como sensación corporal, imaginación o intuición, o bien en esa región llamada por diversos autores “intersubjetividad” o “espacio intersubjetivo” (Varga 2010), “tercer espacio” (Quintner et al. 2008) o “relación Yo-Tú” (Reddy y Morris 2004)², en la que de cualquier manera la experiencia de la primera persona (el entrevistador) es fundamental, pero siempre que se encuentre en una relación comprometida (*engaged*) con quien tiene al frente, lo que se ha llamado “observación en segunda persona” (de Bruin, van Elk, Newen 2012). En una línea cercana, Berrios (2008, p.25) plantea que «la psicopatología

² Volveremos ampliamente al tema de la intersubjetividad. Notemos por ahora que la intersubjetividad ha sido tratada al menos desde Husserl (Beyer 2013), pero diversos autores que nos interesan son críticos con el tipo de intersubjetividad que propuso Husserl (en particular Varela et al. 1991/1992), y se guían por el trabajo de Merleau-Ponty (1942/1976; 1945/1992).

descriptiva es... una red conceptual que une a un tiempo al observador, el paciente y sus síntomas».

Un elemento que podríamos considerar paradigmático en la exploración clínica desde esta perspectiva experiencial e intersubjetiva es la psicosis. La psicosis se revela en la dificultad de contacto con el paciente psicótico, o su inadecuada suspicacia, experimentada o vivida por el entrevistador (Varga 2010). Se ha dicho que en los primeros segundos de contacto con una persona que sufre un padecimiento psíquico, el psiquiatra ya posee los elementos esenciales del diagnóstico, a partir de un sentimiento difícilmente explicable para el entrevistador, pero que sin embargo lo pone en la pista de la patología mental que sufre el paciente, sentimiento que Rümke llamó “*praecox feeling*” (Rümke y Neelman 1990; Varga 2010). Este sentimiento precoz que surge sin que se lo tenga que buscar conscientemente es, muy probablemente, parte de toda experiencia social humana como experiencia vivida pre-reflexiva (Petitmengin 2010).

Dado que el examen mental consiste en su mayor parte en una entrevista en la que dos personas se encuentran corporalmente presentes y están constantemente interactuando, se puede adelantar que todos los elementos semiológicos con los que la psiquiatría elabora sus diagnósticos son elementos comunicacionales; forman parte del complejo entramado de fenómenos con los que los seres humanos realizan la comunicación. Varga (2010) sostiene que las herramientas diagnósticas no se concentran en la experiencia del paciente, sino que en la calidad de la relación empática entre el paciente y el entrevistador. Tomando como ejemplo uno de los signos clásicos de la semiología psiquiátrica, el “discurso disgregado” (llamado “confusión de lenguaje” por Jaspers), que es propio del paciente esquizofrénico, es un discurso en que hay una «pérdida de la idea directriz y de las asociaciones normales», dando lugar a un discurso inconexo (Marcos y Topa 2012, p.53), o bien «laxo... vago e impreciso» (Silva 2000a) donde «nada es comunicado o comprensible» (Jaspers 1945/1993). Jaspers, definiendo el concepto de “verborrea”, que parece entender como un modo más general de la “confusión del lenguaje”, sostiene que se trata de un habla «sin el propósito del entendimiento y la comunicación» (Jaspers 1945/1993, p.219). Esta falta de propósito o pérdida de la idea directriz del discurso es un elemento comunicacional, que solo puede ser perceptible en la experiencia del entrevistador en el momento en que se pone en contacto

con el paciente, y probablemente sea parte del *praecox feeling* que describiera Rümke (1990).

La posibilidad de un diagnóstico a través de las sensaciones corporales, o bien por intuición o por imaginación, y el ejemplo del discurso disgregado, que solo es perceptible durante el contacto comunicacional con un paciente psicótico, lleva a preguntarse cómo se constituyen el resto de los elementos de la semiología psiquiátrica. Un texto de psiquiatría para el pregrado (Gelder, Mayou y Geddes 2000) se abre con el capítulo dedicado a los signos y síntomas psiquiátricos, y los divide en nueve clases: alteraciones del humor (o trastornos del afecto), despersonalización y desrealización, trastornos de la percepción, trastornos del pensamiento, síntomas y signos motores, trastornos de la memoria, trastornos de la conciencia, trastornos de la atención y de la concentración y, finalmente, introspección. La medicina (Goić y Chamorro 1987) divide los elementos semiológicos en “signos”, que son aquellos elementos somáticos perceptibles por el médico directamente a través de sus sentidos o de algún instrumento de medida, como el pulso, la temperatura corporal, el color de la piel o los ruidos cardíacos, y “síntomas”, que son las experiencias del paciente no perceptibles por el médico, como el dolor, que ya habíamos discutido, el malestar en general y diversos tipos de sensaciones corporales. Es interesante notar que Gelder et al. (2000) en su texto no hacen ningún esfuerzo en definir síntomas y signos en psiquiatría, aún cuando el capítulo comienza mencionando que la psiquiatría, tal como el resto de la medicina, debe considerarlos a ambos. Pero de la lectura de los diferentes elementos semiológicos, se desprende que estos no son fácilmente asimilables a un síntoma o a un signo. Muchas de estas manifestaciones psiquiátricas solo pueden abordarse a través de las descripciones que hacen los propios pacientes de su experiencia, como la despersonalización (sentir que uno no es uno mismo) y desrealización (sentir que el mundo no es el mismo), las alucinaciones (sensaciones perceptuales sin un objeto perceptible por otros), o la introspección (tener conciencia de la propia condición mental), y en consecuencia podrían constituirse como síntomas. Pero en otros casos se requiere la observación simultánea de una conducta (que tal vez pudiera considerarse un signo) y una experiencia íntima (que vendría a ser un síntoma). Por ejemplo, los trastornos afectivos, como la depresión o la manía, se muestran como experiencias y simultáneamente como conductas, en las que deben incluirse los gestos

faciales y corporales. Una alucinación solo es analizable si el paciente habla acerca de ella, lo que la hace similar a un síntoma. Pero la alucinación es analizable simultáneamente a través de la conducta global del paciente, que puede ser más o menos congruente con aquella (un sujeto parece “hablar solo”, pero en realidad está “conversando con voces” que solo él escucha), y esto podría asimilarse a un signo. Hay elementos clínicos, como la atención, donde incluso no es necesario conocer la experiencia del paciente: basta con observar cómo el sujeto no es capaz de mantenerse en una tarea específica, por ejemplo durante una conversación, y cambia constantemente el foco de sus intereses, pensamiento o conducta. Algo similar ocurre con el pensamiento, que podríamos asimilar a un “síntoma”, y que se expresaría en el “signo” del habla, aunque podemos imaginar múltiples situaciones en las que el pensamiento transcurrirá completamente en la intimidad, y otras en que se expresará en gestos y conductas más que en palabras. Por último, y hay que destacarlo, dentro de la semiología psiquiátrica existe el fenómeno de la “disociación ideoafectiva”, a veces llamada también “incongruencia del afecto” (Gelder et al. 2000), que consiste en la discrepancia entre la expresión verbal de un afecto y su expresión corporal y conductual, que puede aparecer con diversos matices tanto en un paciente psicótico o autista como en un paciente histriónico. Esta podría ser una situación en que signo y síntoma no corresponden a un mismo fenómeno, pero en este caso es esta falta de correspondencia la que constituye por sí misma un elemento semiológico que no es fácil catalogar como signo o síntoma. El fenómeno de la disociación o incongruencia ideoafectiva parece existir en un nivel lógico diferente al de los elementos que lo constituyen. De manera importante, existe en el fenómeno de disociación ideoafectiva una serie de matices que permiten al psiquiatra saber cuándo se enfrenta a una disociación de carácter psicótico y cuándo a una disociación de carácter histriónico o psicogénico, y estos matices tienen importancia diagnóstica. Este matiz probablemente exista en la calidad de la relación que establece el paciente y el entrevistador, y no en el análisis de elementos semiológicos separados.

1.1 La construcción de la semiología médica

Ya hemos mencionado que signos y síntomas clínicos (Goić y Chamorro 1987) son la base de la semiología médica. La medicina los trata como elementos dados de manera

natural en el paciente, y no se pregunta cómo surgen en cuanto fenómenos en la relación entre el paciente y el médico. Esta postura es, desde luego, heredera de la tradición “clásica”, de la “mirada médica” (Foucault 1963/2003), que requiere siempre un observador desapegado y objetivo de signos somáticos que ocurren allí, delante de sus ojos, de sus oídos y de su tacto, apreciables de la misma manera por cualquiera (con un entrenamiento adecuado, que es el que proporcionan las escuelas de medicina), o bien la observación de conductas y relatos que remiten a un ámbito privado que este observador llamará mente. Esto está cercano a la “actitud natural”, aquella que considera la existencia de los objetos como naturalmente separada del sujeto que percibe, actitud que Husserl quería poner entre paréntesis para iniciar su pregunta fenomenológica (Beyer 2013).

¿Son y han sido los signos clínicos o los síntomas iguales en todas las épocas y lugares? ¿Están allí siempre disponibles? ¿Se trata de objetos dados sin más a la percepción del médico? Foucault, al abordar “el nacimiento de la clínica”, no profundiza en el hecho de que para la medicina del siglo XVII y antes, ciertos fenómenos eran esperables y reconocibles. Por ejemplo, es esperable el “desechamiento del sistema nervioso” y el “calor” que lo alimentaba, dada la teoría de los humores que guiaba las ideas de la medicina medieval y renacentista (Boylan 2005). Considerado ese contexto, deberíamos preguntarnos seriamente cuál sería la semiología médica que podría esperarse de esta “desechación”, (por ejemplo, verificar el balance de los diferentes humores en el cuerpo del enfermo) y cuáles podrían ser las conductas médicas esperables en ese contexto. Aquí la cura debe consistir, de manera natural, en «baños de diez a doce horas por día, durante diez meses completos» (Foucault 1963/2003). Las herramientas médicas conceptuales (y prácticas, desde luego) del siglo XVII europeo, y anteriores, son productos de seres humanos en su contexto, tal como lo son hoy. El contexto ideológico europeo hasta antes del siglo XVII es aún heredero del pensamiento medieval (Berman 1981). Las entidades (las piedras, los humores, las personas) están provistas de una meta, y tienen afinidades. Por tanto, «la meta del fuego es moverse hacia arriba y la de la tierra moverse hacia abajo» (Berman 1981, p.50). La piedra lanzada al aire cae por la afinidad que tiene con la tierra: busca su lugar natural. Tiene una meta (Berman 1981). En ese contexto es razonable una teoría de los humores afín a los elementos básicos, aire, tierra, fuego y agua, a sus relaciones, a sus características (húmedo y caliente,

seco y frío, caliente y seco, fría y húmeda) y a sus metas (subir, bajar, permanecer) (Berman 1981), y la práctica médica debe enmarcarse en ese mismo contexto. No se pregunta si la teoría de los humores es eficaz, si es útil. En este ámbito no existe la pregunta por la eficacia. La teoría de los humores se encuentra en correspondencia con la estructura del cosmos medieval (Berman 1981, Heer 1963), pero no es eficaz. En realidad, a nadie le interesa que sea eficaz. El mundo es lo que es y no puede ser modificado (Heer 1963) por ninguna actividad humana, de modo que la eficacia cae fuera de consideración. A pesar de que entre el siglo XVII y el XIX se realizaron muchos descubrimientos verdaderamente científicos en el área de la medicina, estos tuvieron escaso o nulo beneficio para los enfermos. Molière, en *“El enfermo imaginario”* (escrita en 1673), una sátira a la medicina de la época, expresa sin duda este período de transición en que la medicina está empezando a ser cuestionada por su falta de eficacia. Las medicinas que se recetan aducen en su mayor parte a “evacuar la bilis”, “expulsar los humores”, “suavizar, ablandar, atemperar y refrescar la sangre”, expresión de la teoría de los humores vigente, pero no hablan de mejoría. Monsieur Purgon, el médico de Monsieur Argan, el enfermo imaginario, le dice a este, en un lenguaje que probablemente no sonaba extraño para la época: “Debo decirle que lo tengo que abandonar a su mala constitución, a la destemplanza de sus entrañas, a la corrupción de su sangre, a la amargura de su bilis, a lo feculento de sus humores” (Escena cinco, Acto tercero). Monsieur Argan pregunta a su hermano Béralde si acaso cree que los médicos no saben nada. Béralde le responde: “Sí, hermano. Saben bien la mayor parte de las bellas humanidades, saben hablar en un hermoso latín, saben nombrar en griego todas las enfermedades, definir las y dividir las; pero, en términos de curación, de eso no saben nada”. Monsieur Argan insiste: “Pero, siempre estaremos de acuerdo que en esta materia saben más que otros”. Y Béralde: “Saben, hermano mío, lo que dije, que no cura gran cosa, y toda la excelencia de su arte consiste en un galimatías pomposo, en un balbuceo engañoso, que solo da palabras por razones y promesas por efectos” (*El enfermo imaginario*, Escena 3, Acto tercero, Molière 1673). Probablemente la única excepción es el descubrimiento por Jenner de la vacuna contra la viruela, pero que recién fue introducida más o menos a fines de este período al terminar el siglo XVIII³. La exigencia de eficacia solo aparece con el cambio de

³ Como dato interesante, la vacunación antivariólica era conocida en China con certeza al menos desde

paradigma vinculado con el comercio pero, sobre todo, con la producción industrial, cuando se inicia el éxodo desde el campo a la ciudad y las condiciones higiénicas del hacinamiento comienzan a hacer estragos entre la población obrera urbana. La evolución hacia la mirada médica ocurre como parte de una miríada de eventos mutuamente determinados, entre ellos un cambio en la concepción del mundo como mecánico y no como orgánico (Berman 1981) que se enlaza con el triunfo de la mecánica de Newton (que fue, también, un triunfo político, dada la cercanía de la idea de una “ley universal” con la “ley universal” del absolutismo monárquico, Berman 1981), la aplicación de artilugios mecánicos a la producción industrial, el progresivo control y uso práctico de formas de energía, en especial el vapor (recuérdese Watts y su “regulador”, que ha sido utilizado tantas veces como metáfora cognitivista), y para la medicina en particular un cambio en el modo productivo que hace que la muerte se convierta poco a poco en un “mal negocio”, en la medida en que priva a la naciente industria de suficientes brazos para el trabajo (Fuster 2013). El contexto de la medicina desde el siglo XVII en adelante, pero sobre todo desde el siglo XVIII, será una progresiva exigencia de eficacia. Para esta eficacia es más adecuado el pensamiento científico y el positivismo. La eficacia en la medicina luego del siglo XVIII le proporcionó un status que no soñó previamente, debido precisamente a los éxitos gigantescos en el monitoreo de la salud y la disminución acentuada de las tasas de mortalidad, éxitos que llegaron de la mano del positivismo y de la mirada médica objetivadora (Gallop 2006; Cutler et al. 2006). A partir de mediados del siglo XIX las tasas de mortalidad disminuyeron de manera acentuada, al menos en Europa, y el incremento en la expectativa de vida se aceleró a tasas mucho mayores que lo que existió nunca antes en la historia de la especie humana (Burger, Baudisch y Vaupel 2012; Vallin y Meslé 2004). Uno de los éxitos (no el único, por cierto, pero su importancia es no solo práctica sino, con mucho, teórica), es la concepción microbiológica de las enfermedades infecciosas. La microbiología proporciona un modelo lineal muy preciso acerca de lo que es una enfermedad y cómo debe proceder la medicina, y tuvo incluso un corolario inesperado para la psiquiatría al demostrarse en 1913 por Noguchi y Moore (Noguchi y Moore 1913; Radolf y Lukehart 2006) la presencia del *treponema pallidum*, el germen de la sífilis, en el cerebro de los pacientes con parálisis general, que,

comienzos del siglo XVI, y muy probablemente desde el siglo XI (Needham 1977).

dados sus floridos síntomas mentales, constituían buena parte de los pacientes psiquiátricos hospitalizados a comienzos del siglo XX. Este modelo busca una causa, única, por procedimientos tecnológicos muy precisos. Un modelo que explora signos e interpreta síntomas porque inquiere la causa de la enfermedad, una causa precisa, observable, mensurable, y quiere controlarla en forma efectiva.

¿Qué es, entonces, un síntoma? ¿Qué es un signo clínico? ¿Por qué ya no se observa la “desección del sistema nervioso” y sí, en cambio, a partir de la “época clásica” (Foucault 1963/2003) se aprecia el engrosamiento de las meninges? ¿Por qué se abandona la “teoría humoral” y en cambio se acepta la “teoría microbiana”? ¿Por qué a un sujeto sufriente del siglo XVII le parece natural que un médico “especule” (Foucault 1963/2003) sobre los humores que tiene o no tiene sin siquiera mirarlo, y en cambio al mismo sujeto en el siglo XVIII le parece natural que el médico lo toque, escuche los ruidos del interior de su tórax, percuta con los dedos sobre su abdomen y presione sobre la piel para escuchar el crepitar de la gangrena?

Nuestra propuesta es que los signos, a diferencia de lo que opina la medicina positivista, no se encuentran “allí”, en el cuerpo del enfermo, disponibles para quien quiera percibirlos, ni se encuentran los síntomas en un ámbito mental privado que solo se puede representar o inferir a través del escrutinio sistemático de las conductas y el habla de los pacientes. Signos y síntomas son objetos que se construyen en la interacción social, son patrones interactivos que se estabilizan gracias a la palabra en primer lugar en el ámbito de la profesión, y en segundo lugar entre un médico y un paciente (y/o su familia), interacción que se da sobre un trasfondo cultural más o menos compartido entre los sujetos, que posibilita y simultáneamente constriñe el surgimiento de estos objetos. Ese trasfondo es el pensamiento cartesiano que separa con claridad un exterior conectado al mundo y un interior inaccesible para los demás (Sharrock y Coulter 2004). Siguiendo a Goodwin (1994), se trata de un proceso de moldeado (*shaping*) que crea los objetos de conocimiento característicos de una profesión, eso que Goodwin llama las “insignias de la profesión”.

Se puede tomar como ejemplo por su cotidianeidad el síntoma “fiebre”. La fiebre es un objeto clínico conceptual que el médico aprendió a distinguir en las prácticas con sus maestros, a través de acciones operadas en esa práctica, tales como tocar al paciente, percibir

el calor corporal, compararlo con el calor propio o con el de un sujeto normal, observar el color asociado de la piel, utilizar un termómetro —un aparato que dispone de una línea con una segunda línea sobrepuesta a la primera, de un color contrastante, que se expande, un conjunto de marcas que cruzan a las anteriores, y números alineados con estas marcas, conjunto que se ve y se interpreta como una escala que representa no un espacio físico ni una distancia, sino que temperatura, lo que es en sí mismo un asombroso fenómeno cultural (Hutchins 2010)— y muchas otras acciones, entre ellas la utilización de las palabras mismas, como fiebre o síndrome febril. Vigotski ya había sugerido que “el concepto es imposible sin palabras” (1936/2003, p.190) y la palabra parece servir como un estabilizador de esta red de acciones, experiencias y conceptos (Bottineau 2010). Hutchins (2010; Alač y Hutchins 2004) sostiene que la cognición es en sí misma acción, y los mundos sociales y materiales son elementos intrínsecos en la conceptualización. Para Hutchins (2010), los conceptos (como “fiebre”) son creados y manipulados en prácticas organizadas culturalmente mientras se mueve y experimenta el cuerpo. Aunque las prácticas científicas (o profesionales, como en este caso), puedan parecer inicialmente muy abstractas (como en la idea de “síndrome”), los objetos de conocimiento que estas prácticas producen se construyen gracias a «procesos mundanos de interacción humana cotidiana» (Alač y Hutchins 2004, p.659). Es con esta herramienta conceptual, la fiebre (que en sí misma es un núcleo aglutinador de una red de conceptos, acciones y experiencias), que el médico se acercará al paciente.

Podemos ampliar esta visión al incluir al propio paciente, al que sufre la fiebre, y analizar en algún detalle la interacción entre el experto (médico) y el paciente. La fiebre resulta de la interacción entre un sujeto que experimenta una particular sensación corporal de la que tiene que darse cuenta, tiene que importarle, tiene que ser relevante, ingrata, incómoda, sorprendente, o bien le es ingrata, incómoda, importante, etc., a su familia si se trata de un niño o un sujeto con una alteración mental que le impida dar cuenta de sí mismo, una sensación que comunica a su entorno a través de palabras, pero también de conductas coherentes con ellas, como el permanecer en cama, un sujeto que además tiene cierto tipo de expectativas sobre su condición y sobre la acción de otros sobre esta condición, piensa que tiene una enfermedad o algo cercano a la idea de enfermedad como prototipo, desea dejar de sentir la incomodidad que tiene, quiere aliviarse, y además cree en la existencia de un cierto

ámbito de posibles acciones que deben derivarse de todo esto; principalmente tiene expectativas sobre la conducta de un segundo sujeto al que ha llamado en su auxilio, que se entrega de una cierta manera específica al escrutinio de este segundo sujeto (por ejemplo, se tiende, se desviste, sigue las instrucciones que se le dan), y la acción de este segundo sujeto, que a su vez tiene también un amplio grupo de expectativas acerca de lo que se espera de este, de lo que ocurre, de lo que va a hacer, con la participación más o menos destacada de herramientas materiales como el termómetro y no materiales como el concepto y la palabra fiebre. La fiebre no es un objeto que existe por sí mismo en el entorno del médico, sino que es un objeto puesto en escena o construido (Havelange, Lenay & Stewart 2003; Hutchins 2010; Thompson 2005; Thompson y Varela 2001) por todo este sistema en forma simultánea: paciente, médico, y el trasfondo cultural que los acompaña a ambos, sus tecnologías materiales (el termómetro) y no materiales (los diagnósticos, los síntomas, los signos), en el que debe incluirse la palabra (Bottineau 2010; Hutchins 2010; Alač y Hutchins 2004), ciertas expectativas tanto del paciente, como de su familia y del médico acerca de lo que corresponde hacer, ciertas avenidas conceptuales que se abren o se cierran (por ejemplo, la posibilidad de que el paciente tenga una infección y que exista un antibiótico disponible), ciertas nuevas operaciones (como el resto del examen físico del paciente, la prescripción de exámenes de laboratorio o de imágenes). La fiebre tiene aquí una función de representación de todo este sistema, pero no en el sentido diplomático, como una señal que se toma por representante de algo que no se encuentra presente, sino que en el sentido teatral, como traer algo al escenario: la fiebre pone es escena todo este complejo sistema (Havelange, Lenay & Stewart 2003). Por sobre todo, la fiebre es el resultado de operaciones, de acciones humanas en un contexto determinado. La fiebre desde esta perspectiva es un patrón de organización del mundo que es construida en el interjuego entre dos personas (incluyendo sus trasfondos biológicos, personales y culturales –materiales y no materiales). La fiebre es este patrón de organización del mundo que ha sido producido en las conductas organizadas de una profesión, la medicina, y que termina por ser percibida por el practicante de la profesión pero también por sus usuarios (los pacientes). Ingold (2000) (citado por Hutchins 2010) sostiene que la percepción es propiamente comprendida como una habilidad cultural (pensemos aquí como se observa en primer lugar la temperatura en el termómetro). Pero es

necesario destacar que la fiebre, una vez constituida, sobre todo una vez denominada, parece tomar una verdadera autonomía (Bottineau 2010) y es tratada en consecuencia como si fuera un objeto autónomo de los sujetos que la constituyeron. Se habla de la fiebre como de un objeto que parece haber estado siempre “allí”, en el cuerpo del enfermo, antes de haber realizado toda esta serie de complejas operaciones. La fiebre se transforma así en un objeto.

1.2 La semiología psiquiátrica en el marco mentalista

En el caso de la semiología psiquiátrica, el proceso es similar, pero tiene algunas importantes diferencias. En el paradigma mentalista el psiquiatra explora un objeto, la mente, que tiene la particularidad de no ser directamente accesible a su exploración (Newby 1999; Jaspers 1945/1993)⁴, sino que se vuelve accesible a través de la conducta del sujeto que tiene enfrente, una conducta que el psiquiatra tiene que provocar a través de las preguntas y otras interacciones (como saludos, gestos, comentarios, incluso acciones que ejerce sobre el cuerpo del paciente, como cuando se explora la “flexibilidad cérica” en un sujeto catatónico y se le coloca en posturas incómodas que el paciente conserva, como si fuese un “muñeco de cera”, Jaspers 1945/1993) y que se exige al profesional que interprete. El paradigma psiquiátrico tradicional quiere que la semiología psiquiátrica, sus signos y sus síntomas, para la práctica profesional no sea diferente de la semiología médica. Se trata de explorar objetos que están “allí”, aunque este “allí” ahora adopte la particularidad de estar oculto, ser opaco, existir en la interioridad de un sujeto. El problema parece ser interpretar correctamente, lo que equivale a interpretar desapeadamente (esto es, sin afectos, sin prejuicios, Jaspers 1945/1993), a inferir correctamente un estado mental que le es opaco al psiquiatra. Para decirlo de otro modo, hacer una correcta teoría de la mente del paciente psiquiátrico.

⁴ La Psicopatología General de Karl Jaspers, texto que seguiremos como representante de la psiquiatría más clásica, ha sido considerado uno de los textos canónicos en la profesión (Silva 2000b; Ivanovic-Zunic 2000). En 2013 se cumplieron 100 años de la primera edición. En Santiago, se realizó el Symposium “100 años de la Psicopatología General” en la Universidad Diego Portales. En: <http://www.udp.cl/agenda/detalle.asp?agendaId=2217>; pero hubo tanto homenajes como críticas en otros lugares. Ver: <http://www.rsm.ac.uk/academ/pye01.php>; <http://www.unitt.de/?context=438&&card=heises.fe6cd709ae157df1562fce71c0c56ec5>. Acaba también de publicarse *One Century of Karl Jaspers Psychopathology*, Stanghellini y Fuchs (Eds.), Oxford University Press, 2013 (Disponible en: <http://books.google.cl/books>). Consultado el 20/10/2013.

La formación profesional del psiquiatra lo lleva a distinguir estos objetos en el examen mental de una manera similar a la distinción de la fiebre en el examen físico. De lo que se trata es de realizar una serie de acciones (y de vivir ciertas experiencias), de utilizar conceptos o herramientas culturales (como el “trastorno formal del pensamiento”), que van moldeando los objetos propios de su especialidad gracias a, como ya habíamos destacado, «procesos mundanos de interacción humana cotidiana» (Alač y Hutchins 2004, p.659). Como aclara Newby (1999), a menos que se tenga «una máquina para leer pensamientos», y desde la perspectiva de una mente “opaca”, el psiquiatra no podrá nunca estar seguro de su observación, del objeto que observa. Siempre existirá la probabilidad de que lo que observa sea un objeto que solo existe en su “imaginación” (Jaspers 1945/1993), que haga una teoría de la mente inadecuada. Pero la exigencia de Jaspers es que la observación se haga sobre lo “realmente existente”:

La representación o actualización de lo que ocurre realmente en el enfermo, de lo que experimenta propiamente, cómo se da en él algo en la conciencia, cómo se le insinúa algo, es el comienzo [...]. Sólo lo realmente existente en la conciencia [del enfermo] debe ser representado, lo no dado realmente en la conciencia [del enfermo] no existe. (Jaspers 1945/1993, p. 66)

Para lograr esta observación, Jaspers (1945/1993) insiste en que el clínico debe ser completamente neutral en su accionar, y tiene que aprender a reconocer y enseguida a desprenderse de todos sus prejuicios. La situación planteada es crítica. El psiquiatra debe entrar junto al paciente en una relación dialógica, de persona a persona. Esa es la esencia del examen mental. Una relación “mundana”, para utilizar el término de Alač y Hutchins (2004). En esta situación, no puede esperarse que el sujeto-médico permanezca indiferente o insensible ante la conducta del sujeto-paciente. Por el contrario, la vivencia de la interacción entre ambos es algo inevitable y tiene que ser relevada en la práctica del examen mental, incluso como un elemento esencial de ese examen (Varga 2010). Este es un hecho que Jaspers (1945/1993) reconoce pero del que entrega interpretaciones más bien contradictorias. Jaspers (1945/1993) considera la experiencia personal del médico como

parte del examen mental, pero al mismo tiempo aboga porque el médico la deje fuera en un intento por conservar una postura neutral, en tercera persona, para que el médico se pueda representar los hechos que se dan en la intimidad del paciente, representarlos sin distorsión alguna.

Es interesante observar estas contradicciones en el pensamiento de Jaspers. Jaspers (1945/1993) en primer lugar aboga en contra de los «prejuicios médicos en relación con lo cuantitativo, la perceptibilidad y el diagnóstico», prejuicios con los que «se quería hacer valer *sólo lo perceptible por los sentidos* como objetos de investigación» (p.28, destacado en el original). Afirma entonces que

...se puede penetrar en lo psicológico siempre si se imagina directamente lo psicológico, que es esencialmente cualitativo. Lo psicológico no es perceptible nunca sensorialmente de modo directo, lo es en la expresión [...]. Lo más característico que reconoce el psicopatólogo se da en el *trato* con seres humanos [...]. No opera sólo una percepción indiferente, como al leer una medida, sino una comprensión abarcativa en la visión del alma (p.28-29, destacado en el original).

Aún más, «hay pocos hechos que puedan ser admitidos intuitiva y esencialmente al menos sin un saber instintivo en torno a su posible sentido» (p.39). Ese saber instintivo será la base de la «comprensión» que diferenciará de la «explicación»⁵, distinción que será reconocida como uno de sus aportes más relevantes en psicopatología (Ivanovic-Zunic 2000).

Para eludir ambigüedades, empleamos la expresión “comprender” (*verstehen*) siempre para la visión de lo psíquico desde dentro. Al hecho de conocer relaciones causales objetivas, que sólo es visto desde fuera, no lo llamamos

⁵ Berrios (1996/2008) sostiene que la distinción entre “comprensión” y “explicación” Jaspers la tomó “prestada” de Dilthey.

nunca comprender, sino *explicar* (Jaspers 1945/1993, p.36; destacado en el original).

Jaspers hará de esta distinción entre el comprender y el explicar el fundamento de toda su psicopatología. Lo que él llama relaciones comprensibles de lo psíquico son una «causalidad desde dentro» (p.341, destacado en el original). Jaspers sostiene que existe una forma de causalidad que no es posible cuantificar y permanece siempre cualitativa.

Mientras en las ciencias naturales sólo pueden ser halladas relaciones causales, en psicología, el conocer encuentra su satisfacción en la captación...[en que]... lo psíquico surge de lo psíquico de una manera comprensible para nosotros (p.342).

A esto Jaspers lo llama una “comprensión genética”. La evidencia que se encuentra así

...es adquirida *con motivo* de la experiencia frente a las personalidades humanas [...] el reconocimiento de esta evidencia es la condición previa de la psicología comprensiva (p.343, destacado en el original).

Incluso, Jaspers sostiene que «podemos hallar evidentemente comprensible, libre de toda realidad concreta, una relación psíquica» (p.343). Es más: «Sin la capacidad y el placer de imaginar lo psicológico en su plenitud, no hay posibilidad alguna de hacer psicopatología» (p.29). Jaspers, por tanto, es un defensor cabal de la interpretación del sentido de los actos y comportamientos humanos, única manera de llegar a la mente del otro.

El juicio sobre la realidad de una relación comprensible en el caso particular no solo se apoya en la evidencia del mismo, sino ante todo en el material objetivo de los puntos de apoyo palpables (contenidos lingüísticos, creaciones intelectuales, actos, modos de vida, movimientos expresivos) en los que es comprendida esa relación; pero esas objetividades quedan siempre incompletas.

Todo comprender de procesos reales particulares es por tanto más o menos un interpretar, que solo en casos raros de relativamente alto grado de perfección puede llegar al material objetivo convincente (Jaspers 1945/1993, p.343).

Es “con motivo de la experiencia” que se puede encontrar la evidencia que se explora. Jaspers no deja de insistir en su idea de “comprensión genética” como un fenómeno dependiente de la actividad muy personal del sujeto que observa, (con motivo de su experiencia) lo que llama un “interpretar”, o “más o menos un interpretar”, indicando así que no cree posible llegar a una objetividad desde la interpretación, pero no deja de exigirla simultáneamente aún cuando admite que se reserva para “casos raros de relativamente alto grado de perfección” (no parece claro dónde estaría esta perfección, pero es posible que esté hablando del psiquiatra).

En consecuencia, Jaspers considera que la interpretación personal de la vida psíquica, modo privilegiado de acceso a la mente del otro, solo es posible desde una postura distanciada y objetivista. El conocimiento verdadero solo puede ser “objetivo”, y requiere una terminología igualmente “objetiva”. «Solo donde el conocimiento mismo es claro, puede ser objetiva y esencial la terminología» (p.44). Para llegar a este conocimiento “claro” y “objetivo”, y siendo el propio psiquiatra quien, en el contacto directo con el paciente, debe “interpretarlo” y “comprenderlo”, Jaspers propone que el psiquiatra debe adoptar una postura de total neutralidad.

Tenemos que dejar de lado todas las teorías recibidas, las construcciones psicológicas, las meras interpretaciones y apreciaciones, tenemos que dirigirnos puramente a lo que podemos entender en su existencia real, a lo que podemos distinguir y describir (p.66).

De ahí su insistencia en que el entrevistador se despoje de todo prejuicio para lograr objetividad. Jaspers dedica un capítulo de su libro a la explicación y clasificación de los prejuicios. Define “falsos prejuicios” como aquellas hipótesis «que pasan falsamente por absolutas [...] y que son disueltas por la aclaración», de las hipótesis “legítimas” que son

admitidas «por el esclarecimiento» (p.29) (se entiende, por tanto, que estas serían “prejuicios verdaderos”, ya que se les distingue de los falsos).

Frente a los prejuicios hay que mantener la misión de reconocer la realidad de la vida psíquica con todos los medios y desde todos los lados [...]. El impulso general hacia la realidad es en psicopatología hacia la vida psíquica real, que queremos reconocer en parte como objetos científico-naturales perceptibles por los sentidos (p.28).

Jaspers parece creer verdaderamente en esa realidad externa objetivable. Por eso esta es una situación al menos conflictiva. Por un lado se reconoce que la descripción psicopatológica tiene que ser “objetiva”, pero por otro lado la descripción solo puede ser hecha por un entrevistador que pueda “interpretar” correctamente lo que está “ahí” en el paciente, sin contaminación de cuestiones personales. Berrios sostiene que «el punto crucial aquí es que la “observación clínica” nunca es una actividad cognitivamente inocente» (Berrios 1996/2008; p.26). Jaspers reconoce, eso sí, que la tarea de ser simultáneamente intérprete de la semiología mientras se permanece como un observador neutral y sin prejuicios, apegado a lo que se aprecia por los sentidos, es difícil. Para él, el psiquiatra debe separar el «conocer y el valorar», lo que sin embargo «exige en (su) realización una medida tan alta de autocritica y de objetividad que está todavía lejos de ser algo espontáneo y natural» (p.24), y, en su tarea, tiene que ejercitarse «constantemente en *aprehender* puramente los hallazgos» (p. 25, destacado en el original).

La distinción de los objetos conceptuales clínicos psiquiátricos pasa por este entrenamiento en que el psiquiatra aprende a realizar esta acción, es decir, a sumergirse junto al paciente en una relación dialógica en la que no puede ocluir su experiencia, pero sabe que simultáneamente tiene la exigencia de permanecer neutral, libre de prejuicios, y hace el doble esfuerzo de concentrarse en observar solo lo perceptible a sus sentidos y de interpretar correctamente el mundo mental oculto del paciente. Esto es, intentará ser “objetivo”. Si esta es la exigencia para el psiquiatra, los objetos semiológicos que se distinguen en la formación profesional tendrán que depender de un entrenamiento diferente al

de la medicina somática, aún cuando comparta con esta al menos a nivel formal algunos de los conceptos y acciones que se realizan con el paciente.

1.2.1 Buscar la mente en el cerebro

La exigencia de objetividad en el examen mental ha recibido un impulso importante durante el siglo XX por el desarrollo de las neurociencias. Kandel, por ejemplo, sostiene que:

Todos los procesos mentales, aún los procesos psicológicos más complejos, derivan de operaciones del cerebro. El punto central de esta postura es que aquello que normalmente llamamos mente es un rango de funciones llevadas a cabo por el cerebro (Kandel 1998, p. 460)

Para Kandel este principio es tan central en el pensamiento tradicional de la medicina y biología, que «es casi una perogrullada (*truism*) y difícilmente tiene que ser reafirmado» (Kandel 1998, p.60).

Esta idea de Kandel se fundamenta en gran medida en que durante los últimos 30 años el panorama científico en el estudio del cerebro ha tenido un cambio notable gracias al desarrollo de tecnologías de imágenes cerebrales (Raichle y Mintum 2006), de electroencefalografía computarizada y magnetoencefalografía (y de las matemáticas de sistemas dinámicos no lineales que han permitido su análisis) (Grech et al. 2008; Stam 2005; Sakkalis 2011), los avances en técnicas como la microdiálisis (Revuelto-Rey et al. 2012), los registros neurales intracelulares (Long y Lee 2012), las técnicas de autorradiografía de marcadores radiactivos para la localización de receptores celulares (Kar y Hawkes 2007), y las técnicas de exploración de la sustancia blanca (tractografía) (Yamada et al. 2009), para no mencionar los indicadores bioquímicos o de análisis genético. Estos desarrollos con frecuencia han presionado para que la psiquiatría fundamente sus diagnósticos en algún tipo de examen de laboratorio. Por ejemplo, Frances (2013), realizando por una parte una seria crítica al sobrediagnóstico en psiquiatría debido a los difusos límites en las enfermedades psiquiátricas, deja entrever que la investigación científica ha tenido nulo efecto sobre el

diagnóstico, que «aún se basa en forma exclusiva en juicios subjetivos inciertos en vez de pruebas biológicas objetivas» (p.221). Philips y Kupfer (2013) analizan el diagnóstico de los trastornos bipolares y llaman a identificar biomarcadores objetivos y neuroimágenes que permitan realizar los diagnósticos con la mayor anticipación posible, y se muestran esperanzados porque las neuroimágenes «están comenzando a mostrarse como métodos prometedores» en el diagnóstico (p.1666). Zarate et al. (2013), en la misma línea, revisan la existencia de biomarcadores que permitan identificar pacientes que respondan mejor y más rápido a los tratamientos antidepresivos.

No cabe duda que el paradigma neurobiológico ha demostrado una fuerza considerable en los últimos 20 o 30 años, pero no deja siempre satisfecho al mundo psiquiátrico. Figueroa (2002), por ejemplo, critica a Kandel y su tesis de que la mente sea un “rango de funciones llevadas a cabo por el cerebro”, porque contiene en sí una serie de “presupuestos metafísicos de un alcance considerable”. Para Figueroa (2002), que hace una crítica de corte antropológico, Kandel no plantea un marco de referencia nuevo ni en el plano conceptual – dado que, asegura Figueroa, la idea de un ser humano y de ciencia psiquiátrica moderna provienen de la metafísica de la edad moderna que desde el siglo XVII habla de un sujeto que conoce a un objeto a través de representaciones- ni en el histórico –desde hace tres siglos la psiquiatría lucha por demostrar que los trastornos mentales están asentados en el cerebro (Figueroa 2002). Pero dudar del pensar neuropsiquiátrico no es poner en cuestión la exactitud de sus hallazgos ni dar por inútiles sus afanes en busca del conocimiento objetivo. Figueroa (2002) sigue a Ortega y Gasset, que apunta a “lo originario” en el ser humano, y no duda que lo primero es vivir, y solo en seguida filosofar y hacer ciencia. La vida humana no es existencia biológica, ni psiquis funcionando al interior de un organismo, ni cerebro secretando la mente, ni siquiera hombre: «El hombre –esto es, su alma, sus dotes, su carácter, su cuerpo- es la suma de aparatos con que se vive, y equivale, por tanto, a un actor encargado de representar aquel personaje que es su auténtico yo» (Ortega y Gasset, citado por Figueroa 2002). O en frase más coloquial: «Ese que es usted, amigo mío, no consiste en su cuerpo, pero tampoco en su alma, conciencia o carácter» (Ortega y Gasset, citado por Figueroa 2002), todos ellos no pasan de ser instrumentos u órganos, más próximos o más

lejanos, con los que uno se ha encontrado y con los cuales hay que esforzarse en existir, y que, aún siendo indispensables, no son el ser humano que somos (Figueroa 2002).

Fuchs (2009) sostiene que cuando el paradigma neurobiológico se aplica al fenómeno de la enfermedad mental suele provocar una perspectiva restringida. Destaca que, para los psiquiatras, el objeto de su interés profesional no son los cerebros, sino los pacientes. Considera que esta visión restringida se puede describir de manera crítica en tres aspectos: es reduccionista: la subjetividad es producto de la actividad de una máquina procesadora de símbolos y crea la ilusión de una conciencia; es reificadora: sugiere que los estados subjetivos o mentales podrían encontrarse en un sitio específico del cerebro, con lo que incluso la enfermedad mental misma consistiría en un cambio de la actividad metabólica en ciertos sitios del cerebro, y, por último, es aislacionista, esto es, aísla al paciente individual y trata su enfermedad como separada de sus interconexiones con su ambiente.

Fuchs (2009) sugiere que, aunque el cerebro es un elemento central para los procesos que llamamos mentales, no es, sin embargo, su único “asiento”. Adoptando una posición cercana a la de la mente extendida (Clark 1998) y de carácter sistémico, plantea que el cerebro es un “órgano de traducción” que transforma las relaciones entre elementos simples de una situación dada (“estímulos”) en totalidades o unidades gestálticas. Así, sería un órgano de mediación entre el mundo microscópico de los procesos materiales y fisiológicos y el mundo macroscópico de los organismos vivos y sus experiencias. Para este autor, no existiría una mente que actúa sobre un cuerpo físico, así como no hay un cerebro que produce una mente. En cambio, el cerebro actuaría como un transformador “en ambas direcciones”: las influencias psicosociales en el nivel de significados y la intencionalidad son transformadas en patrones de actividad neural en el nivel biológico, pero también a la inversa. Esto significa que cualquier proceso que concierna la etiología de los síntomas de la enfermedad mental es de carácter biológico así como de carácter psicológico. Por una parte la transformación va de arriba-abajo (*top-down*), esto es, desde las experiencias subjetivas al nivel neural, y por la otra parte van de abajo-arriba (*bottom-up*), esto es, desde los efectos farmacológicos sobre los neurotransmisores (o las alteraciones neurales patológicas) a la modificación de la experiencia subjetiva (Fuchs 2009).

Jaspers (1945/1993) también es crítico de la idea de que la mente se encuentra en el cerebro, desde la introducción misma de su libro:

En la profesión psiquiátrica práctica, se trata siempre de seres humanos individuales y enteros [...]. Los límites [de la psicopatología] consisten en que no puede nunca disolver enteramente al hombre individual en conceptos psicológicos. Cuanto más llega a conceptos, cuanto más reconoce y caracteriza como típico, regular, tanto más reconoce que en todo individuo se oculta algo incognoscible para esta. (p.7)

Se encuentran en este párrafo dos temas alrededor del tema de la psiquiatría y la psicopatología que van contra el modelo de la psiquiatría como “patología cerebral”. Primero, la psiquiatría trata al ser humano como un todo y como individuo, y segundo, es limitada, parcial e incompleta. Jaspers continúa diciendo que el objeto de la psicopatología es «el acontecer psíquico realmente consciente» (p.8), pero destaca que «cuerpo y alma forman una unidad indisoluble... y en un intercambio recíproco» (p.10), pero las investigaciones de esta dos áreas «no tropiezan nunca» y las compara con la exploración de «un vasto territorio impenetrable» (p.10) por dos grupos de exploradores que nunca se encuentran. En los límites de la conciencia no se puede hallar ningún proceso físico «que corresponda directamente a las ideas delirantes,... a los afectos..., a las alucinaciones» (p.11).

Jaspers por lo tanto reconoce que psique y soma son una “inseparable unidad” y se encuentran en una relación de influencia recíproca, pero introduce la idea de un vacío epistemológico (el «vasto territorio impenetrable») que separa nuestro conocimiento de cuán precisamente se puede ligar nuestra comprensión de los eventos psíquicos con los eventos somáticos. Lo que no es claro es qué es aquello que nos impide conocer las conexiones causales precisas que ligan estas dos clases de eventos: si acaso, para Jaspers, es un “misterianismo” conceptual, donde el intelecto humano se considera simplemente como incapaz de resolver el problema de la conciencia, o tal vez es un problema empírico que debe ser resuelto con los avances científicos. Aún más, existe una preocupación sombría:

que con el progreso de la neurología la psique se desvanezca, y de tal manera los modelos somáticos de enfermedad tendrán preponderancia explicativa y ontológica. Esta preocupación será tratada de manera más explícita más adelante en la introducción en su discusión sobre el “prejuicio somático” (p.25), donde considera el prejuicio de que el soma y su estudio sean el sitio de la verdadera empresa científica y que esto lleve a su vez a una “resignación” a considerar los temas psicológicamente. Más aún, la psique podría no ser más que un “sucedáneo”⁶, como en el materialismo eliminativo contemporáneo. La preocupación de Jaspers es que para aquellos cautivados por el prejuicio somático, la psique se desvanecerá y será eliminada a través de la empresa de los investigadores somáticos.

Jaspers utiliza el término “mitologías del cerebro” para referirse a la preferencia de los autores a discutir la psique científicamente solo si se daba en términos biológicos o fisiológicos, o anatómicos. Este es el “prejuicio somático” que se “disfraza” con la fisiología o anatomía. «Pero tales construcciones anatómicas han sido enteramente fantásticas (Meynert, Wernicke) y son llamadas con razón mitologías del cerebro» (p.25). Jaspers no se muestra aquí “anticientífico”, sino que solamente ecuménico y pluralista (Stanghellini y Fuchs 2013). Toma la famosa frase de Griesinger, “las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro” (que es lo mismo que plantea contemporáneamente Kandel, 1998), pero asegura que « esta frase es un dogma, lo mismo que sería un dogma la negación de esta frase. » (p.511). Lo fecundo, para Jaspers, es buscar procesos cerebrales donde se puedan demostrar anatómica e histológicamente causas globales, pero está en contra de un localizacionismo, por ejemplo colocar representaciones y recuerdos en células, o localizar asociaciones de ideas en haces de sustancia blanca.

1.2.2 Esbozo de una neurociencia social

Es probable que el tema de la relación mente-cerebro tenga que ver con niveles de autoorganización, concepto al que Fuchs (2009) está bastante cercano (de hecho, en su trabajo reconoce explícitamente la influencia de Varela y sus ideas de autoorganización y

⁶ En la traducción inglesa, citada por Stanghellini y Fuchs (2013), la palabra es “*theoretical stopgap*”, esto es, la psique es un “parche teórico”. No hemos tenido acceso al original en alemán.

enacción). Ideas más recientes de cognición corporizada (Wilson y Golonka 2013) podrían ser también una forma de abordar el tema “mente-cerebro”.

Trabajos muy recientes han destacado la idea de que la investigación en neurociencias tiene que ser capaz de indagar verdaderamente en la interacción social (Schilbach et al. 2013; Pfeiffer et al. 2013). Este tema Schilbach et al. (2013) lo han denominado la “materia oscura” (*dark matter*) de la neurociencia. Los autores consideran que la investigación ha sido más bien pobre en este campo, y se ha privilegiado un tipo de investigación “*offline*”, esto es, lo que pudiéramos llamar en “tercera persona”. En cambio, se hace necesario un enfoque que sea capaz de observar lo que ocurre en la interacción misma (Pfeiffer et al. 2013), lo que Schilbach et al. (2013) llaman interacción “*online*”, dado que existiría algo fundamentalmente diferente en el momento en que nos encontramos activamente comprometidos con otros en interacciones sociales en tiempo real, que cuando solamente las observamos. La propuesta de este grupo⁷ es que la interacción social se verifica no desde la “primera persona”, ni de la “tercera persona”, sino que bajo el paradigma de la “segunda persona”. Esto es, como “mentes comprometidas” (*engaged minds*). Mientras que para la cognición social “*offline*” la interacción y la retroalimentación son meramente modos de recopilar información sobre la otra persona que a su vez alimenta algoritmos procesadores “dentro” del agente, se ha propuesto que en la interacción social “*online*” el conocimiento del otro –por lo menos parcialmente– pudiera residir en la dinámica interaccional “entre” los agentes (lo que, por ejemplo, De Jaegher, Di Paolo y Fuchs han denominado “hacer sentido participativo”, De Jaegher y Di Paolo, 2007; Fuchs y De Jaegher, 2009, tema sobre el que volveremos). Estar participando en una interacción puede originar un compromiso a responder (*being responsive*) creado por importantes diferencias en los fundamentos de la cognición social “*online*” y “*offline*”.

Existen por lo menos tres ejes diferentes en los cuales la neurociencia social tendrá que evolucionar (Pfeiffer et al. 2013) para lograr (a) ser capaz de validar la idea de que la interacción es mucho más que el reclutamiento “*online*” del conocimiento social interno de dos o más agentes y (b) aspirar a una real comprensión de en qué consiste existir y funcionar

⁷ En realidad, de una corriente de investigadores que hoy es extensa, véase por ejemplo la gran cantidad de trabajos que contiene el número especial de *Frontiers Research Topics*, Towards a neuroscience of social cognition, de febrero de 2013 (Pfeiffer, Timmermans, Vogeley, Frith y Schilbach) (Eds.)

en un contexto social. Schilbach et al. (2013) describen un primer eje que representa los polos de desapego y compromiso social; un segundo eje que va desde contextos puramente espectatoriales (es decir, aquellos en que se participa como espectador), donde los participantes provocan cambios significativos en su entorno, a paradigmas en los que dos agentes interactúan uno con otro de una manera dinámica; y tercero, otro eje que contrasta metodologías que buscan variaciones explicativas en un agente solitario con enfoques sobre el poder explicativo de un sistema de múltiples agentes.

Estos ideas apuntan fundamentalmente a críticas a los dos modelos que han prevalecido en la neurociencia como substratos de la cognición social, esto es, el modelo del “sistema de neuronas especulares” (SNE) y el modelo de la “red de mentalización” (MENT). El primero tomado como evidencia de la teoría de la simulación, y el segundo de la teoría-teoría de la mente. La aparente disparidad de estos dos grupos de resultados podría encontrarse, en realidad, en las diferencias de los paradigmas experimentales utilizados, que corren el riesgo de presuponer el marco teórico mismo que se está tratando de demostrar (Schilbach et al. 2013).

Como veremos más adelante, el paradigma enactivo es particularmente reacio en atribuir fenómenos de nivel personal (tales como la “simulación”), es decir, fenómenos que involucran a una persona en su globalidad, incluida su biología pero también su historia y su mundo, a localizaciones subpersonales (como las “neuronas especulares” o las “redes de mentalización” o cualquier otra localización cerebral).

1.3. El otro opaco

Existirían, por lo tanto, en psiquiatría (pero también en la medicina) signos y síntomas que parecen constituir elementos diferenciables en la semiología médica. Esta distinción entre signo (lo externo, público, visible) y síntoma (lo interno, íntimo y no visible) no es tan solo un problema metodológico (Goic y Chamorro 1987). Responde a una problemática tanto ontológica como epistemológica acerca de qué constituye una mente y cómo podemos, como observadores, tener acceso a ella. Este tema es el núcleo de una de las principales corrientes contemporáneas en cognición social, aquella llamada “teoría de la mente” (TM)

(Baron-Cohen, Leslie y Frith 1985; Leslie 1987; Fuchs y De Jaegher 2009, Reddy y Morris 2004).

La TM sostiene que explicamos y predecimos las conductas de otra persona gracias a una habilidad, que puede ser innata o adquirida, de construir “teorías” sobre el comportamiento y sobre los estados mentales de los demás, tales como creencias o deseos, que son los causales de su conducta (Premack & Woodruff 1978; Baron-Cohen et al. 1985;1986). La TM sostiene que no podemos tener un acceso directo a la mente de los demás, sino que tan solo a las conductas, y que la mente no es nunca accesible sino a través de las teorías que el observador pueda formular acerca de aquella. La TM concibe la mente como un ámbito interno, separado del resto de las personas por un “golfo epistémico” (Fuchs & De Jaegher 2009). Esto significa que, en principio, estamos ocultos para los demás o los demás están ocultos para nosotros; el Otro es “opaco” ante nuestra mirada. De ahí que necesitemos inferir a través de una “teoría” este mundo interno para lograr una comprensión del Otro. Mente y cuerpo se encuentran separados. Sharrock y Coulter (2004) sostienen que la TM es una forma de “neo-cartesianismo”, dado que «rechaza el antiguo dualismo cartesiano pero se mantiene de todas maneras firmemente emplazada dentro de la problemática cartesiana» (p.582).

Un ejemplo habitual de esta dualidad es la relación entre el habla, un elemento externo, y el pensamiento, que pertenece a la intimidad del sujeto. Es sabido que la relación entre pensamiento y lenguaje es compleja (Vigotski 1934/2007), y aún más en el ámbito de la psicosis. Como ha destacado Newby (1995), si “lenguaje” es difícil de definir, lo es todavía más “pensamiento”, y la investigación siempre está amenazada por el potencial fracaso en realizar una correcta distinción entre ambos. Esto se expresa, por ejemplo, en el uso del término clínico psiquiátrico “trastorno formal del pensamiento” (Newby 1995) (y que se acerca a la idea de “confusión del lenguaje” de Jaspers que ya hemos mencionado), que los clínicos reconocen “fácilmente” (Newby 1995) como una comunicación desarticulada, que no posee aparentemente un propósito definido, y que se observa comúnmente en pacientes con una psicosis funcional (esquizofrenia). Newby (1995) agrega:

Lo que no siempre se valora es que lo que se observa es una alteración del *habla* y que no necesariamente podría reflejar el flujo de [los] pensamientos [del paciente]. Sin tener acceso a una máquina para leer pensamientos, nunca podremos estar completamente seguros de lo último, y en general solo podremos inferir los pensamientos a partir de su contraparte en el habla (p.32).

Esta idea de Newby (1995), más que subrayar la *relación* entre pensamiento y lenguaje, en realidad está destacando la *separación* entre estos, y sugiere que no tenemos acceso a la intimidad de los sujetos sino tan solo a las manifestaciones corporales externas.

Jaspers (1945/1993) sostiene una postura similar. El psiquiatra no tiene un canal sensorial privilegiado con el que pueda iniciar su exploración. No puede mirar, no puede escuchar ni tocar la “psique” (Jaspers 1945/1993). Lo que observa el psiquiatra son las conductas de una persona. Todas las señales de la enfermedad mental son en definitiva conductas que, según el paradigma mentalista que analizamos (y del que Jaspers no se muestra ajeno), remiten a la interioridad psíquica del paciente. Kurt Schneider, considerado por muchos como un continuador de la obra de Jaspers (Nadir et al. 2013), afirma que «todos los procesos mentales solo son accesibles a través de la expresión, del lenguaje expresivo, de la escritura, de la expresión facial y otras actividades motoras» (citado por Gaebel et al. 2007). La única forma que tiene el psiquiatra de realizar el proceso de examen mental es interactuando con el paciente en el plano comunicativo, como lo hace cotidianamente con el resto de las personas. El psiquiatra desea observar conductas que pueda asociar a la interioridad del paciente, al ámbito de lo mental.

La mente como tal no es en modo alguno un objeto. Se convierte en objeto por aquello que se muestra perceptible en el mundo: en manifestaciones somáticas concomitantes, en expresión comprensible, en comportamiento, en actos; además se muestra en comunicaciones por el lenguaje, dice lo que quiere y piensa, produce obras. En todos estos hechos que son demostrables en el mundo, tenemos efectos de la mente ante nosotros (Jaspers 1945/1993, p.16).

Y más adelante:

Ya que lo psíquico extraño no puede, como lo físico, ser percibido directamente, para obtener una introyección o comprensión de él, hemos de tratar siempre, según el caso, de describir una serie de manifestaciones externas del estado anímico, estudiar las condiciones, comparaciones y simbolizaciones sensorialmente intuitas, mediante una representación sugestiva (Jaspers 1945/1993, p.65).

Esto es, una separación entre cuerpo y mente con una completa opacidad del ámbito mental. Un observador solo tendrá acceso a las conductas de alguien, al cuerpo, al habla, pero nunca a la mente. La observación de la mente es para Jaspers una tarea de la “imaginación” o de la “intuición” a partir de estas manifestaciones externas. Afirma que

...se puede penetrar en lo psicológico siempre si se imagina directamente lo psicológico, que es esencialmente cualitativo. Lo psicológico no es perceptible nunca sensorialmente de modo directo, lo es en la expresión [...]. Sin la capacidad y el placer de imaginar lo psicológico en su plenitud, no hay posibilidad alguna de hacer psicopatología (Jaspers 1945/1993, p.28-29).

Esto es similar a lo que propone la TM: solo podemos “imaginar” (diríamos “teorizar”) sobre el estado interno, sobre la mente de otro, pero nunca tendremos una manera de acceder directamente al ámbito íntimo de esa mente. No tenemos más que representaciones de la mente del Otro.

La pragmática cognitiva (Bara 2010) asume una postura similar pero desea resolver de una manera formalizada la relación entre conductas lingüísticas y extralingüísticas como expresión externa de un mundo interno al que no tenemos acceso directo. Bara (2010) establece una diferencia jerárquica entre ambos tipos de conductas, y sostiene que el lenguaje –que es para Bara la principal vía de comunicación humana– es constantemente *ayudado* por elementos extralingüísticos (esto es, gestos, risas, llanto, caricias, golpes,

besos, perfumes, y también dibujos, esculturas, signos comerciales, signos viales, arquitectura, jardines de diseño, al que añade elementos paralingüísticos como la prosodia) los que “facilitan” la mutua comprensión. El lenguaje, incluso, en algunas situaciones es un instrumento particularmente “mal hecho” para la expresión de un ser humano. En cambio, la comunicación extralingüística, que es tanto filogénica como ontogénicamente más antigua, es singularmente rica, menos conectada a las dimensiones abstractas y conceptuales de la vida humana y más a los elementos emocionales y conductuales de los mamíferos superiores.

Bara (2010) considera que la comunicación es el proceso en que dos sujetos se ponen en contacto. Estos dos sujetos en principio se encuentran aislados uno del otro y se enfrentan a la tarea de “compartir estados mentales” (p.ix) a través del intercambio de información por canales de formas lingüísticas, extralingüísticas y paralingüísticas. Estos canales deben llegar a tener “de alguna manera” un significado, “en algún lugar” tienen que volverse equivalentes desde el punto de vista del procesamiento. Para Bara (2010) esto significa que cuando han sido “apropiadamente simbolizados” son tratados de la misma manera.

1.4 El otro transparente

Reddy (2008), que ha trabajado fundamentalmente con bebés y se ha interesado en la forma en que un bebé “conoce una mente”, sostiene que se puede plantear el tema a la inversa, y en vez de pensar que nuestras mentes son opacas a los demás, podríamos pensar en que estamos conectados desde el inicio. «¿Qué pasa si pensamos que el punto de partida para entender a las personas es como si estuvieran, no en aislamiento y desconocimiento, sino que en una relación emocional y en una conciencia (*awareness*) psíquica?» (Reddy 2008, p. 4). En vez de considerar a los bebés (y a las personas) como si estuvieran completamente separados (*disembedded*) –y con sus mentes igualmente separadas– prefiere considerarlos como «intrínsecamente conectados» en una relación emocional y con conciencia psicológica. En vez de ser una tardía consecuencia de un entendimiento construido racionalmente, el compromiso afectivo podría constituir los momentos de intimidad «donde se revela y se forja una poderosa conciencia del otro» (Reddy 2008, p.4). Una idea similar a la que Stern (1985) llama “los momentos de ahora” (*now moments*).

Un segundo problema es considerar no solo que los bebés están separados (*disembedded*) de otras mentes (y del mundo de los objetos y actividades), sino que existe el problema más profundo de una mente descorporizada (*disembodied*). Reddy llama la atención acerca de que la psicología suele considerar la mente como algo privado y opaco, algo «oculto detrás de la máscara del cuerpo» (p.4), a veces revelada en la conducta de este, a veces no. Para ella, «aquí es donde comienza el verdadero problema». La separación (*dis-embedding*) y la descorporización (*dis-embodiment*) vuelven verdaderamente difícil la tarea de construir una explicación coherente acerca de cómo es que las mentes pueden llegar a comprenderse, «no solo por los bebés, sino por los adultos, por otros animales e incluso por los psicólogos» (p.4). Siguiendo a Merleau-Ponty, Reddy sostiene que el cuerpo «es el corazón expresivo e intencional de nuestro ser» (p.14).

El punto de partida del que habla Reddy (2008) es cercano también a lo que Gallagher (2001) llama la “intersubjetividad primaria”, un conjunto de prácticas y capacidades corporizadas, la forma primaria en que entendemos a los otros en interacciones en segunda persona. De Jaegher y Di Paolo (2007) sostienen que esta intersubjetividad es el lugar donde cada persona se revela a la otra de una manera “transparente”, aunque en principio solo de manera parcial dada la autonomía característica de cada uno de los participantes en la relación. Pero en la medida en que se construye dinámicamente la interacción, en la medida en que surge la coordinación entre dos, ante una demanda constante de autonomía de cada participante se produce un ajuste del sentido compartido que surge de esa interacción. Cuando la interacción y las intenciones individuales se encuentran coordinadas, «nos sentimos mutuamente capacitados para navegar en la interacción: experimentamos una especie de transparencia con el otro en interacción» (De Jaegher y Di Paolo 2007; p.504).

Merleau-Ponty (1945/1997) expresa esta misma idea:

Yo no percibo la ira o la amenaza como un hecho psíquico oculto tras el gesto, leo la ira en el gesto, el gesto *no me hace pensar* en la ira, es la misma ira [...]. Todo ocurre como si la intención del otro habitara mi cuerpo, o como si mis intenciones habitaran el suyo (Merleau-Ponty 1945/1997, pp.201-202, destacado en el original)

Wittgenstein parece crítico ante la posibilidad de que tengamos que interpretar primero un gesto para saber cómo actuar:

§ 218. Interpreto las palabras; desde luego -pero ¿también interpreto los gestos? ¿Interpreto una expresión del rostro como amenazadora o bien como amable? - Eso puede ocurrir. Ahora supóngase que dijera: "No basta con que perciba el rostro amenazador, tengo que interpretarlo primero." -Alguien apunta con un cuchillo hacia mí y digo: "Concibo eso como una amenaza."

§ 220. La conciencia en el rostro del otro. Contempla el rostro de alguien y mira en él la conciencia y observa un determinado matiz de conciencia. Adviertes en ese rostro alegría, indiferencia, interés, enternecimiento, apatía, etcétera. La luz en el rostro del otro. ¿Miras dentro de ti mismo, para reconocer la furia en su rostro? Allí está tan claramente como en tu propio pecho.

§ 225. "La emoción se ve." -¿En oposición a qué? -No se ven las contorsiones del rostro y se hacen conjeturas (como el doctor que da un diagnóstico) para hablar de alegría, aflicción o aburrimiento. Suele describirse un rostro directamente como triste, radiante, aburrido, aun cuando se sea incapaz de ofrecer otra descripción de las facciones del rostro. -La aflicción, se podría decir, está personificada en el rostro. Esto pertenece al concepto de la emoción (Wittgenstein 1967).

En suma, dos ideas diferentes se oponen en la forma de abordar la relación humana, el contacto social. En un caso, los sujetos se encuentran aislados, su mundo interno es "opaco" a los demás, y surge en consecuencia el problema de cómo es que logran ponerse en contacto, comunicarse. La respuesta es que los sujetos construyen o imaginan una teoría, o un modelo de la mente del Otro, a partir de los signos externos de su conducta, sean lingüísticos o extralingüísticos. Esta postura es la de la teoría de la mente y, para nuestro

interés, es también la de Jaspers, que tomamos aquí como representante de la psiquiatría canónica.

La otra idea es contrapuesta: las personas están desde el inicio, desde el momento de nacer, en contacto unas con otras, son “transparentes” en su intimidad, aunque en mayor o menor grado, dado que estar en contacto presupone además la autonomía de cada una. La comunicación en esta postura consiste en el acoplamiento regulado de al menos dos agentes autónomos, donde la regulación se refiere a la interacción misma, la que llega a constituir una organización autónoma en el dominio de la dinámica relacional, sin destruir la autonomía de los agentes involucrados (De Jaegher & Di Paolo 2007). Esta postura en sus fundamentos filosóficos ha seguido en buena medida el trabajo de Maurice Merleau-Ponty.

Lo que cabe ahora es observar cómo se expresan ambas posiciones en ese momento especial del examen mental y la observación de signos y síntomas psiquiátricos, y cómo es entrenado el futuro psiquiatra para distinguir los objetos culturales propios de su profesión (Goodwin 1994).

2. Marco teórico

2.1 La Teoría de la Mente (TM)

Derivada de la corriente cognitivista, a fines de la década de 1970 se puso en circulación la idea de que, dado que la mente de los otros no es algo directamente observable, la interacción social solo era posible gracias a que los seres humanos hacían una “teoría de la mente” del otro a partir de su conducta (Premack y Woodruff, 1978; Baron-Cohen, Leslie y Frith 1985; Baron-Cohen et al. 1986; Leslie 1987; Apperly, 2012; Koster-Hale y Saxe 2013; Mar 2011; Waytz et al. 2010). Una postura cognitivista alternativa sostiene que las personas en realidad no hacen una *teoría* de la mente de los otros cuando entran en interacción, sino que *simulan* los estados mentales de las demás personas o de sí mismos (Dokic y Proust 2002; Goldman y Shanton 2010). Por este motivo a la teoría de la mente (TM) en la primera versión se le suele llamar “teoría-teoría” (TT) para diferenciarla de la teoría de la simulación (TS).

La idea de una teoría-teoría de la mente (TT) se originó en un ya clásico artículo de Premack y Woodruff publicado en 1978, “*Does the chimpanzee have a theory of mind?*” (Premack y Woodruff, 1978). Estos autores sostenían que un individuo tiene una teoría de la mente si es capaz de imputar “estados mentales” a sí mismo o a los demás. Un sistema de inferencias de esta naturaleza es considerado propiamente una teoría porque, tal como cualquier teoría, al no ser los estados mentales directamente observables, el individuo debe construir una representación o un modelo de lo que no puede observar, y con estas inferencias o modelos puede realizar predicciones sobre la conducta de los demás. El chimpancé (y los seres humanos) pueden inferir propósitos e intenciones del otro, así como conocimientos de diverso tipo, creencias, pensamientos, dudas, sentimientos, gustos y otros elementos similares. La TT es un fenómeno en el que nos apoyaríamos para lograr la interacción social, un fenómeno que puede ser innato o adquirido (Premack y Woodruff 1978; Baron-Cohen et al. 1986).

Se ha postulado que muchas patologías estarían asociadas a un déficit en la TT (Korkmaz 2011), entre ellas los trastornos del espectro autista, el déficit atencional con hiperactividad, los trastornos del desarrollo del lenguaje e incluso la esquizofrenia, así como trastornos adquiridos por traumatismos o injurias de diverso tipo (Korkmaz 2011).

Se han desarrollado varios paradigmas para investigar la TT, pero un tipo especial de tarea –la prueba de la falsa creencia– sigue siendo con mucho la más utilizada en la bibliografía (Apperly 2012). Fueron Simon Baron-Cohen, Alan Leslie y Christopher Frith quienes llevaron la TT al campo de la investigación en seres humanos, y lo hicieron buscando explicar el autismo infantil con un modelo “metarrepresentacional” (Baron-Cohen, Leslie y Frith 1985) a través de la prueba de falsa creencia.

Este modelo especifica un mecanismo que se encuentra en la base de un aspecto crucial de las habilidades sociales, aquel de concebir los estados mentales: esto es, saber que la gente sabe, desea, siente, o cree cosas; en breve, tener lo que Premack y Woodruff (1978) denominaron “teoría de la mente”. Una teoría de la mente es imposible sin la capacidad de formar “representaciones de segundo

orden” [...]. De acuerdo al modelo de Leslie (Leslie 1984)⁸ esta capacidad no aparece sino hasta el segundo año de vida. En tanto esta capacidad se manifiesta a la larga por sí misma en una teoría de la mente, Leslie muestra que también da cuenta de la emergencia del juego de simulación. Una ausencia de la capacidad de formar representaciones de segundo orden, entonces, llevaría no solo a una carencia de teoría de la mente, con sus aspectos concomitantes de ineptitud social, sino también a una carencia del juego de simulación.

Leslie (1987) distingue entre una representación mental básica de los objetos y eventos del mundo, y una capacidad de entender la cognición misma, que surgiría en el niño durante el segundo año de vida, con el juego de simulación.

No vemos el surgimiento de la simulación como el desarrollo de la comprensión de los objetos y de los eventos como tales, sino más bien como el advenimiento de una capacidad de entender la cognición misma. Es un síntoma temprano de la habilidad de la mente humana para caracterizar y manipular sus propias actitudes e información. Simular uno mismo es pues un caso especial de la habilidad para entender la simulación en los demás (la actitud del resto hacia la información). En breve, la simulación es una manifestación temprana de lo que ha sido llamado *teoría de la mente* (Leslie 1987, p.416)

La idea fundamental que plantea el grupo de Baron-Cohen, Leslie y Frith es que los niños autistas carecen de esta capacidad de metarrepresentación, y ese es el motivo de su carencia de juego de simulación, la que no se explica por un retraso mental (dado que los

⁸ No hemos logrado tener acceso a este artículo de Alan Leslie (Pretend play and representation in infancy. A cognitive approach), aparecido en 1984 como parte de la colección ARAPI, *Contributions a la recherche scientifique sur l'autisme aspects cognitifs*. El artículo de Baron-Cohen et al. (1985) no da más referencias (ni editorial, ni ciudad, ni si se trata de un texto, un resumen a congreso, o algo similar). Sin embargo, encontramos un artículo cercanamente relacionado, más o menos contemporáneo, también de Alan Leslie (1987): Pretense and Representation: The Origins of “Theory of Mind”, publicado en *Psychological Review*, 94(4):412-426. Es a este artículo que nos referimos a continuación.

niños con síndrome de Down y severo retraso mental sí muestran juego de simulación) (Baron-Cohen et al. 1985). Dicen estos autores:

Para probar esta hipótesis haremos el pronóstico de que los niños autistas carecen de una teoría de la mente (p.39)

Consideran, eso sí, que:

Es posible, por supuesto, que los niños autistas posean una teoría de la mente y aún así muestren incompetencia, dado que la competencia social depende de un gran número de factores. Sin embargo, si nuestro pronóstico es incorrecto, y los niños autistas evidencian el uso de una teoría de la mente, entonces podemos descartar una deficiencia de las representaciones de segundo orden. Aún si nuestro pronóstico se confirmara, esto es, si los niños autistas carecieran de una teoría de la mente, aún tendríamos que establecer que esto sería un déficit específico, esto es, que no depende de un retraso mental general. Así, tendremos que demostrar que (a) aún aquellos escasos niños autistas cuyo CI se encuentra en el promedio debieran carecer de esta habilidad y (b) que los niños no autistas pero severamente retardados, tales como aquellos con síndrome de Down, tendrían que tenerla.

En su estudio, Baron-Cohen et al. (1985) utilizaron el paradigma de Wimmer y Perner (1983). Para Baron-Cohen (1985), Wimmer y Perner (1983) lograron una convincente demostración de que en los niños de 4 años ya se encuentra una teoría de la mente explícita. Estos autores habrían desarrollado un “ingenioso paradigma” (Baron –Cohen et al. 1985) que se puede utilizar con niños más pequeños, basado en la idea de que las creencias del propio niño son diferentes de las de otras personas. Para tener éxito en la prueba, el niño tiene que darse cuenta de que diferentes personas tienen diferentes pensamientos sobre una situación. De modo que este caso «proporciona la más poderosa evidencia sobre la capacidad de concebir los estados mentales» (Baron-Cohen et al. 1985, p. 39).

Como es sabido, el paradigma de Wimmer y Perner (1983) es lo que hoy se conoce como “la prueba de Sally y Anne”, frecuentemente denominada SAT (Sally Anne Test o Sally Anne Task, y que también suele denominarse prueba de falsa creencia). En su versión habitual (la versión de Wimmer y Perner tiene diferencias porque incorpora otros personajes en situaciones tanto de cooperación como de competencia), a los niños se les cuenta una historia con dos personajes (Baron-Cohen et al. 1985). Por ejemplo, al niño se le muestran dos muñecas, Sally y Anne, que tienen respectivamente una canasta y una caja. Sally también tiene una bolita, que coloca en su canasta, y luego sale de la habitación. Mientras está fuera, Anne toma la bolita de la canasta y la esconde en su caja. Sally vuelve a entrar, y entonces al niño se le hace la Pregunta de Creencia crítica (*Belief Question*): “¿Dónde buscará Sally la bolita?” Si el niño apunta a la posición original, se considera que tiene éxito en la prueba, dado que toma en cuenta la creencia original de la muñeca que ahora es falsa. Si en cambio apunta a la posición actual de la bolita, se considera que no pasó la prueba porque no toma en cuenta la creencia de la muñeca.

En su artículo original, Baron-Cohen et al. (1985) mostraron que los niños con síndrome de Down (12 de 14) (edad cronológica media de 10:11) y los normales (23 de 27) (edad cronológica media de 4:5) pasaron la prueba correctamente (ambos grupos de niños tendrían una edad mental menor que los niños autistas del experimento). En cambio, la mayoría de los niños autistas, que se seleccionaron con un CI particularmente elevado, no pasaron la prueba (16 de 20). Baron-Cohen et al. (1985) concluyeron que los niños normales y los niños Down «pronosticaron la conducta de la muñeca en base a su creencia [de la muñeca]» (p.43). Los niños autistas en cambio apuntaron a la posición real de la bolita. Esto no se debió a conducta opositora ni a simple azar (el experimento se realizó en dos situaciones diferentes y el resultado fue igual).

Concluimos, en consecuencia, que los niños autistas no aprecian la diferencia entre su propio conocimiento y el que tiene la muñeca [...]. Nuestros resultados apoyan fuertemente la hipótesis de que los niños autistas como grupo fracasan al emplear la teoría de la mente. Quisiéramos explicar este fracaso como una incapacidad para representar estados mentales. Como consecuencia, los sujetos

autistas son incapaces de imputar creencias a los demás y se encuentran así en una grave desventaja cuando se trata de predecir la conducta de los otros (Baron-Cohen 1985, p.43).

Es interesante, en todo caso, que estos autores observen que hubo cuatro niños autistas que sí pasaron correctamente la prueba de la falsa creencia, y que, por lo tanto, «podrían ser capaces de utilizar una teoría de la mente» (Baron-Cohen 1985, p.43), lo que les parece digno de mayor estudio. Sostienen que

...podríamos predecir que si ellos tienen la capacidad de realizar representaciones de segundo orden, entonces tendrían que mostrar alguna evidencia de juego de simulación [y que] su inhabilidad social tendría que mostrar un patrón diferente (Baron-Cohen 1985, p.43).

La TT ha tenido con los años diversas validaciones, entre ellas de naturaleza neurobiológica, así como diversas teorías y consecuencias en campos que van desde la neurociencia misma (Koster-Hale y Saxe 2013) hasta consecuencias en la vida social e incluso religiosa (adscribir una mente a algo como dios) (Waytz et al. 2010). En una revisión de 2011, Mar (2011) expone la gran cantidad de investigación que se ha realizado acerca de las bases neurales de la teoría de la mente. Muchas revisiones de carácter cualitativo han identificado una red de “mentalización” (*mentalizing*) (Mar 2011) que está compuesta por la corteza medial prefrontal, el cíngulo/precuneus posterior, y la conjunción tèmoro-parietal bilateral. Estas conclusiones, sin embargo, no se basan en abordajes cuantitativos sistemáticos. Mar (2011), en su última revisión, utiliza técnicas de meta-análisis cuantitativo en estudios de neuroimágenes sobre la TT. Se presentan en la revisión dos tipos separados de meta-análisis de estudios de TT, unos basados en la comprensión de historias, y otros con estímulos no narrativos. El estudio con historias está diseñado para que el lector ponga en uso su capacidad de realizar inferencias mentales. Por ejemplo, una de las historias es cómo un prisionero de guerra, durante el interrogatorio, le dice a sus captores la posición correcta de unos tanques en la creencia de que sus enemigos pensarán que miente y que buscarán los

tanques en otra parte. Entender esta historia requiere una comprensión acerca de cómo los procesos segundo orden pueden ser empleados para engañar. Estas historias se contrastan con otras de tipo sencillo (cómo la niebla le dio la ventaja a un ejército por sobre el otro), que no requieren estas inferencias.

El otro tipo de trabajos se realiza sin lectura de historias, sino que con estímulos visuales (dibujos), de manera de disminuir la posibilidad de que el lenguaje sea un factor confundente. También se utilizaron juegos, tanto en solitario como con adversario.

El conjunto de estos dos meta-análisis revela una red central mentalizadora que incluye áreas que no existían de manera típica en estudios previos. Un tercer meta-análisis se realizó con estudios que analizaban la comprensión de las historias mismas, esto para examinar la relación entre la TT y esas historias. El procesamiento de las historias se sobrepuso con muchas regiones de la red central mentalizadora, y estas regiones compartidas poseen cierto parecido a una red que está implicada en muchos otros procesos.

Las principales conclusiones que extrae Mar (2011) es que existe una red nuclear mentalizadora (*core mentalizing network*) que es identificada gracias a la superposición de la activación confiable de diversas áreas cerebrales en los resultados en las pruebas realizadas, y que sería más extensa de lo que había sido descrito, incluyendo la corteza prefrontal medial, el surco temporal superior posterior bilateral, la circunvolución angular bilateral, áreas temporal anterior bilaterales, la corteza cingulada posterior y precuneus, y posiblemente la circunvolución frontal inferior izquierda. Esta área se superpondría con una red de comprensión de narrativas, que comprende corteza prefrontal medial, el surco temporal superior posterior bilateral, conjunción ténporo – parietal bilateral, áreas temporales anteriores bilaterales, y posiblemente la circunvolución frontal inferior izquierda. Estas redes confirmarían que existe una red compartida para la TT y para la comprensión de narrativas.

Una aproximación diferente a la TM, pero siempre dentro del cognitivismo, es la teoría de la simulación (TS). La TS sugiere que la TM no es en realidad *teórica*. La TS sostiene que los seres humanos anticipan y dan sentido a la conducta de los demás gracias a que se activan procesos mentales que, al ponerse en acción, producirían una conducta similar a la observada o anticipada. Para la TS la manera de entender la mente de los otros es

simplemente colocarse de manera empática en su lugar. Según Dokic y Proust (2002), en una postura más racionalista, entender a los otros necesariamente presupone verlos «como si pensarán y evaluarán racionalmente la situación como yo» (Dokic y Proust 2002, p. vii). Simular a los otros –esto es, utilizar los mecanismos propios de evaluación y razonamiento como modelo del otro– nos permite colocarlos en la perspectiva adecuada como agentes racionales. Para Dokic y Porust (2002) tal vez esta sea la única manera de hacerlo, ya que la racionalidad no sería codificable, y al no poder codificarla, no habría una manera de tener una perspectiva completamente desapegada de la racionalidad y de las actitudes proposicionales de los demás. Así se maximizan las probabilidades de entender todas las dimensiones emocionales y factuales de las decisiones de los demás, independientemente de si se maneja una teoría psicológica (como la de la TT) (Dokic y Proust 2002).

La TS ha estado cercana al debate sobre las neuronas especulares (*mirror neurons*) y al concepto de “reflejo” (*mirroring*) o imitación especular. Como sostiene Goldman (2009), «en un sentido básico del término, “empatía” podría implicar sencillamente que existe un proceso de reflejo (*mirroring*)» (Goldman 2009). Las investigaciones sobre las llamadas neuronas especulares ha significado por eso mismo un impulso importante para la TS.

Pero Goldman (2009) advierte que no todo juicio que se hace sobre otra persona es realmente “lectura mental” (*mindreading*) de los demás. Si empatizar significa “reflejar el estado emocional del otro”, entonces empatizar no es una condición suficiente para decir que alguien “lee la mente” de otra persona.

Una persona que solo hace eco (*echoes*) del estado emocional de otra persona, podría no *representarse* a la otra persona en absoluto, y podría no representarse *como* teniendo un estado emocional (una especie de estado mental). Es ciertamente posible que los procesos de reflejo (*mirroring*) sean responsables de los actos de lectura mental (*mindreading*) así como de la imitación o de la empatía, pero esta participación en la lectura mental no se sigue “lógicamente” de su rol sea en la imitación o en la empatía (Goldman 2009, p.312).

Goldman distingue entre la simulación (*simulation*) y el reflejo (*mirroring*), que es una especie de simulación. Para Goldman, la idea básica de la simulación es re-presentar (*re-enacting*), o re-crear una situación en la mente que difiere de lo que uno está experimentando de manera endógena. Consiste en imaginar una situación

...no meramente en el sentido de “suponer” que ha ocurrido o que va a ocurrir, sino que imaginarse inmerso en ella, o siendo testigo, de esa situación. En otras palabras, esto es involucrarse en una “*pretensión*” (“*pretense*”) mental en la que uno intenta construir la situación tal como uno la experimentaría si estuviera ocurriendo actualmente (Goldman 2009, p.324)

Para Goldman y Shanton (2010) la simulación no siempre es utilizada en la lectura mental. Sostienen que la simulación sería el proceso básico “por defecto” (*default*). Tampoco es un proceso que agote el acto de mentalización, sino que la simulación es solo parte de un proceso (o de varios) de lectura mental, pero la fase final de este proceso es siempre la formación de una creencia acerca de un estado mental (Goldman y Shanton 2010).

Como se mencionó, un apoyo relevante para la teoría de la simulación provino del descubrimiento de las “neuronas especulares” (di Pellegrino et al. 1992; Gallese, Fadiga, Fogassi & Rizzolatti 1996). Rizzolatti y su equipo, a comienzo de la década de 1990, (di Pellegrino et al. 1992; Gallese, Fadiga, Fogassi & Rizzolatti 1996) publicaron sus primeros trabajos sobre las neuronas especulares. Utilizando una técnica de registro individual de neuronas, lograron aislar células neurales del área F5 del cerebro de un macaco, que correspondería al giro frontal inferior del cerebro humano donde se encuentra el área de Broca. Una parte (17%) de éstas células mostraban la característica de activarse cuando el animal llevaba a cabo una acción, pero también cuando miraba esa misma acción realizada por otro. Una parte más pequeña de estas (6% de todas las neuronas registradas) se activaban con un movimiento específico, mientras que el resto se activaba en grados variables a muchos otros movimientos “relacionados”. De ahí que fueron denominadas “neuronas en espejo” o especulares (*mirror neurons*). La función de las neuronas especulares es todavía

objeto de controversia. Han sido propuestas como el modelo fisiológico por el que se produce el acoplamiento sensoriomotor (es decir, el sitio donde se asocian las actividades perceptuales, como la visión, y las acciones motoras, como la prensión de la mano) (Molnar-Szakacs et al. 2006). También se han propuesto como el asiento anatómico y fisiológico con el que los seres humanos comprendemos la intención de las acciones de los demás (Iacoboni et al. 2005), para entender las emociones de los demás y para el aprendizaje de habilidades por imitación (Iacoboni 2005). Algunos investigadores han propuesto que estas neuronas podrían representar las acciones observadas, y contribuir así a la Teoría de la Mente (Agnew et al. 2007). Se ha propuesto que sean un eslabón en el desarrollo del lenguaje en los seres humanos a partir de las habilidades de imitación de secuencias complejas dirigidas a objetos (Arbib 2005).

Con todo, hay investigadores que han expresado variadas dudas sobre estas neuronas, tanto en su misma existencia como en su funcionalidad. Hickok (2009; 2013; Hickok & Hauser 2010; Hickok & Sinigaglia 2013), Pascolo et al. (2009), Dinstein et al. (2008), Lingnau et al. (2009), Kosonogov (2012), Heyes (2010) han hecho variadas observaciones a la existencia de un sistema de neuronas especulares. Una crítica frecuente es que no es claro que se trate de una población efectivamente diferente de neuronas, y en cambio no se trate de neuronas que muestran ciertas propiedades solo en forma transitoria. Las funciones de estas neuronas dependerían en realidad de un sistema mucho más amplio (Pascolo et al. 2009) e incluso podrían ser solo un artefacto provocado por una facilitación generalizada del sistema nervioso (Hickok 2009). Hickok (2009) en particular ha mostrado que existe fuerte evidencia empírica de la existencia de disociaciones en la comprensión de las acciones con el sistema de neuronas especulares, es decir, que esta comprensión sería independiente de dicho sistema. Lingnau et al. (2009) realizaron una experiencia en que el orden en que se realizan las acciones (ejecutar-observar y observar-ejecutar) mostró resultados asimétricos en el registro fMRI, sin que hubiera signos de adaptación cuando los actos eran primero ejecutados, lo que contradice la idea de que la comprensión de las acciones se basa en la simulación motora. Tal vez si la principal duda surge de que se han hecho presunciones sobre la funcionalidad de estas neuronas en seres humanos sin que exista un fundamento empírico verdaderamente sólido (Dinstein et al. 2008). Los estudios con fMRI han mostrado

que los protocolos utilizados no son capaces de mostrar activación exclusiva de las áreas donde supuestamente existirían estas células, y, por el contrario, muestran la activación de múltiples áreas, incluyendo aquellas donde no se supone que existan neuronas especulares, como la corteza visual primaria, por ejemplo (Dinstein et al. 2008). Para estos autores, esto es una evidencia de que muchas otras neuronas en diversas áreas cerebrales (además de las especulares) incrementan su actividad ante las tareas propuestas. Varios estudios simplemente han ocluido o desestimado la actividad de las áreas donde supuestamente no existirían neuronas especulares, llegando a un “razonamiento circular” que invalida los resultados (solo se explora lo que se quiere explorar). Muchos estudios también desestiman el hecho de que, incluso en los estudios originales, solo un porcentaje muy pequeño de las neuronas en las áreas involucradas efectivamente respondían de manera especular, por lo que la actividad fMRI podría ser generada por una multitud de neuronas de todo tipo (Dinstein et al. 2008). Pascolo et al. (2009) comentan que la mayor parte de la bibliografía se trata solo de revisiones del tema, pero que hay escasos trabajos que sean experimentalmente confiables. Analizando el resultado de uno de los trabajos originales de Rizzolatti, sugieren que las neuronas en realidad no responden después de las acciones reflejadas, sino antes, por lo que se preguntan: “¿Por qué se las llama especulares?” (p565). Kosonogov (2012) sugiere que el sistema de neuronas especulares solo se activa una vez que otros sistemas independientes han logrado establecer la meta de la acción observada. Esta es una observación interesante. La existencia (controversial en este momento) de neuronas especulares parece olvidar que una neurona siempre se encuentra en el centro de un circuito mucho más amplio que condiciona su patrón de actividad.

2.1.2 Las críticas al modelo de la TM

Las teorías actuales predominantes en comunicación social se han focalizado en una cognición social entendida en un sentido representacional (Fuchs y De Jaegher 2009). Todos los conceptos frecuentes en este ámbito, como teoría de la mente, simulación o mentalización, tienen en común que conciben el entendimiento o la interacción social desde la perspectiva de un individuo aislado que pone en operación una teoría, o un modelo, sobre la interioridad mental de otra persona. Es decir, hace una representación del otro. La

investigación sobre el cerebro social, en particular la que se ha realizado sobre las neuronas especulares, por un lado, y sobre la red de circuitos de mentalización (Mar 2011), por otra, han favorecido un paradigma en “tercera persona” como una pasiva observación de la conducta de los otros, que se basa en un proceso de modelamiento interno en el cerebro individual. En palabras de Fuchs y De Jaegher (2009),

Uno podría decir que la persona que percibe a otra en realidad no interactúa con ella, sino que lo hace con modelos o simulaciones internos de sus acciones (Fuchs y De Jaegher 2009, p. 466).

Esto, que podría parecer una caricatura, revela algo del problema. No se trata de que exista algún cuestionamiento o dificultad en aceptar que los seres humanos interactúan, o en aceptar que la interacción forma parte esencial de nuestra vida. En realidad estos son fenómenos obvios e innegables, pero en la disposición a aceptar con rapidez su existencia se encuentra el peligro de que la interacción misma sea ignorada (Fuchs y De Jaegher 2009). Esto se debe al hecho de que en los enfoques tradicionales se considera la interacción como si estuviera basada en modelos inferenciales o simulativos. Aplicamos estos modelos para lograr explicar o predecir la conducta de las demás personas. Una vez que el modelo nos provee de una explicación o predicción, la incorporamos a la interacción. Es como si cada participante en una interacción sacara fotografías instantáneas (*snapshots*) de cada momento. De manera que existe la dificultad de colocar en relación dos actividades diferentes: una, interna y oculta, y la otra engranada con el mundo externo.

Desde el punto de vista estrictamente teórico, Sharrock y Coulter (2004) han sostenido una crítica al uso mismo de los conceptos dentro de la TM. Por ejemplo, ¿es efectivamente una teoría la “teoría de la mente?”. Sharrock y Coulter (2004) se preguntan si cuando se habla de preescolares con un concepto de estado mental, se asevera que se trata de conceptos teóricos que un niño utiliza, o son postulados empíricos acerca de la ocurrencia de procesos en la mente de los niños. Es decir, si los conceptos tienen el carácter de “postulados”, como opuestos a “observables”. En el primer caso los niños estarían “postulando” estados internos.

Si es el segundo caso, habría que preguntarse qué clase de evidencia existiría para aseverar la existencia de estos procesos.

Sharrock y Coulter (2004) sostienen que la premisa fundamental de la TM es una adherencia al concepto cartesiano de lo mental como perteneciente al dominio de lo “inobservable”. La distinción entre los términos “teoría” y “observación”, que proviene de la filosofía de la ciencia, es utilizada porque se asume que los ambientes exhiben una completa discontinuidad entre lo que puede y no puede ser observado, y dado que la “mente” es “inobservable”, no puede ser descrita por ningún término “observacional”, de manera que las palabras que la describen tienen que ser “teóricas”. Aquí, “teórico” puede significar solamente “especulativo” o “provisional”, y no “constituyendo una teoría”. Es la inclinación a pensar que los términos son teóricos en el primer sentido que estimula la inclinación a pensar que deben ser teóricos también en el segundo sentido.

Para Sharrock y Coulter (2004), los defensores de la TM asumen una serie de conceptos mentalistas (*mentalistic*) pero sin fundamentación. Por ejemplo, el concepto de “estado mental”. Para la TM son estados “inobservables” e “hipotéticos” por naturaleza. «Pero ¿qué conceptos o predicados debemos subsumir bajo esta rúbrica taxonómica, y sobre qué base?» (Sharrock y Coulter, 2004, p.585). En nuestro concepto común de estado mental tal vez incluimos fenómenos como pena, depresión, preocupación, agitación, concentración, distracción y otros parecidos.

¿Son estos “inobservables”? ¿Son observables solo vía “inferencia”? Seguro que no [...]. Uno puede *directamente* discernir el “estado mental” de alguien en muchas ocasiones, como cuando uno ve a alguien apenado, deprimido, distraído, “colocado” con alguna droga, y cosas así, y es solo cuando y donde los detalles de la observación son poco claros, o cuando falta algún elemento contextual relevante, que uno tiene que enfrascarse en “inferir” alguno de tales “estados”. (Sharrock y Coulter, 2004, p. 585, destacado en el original).

Expresiones como “tendencia”, “pensamiento”, “creencia”, son tratadas en la teoría TM como si fueran hipotéticas y especulativas porque se las localiza con respecto a una

demarcación entre “lo observable” y lo “inobservable”, lo que es “incuestionablemente” una herencia del conductismo, sin que haya nada que nos obligue a aceptar la tesis conductista de que solo podemos observar los cuerpos y escuchar la emisión de sonidos. Sin embargo, la tradición mentalista «es mucho más vasta en romper que en observar» esta norma (Sharrock y Coulter, 2004, p. 586).

De acuerdo a la doctrina oficial, no podemos observar “estados mentales” y solo podemos observar movimientos corporales. En consecuencia, no podemos observar a alguien “cruzando la calle”, solo observamos un cuerpo posicionado en algún sitio entre un lado y otro de la calle, con sus piernas en movimiento (Sharrock y Coulter, 2004, p. 586).

Pero la TM en forma persistente habla de cuerpos orientados, cuerpos que reaccionan a situaciones y a personas y acciones con un carácter orientado, que son tratados como *explananda* de la teoría, «cuando, *por sus propias premisas*, los *explananda* observables tendrían que ser movimientos corporales en un sentido físico estricto» (Sharrock y Coulter, 2004, p. 587)

Para Sharrock y Coulter (2004) la TM fusiona ideas de una “teoría” con cosas que «no son en realidad teoría en absoluto», y, adicionalmente, los fenómenos meta (*target phenomena*) para las supuestas teorías que los niños desarrollarían, los “estados mentales” de los otros, «son una quimera» (p. 587). La mente de la que se hace una teoría es una reificación, una falacia de concreción extraviada (*misplaced concreteness fallacy*), una falacia que se trata como si fuera una cosa. No es, por tanto, un *explanandum*. «Sin *explanandum*, no hay necesidad de *explanans*» (Sharrock y Coulter, 2004, p. 588).

Finalmente, estos autores sostienen:

Sáquese fuera el aparato teórico y se volverá claro qué es aquello que el niño aprende cuando supuestamente “adquiere una teoría de la mente”: el lenguaje (Sharrock y Coulter, 2004, p. 597).

2.1.2.1 Los datos experimentales: ¿existe TM en los niños?

La idea de una TM, sobre todo en su versión TT, se ha extendido ampliamente en el campo de la psicología y la conducta. Reddy y Morris (2004) sostienen que, en psicología infantil y del desarrollo, el uso del término se ha vuelto un hecho imponente, con una innegabilidad reservada hasta aquí a otros principios esenciales de la psicología del desarrollo, como el “estirón de la adolescencia”, “entrenamiento de esfínteres”, “memoria de corto plazo”, y “apego seguro”. Sin embargo, y a pesar de su extendido uso, la existencia de una TM en los niños se sostiene sobre bases experimentales febles (Reddy 2004). Sharrok y Coulter (2004) sostienen que dicha teoría «no es mucho más que un compuesto de equívocos filosóficos y “experimentos” inapropiados» (p.580).

Por ejemplo, una revisión de Wellman y Brandone (2009) concluyó que la percepción de intencionalidad en las acciones de los otros es muy precoz, y puede verse con claridad ya en niños de 8 meses, esto es, mucho antes de que la teoría de la mente esté “disponible” para el niño. Los trabajos de Tomasello apuntan en este mismo sentido (Tomasello y Carpenter 2007).

Buijsen et al. (2011) sometió a escrutinio tres pruebas usualmente utilizadas para establecer la existencia de teoría de la mente en niños, que fueron utilizadas con diferente metodología (la prueba Charlie, la prueba Smarties, y la prueba Sally-Anne). Estos autores trabajaron con niños mayores de 4 años (edad media = 6:7) y encontraron que, dependiendo del modo en que sea utilizada la prueba, es el resultado obtenido. Para el niño con desarrollo normal, cualquier modo de presentación es indiferente: los resultados son similares. Los niños con trastorno específico del lenguaje obtuvieron puntajes más elevados en una modalidad de las pruebas de tipo dibujo lineal. Los niños con trastorno de espectro autista, en cambio, mostraban resultados que dependían del modo de presentación de cada prueba. Esto es relevante, porque coincide con otros trabajos que apuntan a diseñar pruebas que se acomoden al desarrollo de los niños (Lavery 2006), lo que probablemente incida en resultados cuando se trata de niños menores de 4 años.

En dos estudios separados, Hansen y Marman (2005) y Deák (2006) han demostrado que los preescolares sometidos a la prueba de apariencia-realidad (por ejemplo, se les muestra un plátano falso) son capaces de dar respuestas correctas siempre que las preguntas

sean hechas de manera que los niños no se confundan (por ejemplo, preguntar si “esto es un plátano” cuando evidentemente no lo es, puede ser entendida como una pregunta absurda y la respuesta para un niño es poco clara) y se tome en cuenta una serie de factores del tipo de respuestas que los niños son capaces de dar (por ejemplo, los niños pequeños tienden a repetir la primera respuesta que dan, y esto puede ser interpretado como una respuesta errónea). Esto es interesante porque las pruebas de apariencia-realidad están conectadas con el principio del juego de simulación, que los niños pequeños supuestamente no serían capaces de realizar.

Onishi y Baillargeon (2005) utilizaron una tarea no verbal para explorar la capacidad de 56 niños sanos de 15 meses en predecir la conducta de un actor en base a la creencia verdadera o falsa de este sobre la posición de un premio dentro de unas cajas. Estos autores concluyen que los niños de esa edad son capaces de utilizar sin dificultad la información que posee el actor. Se preguntan, por lo tanto, si acaso son válidas las pruebas verbales utilizadas en la mayoría de los estudios tanto con niños normales como autistas. Southgate et al. (2007) utilizaron técnicas de seguimiento ocular (*eyetracking*) para estudiar si 20 niños (edad media = 25 meses) podían predecir la conducta de un actor en base al conocimiento falso o verdadero que poseía este actor sobre la posición de una pelota escondida. Los autores concluyen que los niños a esa edad son capaces de considerar las falsas creencias de las personas y anticiparse a las conductas esperables (ver por ejemplo Talwar y Lee 2002, comentado más adelante; ver también Bosco et al., 2013, del grupo de Bara, que demuestra que las habilidades comunicativas tienen un desarrollo claro con la edad).

Hay trabajos experimentales realizados con niños pequeños que apuntan a que, pese a lo que sostiene la TM, existen acciones sociales que, aunque *no* podrían ocurrir en los niños pequeños, por el contrario aparecen muy bien documentadas (Reddy y Morris 2004). Si los niños no pueden tener representaciones de la mente de los otros, entonces no podrían (de acuerdo a la TM) ser capaces de actuar apropiadamente en muchas situaciones: en esencia, los teóricos TM argumentan que decir mentiras, bromear y payasear, entender intenciones contrapuestas a las acciones reales, entender la carencia de cierto conocimiento en los demás y entender y aclarar los malentendidos, dependen todos de habilidades representacionales complejas que no se desarrollan sino hasta los 4 años (Reddy y Morris 2004).

2.1.2.1.1 Los niños sí mienten

La afirmación de que los niños no pueden mentir hasta que pasan la prueba de la falsa creencia fue en parte realizada en base a la lógica de la teoría, y en parte en base a la evidencia de que los niños con autismo y los niños menores de 4 años fracasaban en la prueba y se decía que no mentían.

Una evidencia temprana de que tal vez esto no era así proviene de un estudio de Chandler, Fritz y Hala (1989). Los autores postulan que los niños podrían *involucrarse* (*engage*) en adscripciones de falsa creencia, pero podrían tener problemas en *hablar* de ellas, y así las pruebas tradicionales de falsa creencia podrían ser inadecuadas para medir esta situación. Por lo tanto, sometieron a niños de 2, 3 y 4 años a una prueba en que tenían que guiar a otras personas a tener una falsa creencia. Se trata de un tablero donde una muñeca esconde un tesoro en un lugar, pero deja una huella de sus pasos. El investigador muestra al niño que la huella se puede borrar, de modo que lo que se mide es la capacidad del niño para borrar esa huella y dar una falsa idea de donde se encuentra el tesoro. El trabajo demostró que los niños menores de 3 años eran capaces de mentir, aunque esta prueba ha sido cuestionada porque “entrena” a los niños (Reddy & Morris 2004).

Lewis et al. (1989) sometieron a niños de 3 años a una prueba de transgresión (no tomar un juguete mientras los investigadores salían de la habitación). La mayoría de los transgresores no admitían lo que habían hecho, y los investigadores no lograron diferenciar los “mentirosos” de los “no mentirosos” solo en base a la observación de su conducta.

Un estudio de Lavery (2006) con 40 sujetos es sugerente de que los niños menores de 4 años son tan capaces de realizar un engaño estratégico como los mayores, a condición de que las pruebas que se les proporcione no sean de carácter verbal (prueba de la ventana, que consiste en la observación de recipientes que contienen un premio, pero tienen en uno de sus lados una “ventana” que le permite al niño ver el premio y al otro sujeto no). El autor, sin embargo, declara que, aunque la prueba mostró que no había diferencias estadísticas entre los grupos de niños mayores y menores, sus resultados no pudieron ser bien analizados por diversos problemas metodológicos (por ejemplo, niños que se rehusaron a participar).

Talwar y Lee (2002) examinaron la producción de mentiras para ocultar una transgresión en niños desde 3 a 7 años. A los niños se les dejaba solos en una habitación con

la instrucción de “no mirar” dentro de un zoológico de juguete que estaba cubierto por una cortina. La mayoría de los niños “no resistía la tentación” y miraban el zoológico. Al interrogarlos sobre su conducta, se los clasificó entre “mentirosos” y “no mentirosos”. Tal como en el estudio de Lewis et al. (1989), observadores ciegos no fueron capaces de discriminar conductualmente entre mentirosos y no mentirosos a cualquier edad, pero sí podían hacerlo al analizar el lenguaje, que era más precario en los niños de 3 años y los “traicionaba”. Para los autores, la capacidad de mentir para ocultar una transgresión ya está presente en niños de 3 años y se sigue desarrollando sobre todo verbalmente.

Las pruebas más convincentes provienen de diseños naturalistas. Newton y Reddy (2000) pusieron a prueba la idea de que el descubrimiento de las creencias falsas alrededor de los 4 años permite el desarrollo en el niño del engaño intencional. Evidencias anecdóticas de engaños precoces habían sido desestimadas con el argumento de que se trataba tan solo de estrategias de aprendizaje “ciegas” y no de genuinos engaños, una idea que incluso compartía Piaget (citado por Newton et al 2000). Newton et al. (2000) presentan dos estudios de engaños cotidianos que contrastan con los resultados de tareas de falsa creencia en niños. En el primero de estos estudios, un estudio longitudinal de 24 niños, 12 niños y 12 niñas de entre 3 y 4 años, que provienen de familias de variados niveles socioeconómicos, se muestra que la variedad y la incidencia de las mentiras cotidianas que informan las madres (a través del registro de un diario de conductas) no se relaciona con el éxito o con el fracaso en una batería de tareas de falsa creencia (cuatro diferentes pruebas) aplicada de manera simultánea, ya sea entre diferentes niños o en el mismo niño a través del tiempo. Los niños muestran una enorme variedad de mentiras que apuntan a muchas metas (desde la ganancia o la evitación materiales, hasta metas más psicológicas que involucran el “quedar bien” con los demás) y esto en forma independiente de sus resultados en las tareas de falsa creencia. En el segundo estudio, se puso a prueba la posibilidad de que las mentiras de los niños menores de 4 años sean tan solo estrategias aprendidas “ciegas”; de ser así tendrían que ser tanto de forma lingüística como de uso inflexibles, y mal aplicadas al contexto. Se realizó un seguimiento de un niño de 2½ años en un período de 6 meses, y las mentiras realizadas se mostraron variadas, flexibles, apropiadas al contexto y demasiado complejas para ser solo estrategias aprendidas “ciegas”. Se discute que las habilidades de mentir se desarrollan

desde necesidades pragmáticas y exigencias situacionales y no desde el desarrollo de conceptos; los niños aprenden a engañar de la misma manera en que aprenden a hablar.

Por otra parte, varios estudios han mostrado que las opiniones de los padres acerca del momento en que sus hijos son capaces de mentir, difieren cuando se les pregunta por el pasado y cuando se les pregunta por una acción presente (Newton et al. 2000). En general, los padres subestiman la mentira en sus hijos.

Estos hallazgos han sido confirmados y extendidos en un estudio longitudinal naturalista (Wilson, Smith & Ross 2003) en el que se observaron 40 familias cuando los niños tenían 2 y 4 años, y luego nuevamente dos años después. Las metas incluían la descripción de conducta de engaño y la reacción de los padres a las mentiras, y la comparación de las mentiras con otras aseveraciones falsas. Las mentiras eran generalmente dichas para evitar responsabilidad por transgresiones, para acusar falsamente a los hermanos, y para obtener el control de la conducta de otra persona. Los autores concluyen que las mentiras de los niños pequeños son tan plausibles y efectivas como las de sus hermanos mayores. Lo único que cambia con la edad es su frecuencia y complejidad lingüística.

2.1.2.1.2 Los niños hacen bromas y se burlan

El humor y la risa son fenómenos universales en la experiencia psicológica humana. Son también fenómenos fundamentalmente sociales y pueden proporcionar gran información sobre las habilidades interpersonales, afectivas, socio-cognitivas y culturales de los niños. Los niños exhiben dentro del primer año de vida una sorprendente capacidad para el humor y la risa (Mireault et al. 2012). Esta capacidad humorística coloca un desafío a la teoría de la mente (Mireault et al. 2012) dado que revelan un entendimiento de las intenciones y la interioridad de los demás.

Reddy et al. (2001) exploran formas sencillas de humor en preescolares con síndrome de Down y con autismo (dos grupos que difieren en su contacto social), con la premisa que el humor y la risa son cuestiones fundamentalmente culturales y sociales, y podrían mostrar la habilidad de un niño para involucrarse socialmente y entender a los demás. El estudio es de tipo transversal. Se estudiaron 16 niños con síndrome de Down y 19 con autismo,

pareados en su edad mental no verbal. Los niños con síndrome de Down con mayor frecuencia se reían con las caras divertidas, con actos socialmente inadecuados y con eventos que eran compartidos, y con menos frecuencia en situaciones extrañas o inexplicables. También respondían con atención o con sonrisas a las risas de los demás, e intentaban provocarlas con payaseo. Estos autores concluyen que los niños con síndrome de Down son activos participantes en situaciones humorísticas y risibles, y las comparten tanto a un nivel emocional como cultural.

En otro estudio, Reddy (2001) realizó una exploración longitudinal en base a entrevistas a madres de niños entre 7 y 11 meses, con el objeto de conocer el desarrollo del humor en el primer año, y en particular la creación del humor en estos niños. La autora encontró que en la mayoría de los niños sus madres informaban que estos hacían reír a las demás personas gracias a la repetición deliberada de acciones que habían provocado risa en una situación anterior. Sus acciones se comparaban con las de los payasos adultos, y mostraron muchas similitudes y continuidades de desarrollo, lo que sugiere que los orígenes del humor pueden encontrarse en la infancia de manera mucho más temprana que lo que se admitía hasta ahora. Para Reddy, el humor debiera considerarse así un proceso interpersonal más que un proceso individual.

Mireault et al. (2012) describen la percepción y la creación del humor en una muestra de 20 díadas progenitor-hijo (9 niñas, 11 niños) que fueron seguidas desde la edad de 3 meses hasta los 6 meses. Específicamente se observó las conductas de “payaseo” (*clowning*) y actos absurdos de parte de los progenitores y las respuestas de los bebés. Las conductas de payaseo fueron las más habituales en los progenitores, a pesar de que inicialmente estas son comportamientos ambiguos para el bebé, que no parece saber cómo responder. Sin embargo, Reddy (2001) ha informado que el payaseo es la estrategia no verbal clave cuando la meta es la diversión, probablemente porque son conductas muy diferentes a las interacciones habituales de cariño y de cuidado. El estudio de Reddy (2001) sugiere que los bebés descubren la naturaleza humorística de estas acciones absurdas a través de sus padres, que acoplan el payaseo con la risa para comunicar el humor de estas conductas absurdas. Podría ser que el afecto del cuidador sirva de punto de referencia para el niño. Siguiendo esta línea de trabajo, Mireault et al. (2012) sostienen que los esfuerzos de los padres en el payaseo son

rápidamente recompensados por el bebé, dado que este responde con la mirada, la sonrisa y la risa. En este estudio los bebés mostraron gran sofisticación en su sentido del humor, y los bebés de 6 meses parecen requerir más payaseo para provocar una sonrisa o risa que la que era necesaria a los 3 meses. Esto es, la sonrisa de los padres parece suficiente para inducir una sonrisa en un bebé de 3 meses, pero no en uno de 6 meses, en el que había más probabilidad de ser persuadido a sonreír cuando los padres empleaban una conducta absurda. Las respuestas de los padres a situaciones humorísticas producidas por el bebé podría también explicar el aumento sostenido en la comprensión del humor de estos. Más de la mitad de las expresiones faciales y sonidos extraños de los bebés a los 3 meses eran respondidos con sonrisas y risas, o con el payaseo parental, y esto se incrementa con la edad de los niños. Cuando los padres responden al payaseo infantil con sus propias conductas y gestos absurdos, la díada se encuentra poseída por un rico intercambio humorístico, lo que significa que experimentan una interacción social focalizada que es afectivamente placentera, recíproca, y compartida en forma implícita tanto cognitiva como interpersonalmente. Los niños parecen ganar progresivo control sobre sus cuerpos y van agregando situaciones absurdas más complejas a su repertorio y parecen más efectivos en la creación de intercambios humorísticos con sus progenitores.

Cabría hacer el alcance aquí que Panksepp (2003, 2005 a, 2005b; Panksepp & Burgdorf 2003) ha sostenido con extensas investigaciones en animales no humanos que la risa y lo que llama conciencia afectiva no son exclusivas de los seres humanos, y entrega pruebas de estudios en ratas, perros, y chimpancés, que proporcionan evidencia de los orígenes filogénicos de la risa y de la conciencia afectiva.

2.1.2.1.3 Los niños corrigen la ignorancia y entienden qué es lo que se conoce

Otra predicción de la TM es que, dado que los niños menores de 4 años no pueden entender que no percibir algo lleva a ignorarlo, no son capaces de corregir la ignorancia causada por la falta de percepción. Las pruebas habituales apoyan esta predicción, así como la incapacidad que tienen los niños de tomar en cuenta a los demás cuando se ocultan. Esto se interpretó como que, aunque ocultarse a la vista de los demás no era problema para un

menor de 3 años, ocultarse de que lo sepan sí era problema (Reddy y Morris 2004). Sin embargo, hay estudios que han sugerido que esta conclusión es problemática.

O'Neill (1996) en dos estudios examinó si acaso los niños tomaban en cuenta el estado de conocimiento de sus interlocutores cuando se comunicaban con ellos. En el estudio 1, se les solicitó a 16 niños de 2 años (edad media de 2:7) que le pidieran a uno de sus padres ayuda para tomar un juguete. En cada ensayo, al niño primero se le presentaba un nuevo juguete que luego se colocaba en una caja en una repisa elevada. El progenitor bien era testigo de estos eventos junto al niño, o no lo era porque había salido de la sala en ese momento, o se había cubierto los ojos y oídos. Tal como se esperaba, cuando los niños pedían ayuda para recuperar el juguete, en forma significativa nombraban más el juguete, o el sitio donde se encontraba, y hacían gestos hacia ese lugar cuando el progenitor no había sido testigo de los eventos que cuando sí había sido testigo. En el estudio 2, se les solicitó a 16 niños de 2 años (edad media 2:3) que pidieran ayuda a sus padres para recuperar una pegatina (*sticker*) depositado dentro de 1 de 2 contenedores idénticos colocados fuera de su alcance en la esquina de una mesa. El progenitor había sido bien testigo, junto al niño, de cuál contenedor tenía la pegatina, o bien no lo había sido cerrando sus ojos. En sus solicitudes de ayuda, los niños realizaban gestos hacia la localización de la pegatina significativamente con mayor frecuencia cuando el progenitor no conocía la localización que cuando sí la conocía. Para la autora, estos resultados indican que los niños de 2 años poseen la habilidad de acomodar sus solicitudes al nivel de conocimiento de su compañero de comunicación. La autora concluye que el estado de conocimiento de los padres era el factor que condicionaba las respuestas de los niños, «lo que claramente contradice lo que sostiene la bibliografía en teoría de la mente» (p.673).

En un segundo trabajo, O'Neill y Topolovec (2001) realizaron tres estudios en que niños de dos años comunicaban a sus padres cuál de dos contenedores fuera de su alcance contenían una pegatina. A través de los ensayos, los objetos fueron posicionados en diferentes configuraciones de modo que fuera posible o imposible para el niño especificar la posición de un objeto de manera no ambigua solo con el gesto de apuntar (por ejemplo, las cajas se encontraban o bien muy cercanas una de otra, o bien muy separadas). En el estudio 1, los objetos utilizados fueron dos cajas marcadas con diferentes figuras de un automóvil en

su parte frontal, y fue significativamente más probable que los niños ($n=16$; edad media 2:8) nombraran la figura del contenedor cuando el gesto de apuntar por sí solo no podía especificar de manera no ambigua la posición de la caja que cuando sí podía. En los estudios 2 y 3, las pegatinas fueron escondidas dentro de diferentes figuras animales. Los niños mayores ($n=16$, edad media 2:9), pero no los menores ($n=16$, edad media 2:4) mostraron habilidad para reconocer la (in)eficacia de sus gestos de apuntar, adaptando su comunicación de manera concordante. Las autoras refieren que hacia los 3 años los niños de manera abrumadora utilizan la palabra y no el gesto para identificar algo. Para las autoras, los niños muestran a esta edad una notable competencia pragmática.

2.1.2.1.4 La Teoría del Mundo Intenso (*Intense World Theory*)

Markram, Rinaldi y Markram (2007; Markram y Markram 2010) han elaborado lo que llaman la teoría del mundo intenso como explicación para la sintomatología observada en el trastorno autista. El interés en esta teoría es que también coloca en duda la afirmación de que en el trastorno autista existiría una carencia o alteración de la teoría de la mente.

Pese a que se han hecho significativos avances identificando estructuras neurales y células afectadas, falta una teoría unificadora que pudiera explicar los múltiples síntomas del autismo. Los autores han trabajado esencialmente con un modelo de autismo animal en ratas que son sometidas durante la preñez a dosis muy elevadas de ácido valproico. El ácido valproico, introducido como medicación antiepiléptica y luego como estabilizador del ánimo, ha sido descrito en variados estudios como factor de inducción de trastornos del espectro autista en niños cuyas madres fueron tratadas con esta sustancia. De aquí que se haya utilizado en modelos de autismo en ratas. Basados en recientes resultados en investigaciones sinápticas, celulares, moleculares, de microcircuitos y conductuales, bajo el modelo de autismo provocado en ratas por el uso de ácido valproico, los autores proponen una teoría unificadora donde el núcleo patológico del cerebro autista es una hiperreactividad e hiper-plasticidad de circuitos neurales locales. Se sugiere que tal procesamiento neural en exceso conduce a una hiperpercepción, hiperatención e hipermemoria, que podría estar en el corazón de la mayoría de los síntomas autistas. En esta perspectiva, el espectro autista lo constituyen trastornos de hiperfuncionamiento, que

provoca los déficit clínicos, y no es un trastorno de hipofuncionamiento, como se asume tradicionalmente. Los autores discuten cómo el procesamiento neural excesivo podría volver el mundo “dolorosamente intenso” cuando se compromete el neocortex e incluso “aversivo” cuando está comprometida la amígdala, lo que llevaría al aislamiento social y ambiental. También se postula que un aprendizaje neural excesivo rigidiza al individuo en un pequeño repertorio de conductas seguras y rutinarias que se repiten de manera excesiva. La falta de habilidades de interacción social, en consecuencia, podría no deberse a un déficit en la capacidad de procesar claves sociales o emocionales, sino que a un subconjunto de claves que son extraordinariamente intensas, que atrapan la atención de manera compulsiva, y que son procesadas y recordadas con “atemorizante claridad e intensidad”. Las personas autistas, en consecuencia, no son ni “ciegas a la mente” ni les falta empatía por los demás, sino que se encuentran hiperalertas a fragmentos seleccionados de las conductas y emociones de los demás, que podrían llegar a ser tan intensos que les obliga a evitar tanto el contacto visual como las interacciones sociales, interrumpiendo la comunicación. En tal contexto, el mundo puede transformarse en algo dolorosamente intenso para los autistas. De ahí el nombre de la teoría del mundo intenso.

2.2 Enactivismo

El enactivismo⁹ es un marco de referencia tanto teórico como experimental en ciencias cognitivas. Tiene su origen en el trabajo principalmente de Francisco Varela, y que fuera publicado por Varela, Thompson y Rosch (Varela, Thompson y Rosch, *De cuerpo presente*, 1992). Sin embargo, sería engañoso sostener que se trata de ideas completamente nuevas, sin precedente. Más bien parece una síntesis de muchas ideas, algunas más antiguas y otras recientes, que adoptan la forma de un “naturalismo no reductivo y no funcionalista” (Di Paolo, Rohde y De Jaegher 2010).

Se pueden encontrar antecedentes en el trabajo de Piaget (1936/1994) y su teoría del desarrollo cognitivo infantil a través de los esquemas circulares sensoriomotores, en Uexküll

⁹ “Enacción” (*enaction, enacting*) en castellano es un neologismo, y fue utilizado por Varela et al. (1992), pero en inglés (*enact*) tiene un sentido cotidiano. Por un lado significa “promulgar” (una ley), pero por otro, (y es lo más cercano a la idea de Varela et al., 1992), significa “representar” en el sentido teatral (*to portray dramatically*) (Wordreference.com). (Ver Havelange, Lenay, Stewart, 2003)

(1934/2010) y la construcción del *Umwelt* a través de los ciclos sensoriomotores. La misma palabra enacción fue utilizada por Bruner (1966) para hablar del conocimiento que se adquiere y se manifiesta en la acción. Según Di Paolo, Rohde y De Jaegher (2010), existen afinidades con la fenomenología de Heidegger (Heidegger 1927/1997), y muy en particular con el trabajo de Merleau-Ponty (1942/1976; 1945/1997), con la filosofía budista de la mente total (*mindfulness*), con la biofilosofía de Hans Jonas (1966) y con el pragmatismo de Dewey (1929). Se pueden encontrar afinidades con muchas ideas actuales en ciencias cognitivas, como corporización (*embodying*) y sistemas dinámicos (Beer 2000, Chiel y Beer 1997; Hutchins y Johnson 2009), en neurociencias (Bach-y-Rita et al. 2003; Damasio 1994; Skarda y Freeman 1987; Engel, Fries y Singer 2001), con enfoques contemporáneos de la psicología del desarrollo (Stern 1985) y con la IA/robótica (Beer 2003; Brooks 1991; Winograd y Flores 1986). Los mismos autores de *De cuerpo presente* hicieron explícitas muchas de estas conexiones en su texto.

Merleau-Ponty sostiene una idea central para el enactivismo, cuando plantea que el mundo no se encuentra presupuesto, ni que está lleno de estímulos que impactan al ser vivo, sino que surge desde los ciclos sensomotores del organismo y que esos estímulos son en realidad creados por el propio organismo:

El organismo, justamente, no puede compararse a un teclado sobre el que actuarían los estímulos exteriores y dibujarían su forma propia, por la simple razón de que él contribuye a constituirlos. “(...) Las propiedades del objeto y las intenciones del sujeto (...) no solamente se mezclan, sino que incluso constituyen un todo nuevo” (Weizsäcker). Cuando el ojo y el oído siguen a un animal que huye, en el intercambio de los estímulos y las respuestas, es imposible decir “quién ha comenzado”. Ya que todos los movimientos del organismo están siempre condicionados por influencias externas, es perfectamente posible, si se quiere, considerar al comportamiento como un efecto del medio. Pero, de la misma manera, como todas las estimulaciones que el organismo recibe sólo han sido posibles, a su vez, por sus movimientos precedentes, que han terminado por exponer el órgano receptor a las influencias

externas, podría también decirse que el comportamiento es la causa primera de todas las estimulaciones. Así, la forma del excitante es creada por el organismo mismo, por su manera propia de ofrecerse a las acciones de fuera. Sin duda, para poder subsistir, debe hallar a su alrededor un cierto número de agentes físicos y químicos. Pero es él, según la naturaleza propia de sus receptores, según los umbrales de sus centros nerviosos, según los movimientos de los órganos, quien *elige* en el mundo físico los estímulos a los que será sensible (Merleau-Ponty 1942/1976, pp.30-31,destacado en el original).

Para el enactivismo, la cognición consiste en la actividad de hacer sentido de un organismo autónomo –seres que activamente se generan y sostienen a sí mismos–, y así enactúan o traen al presente (*to bring forth*) sus propios dominios de significado y valor (Thompson y Stapleton 2009; Varela et al. 1992). La propuesta principal de estos autores es que no existe distinción entre un sistema biológico y un sistema cognitivo: todo sistema biológico es simultáneamente un sistema cognitivo (Stewart 1996, 2010).

Di Paolo, Rohde y De Jaegher (2010) distinguen cinco ideas nucleares que constituyen la perspectiva enactiva: autonomía, hacer sentido, emergencia, corporización y experiencia, a la que debería agregarse una sexta, la identidad entre vivir y conocer (Stewart 1996; 2010) y la autoorganización, que podría considerarse como una idea base de las demás, aunque tal vez no constituya parte de las ideas enactivas sino un marco más general de referencia. Estas ideas se superponen extensamente y se encuentran «en el punto ciego de las visiones tradicionales» (p.37).

2.2.1 Autonomía

Los organismos vivos son autónomos: siguen normas constituidas por su propia actividad (Maturana y Varela 1984; Luisi 2003). Un organismo vivo es, así, un *agente* (Barandiaran et al. 2009). Para que un organismo sea autónomo tiene que ser capaz de constituirse a sí mismo en algún nivel de identidad, tiene que ser capaz de distinguirse del entorno en base a su propio funcionamiento (Barandiaran et al. 2009). Puede tratarse de un organismo muy plástico y adaptativo, pero para lograr su autonomía, no puede tener

funciones impuestas desde el exterior. Por eso Barandiaran et al. (2009) sugieren que un robot no puede considerarse autónomo.

Sin embargo, la autonomía de un ser vivo está sometida a restricciones (Boden 2008). Pese a que el ser autónomo puede modificar esas restricciones, no puede removerlas por completo, aunque la autonomía le permite explorar nuevas formas de modificarlas (Beer 1995; Di Paolo et al. 2010).

Di Paolo et al. (2010) sostienen que la “auto-constitución” y “generación de la propia norma” no implica considerar algún “vitalismo misterioso” como explicación de la autonomía, sino que debe entenderse a partir del concepto operacional de emergencia. Un organismo se autoconstituye cuando su dinámica genera y sostiene una identidad (Barandiaran et al. 2009). Di Paolo et al. (2010), siguiendo a Varela et al. (1992), proponen que se genera una identidad cuando una red precaria de procesos dinámicos se vuelve operacionalmente cerrada. Es importante resaltar que esto no significa que dicha red se encuentre aislada, sino solamente que todas sus operaciones pertenecen a la propia red que las está generando. No hay operaciones de la red que no pertenezcan a esa misma red.

Un sistema autónomo es un sistema cognitivo (Thompson 2005). Un sistema autónomo se imbrica con el medio en calidad de agente y no solo como un sistema que se encuentra simplemente acoplado a otros sistemas. Esto es, no solo responde a las perturbaciones del medio, sino que de manera asimétrica *regula* las condiciones de su intercambio con el medio. Al hacerlo, genera un mundo o dominio cognitivo (Di Paolo 2005). Un dominio cognitivo es el conjunto de todas las interacciones en las que un sistema autónomo es capaz de involucrarse sin perder su identidad (Varela 1997).

Considerar los sistemas cognitivos como autónomos significa rechazar la polaridad tradicional de considerar la mente como respondiendo a los estímulos ambientales, por un lado, o como satisfaciendo demandas internas, por otro. En ambas visiones el agente queda subordinado a un rol de obediencia a factores bien externos (el medio), o bien internos (los estados del organismo). En primer lugar, el concepto de agente reconoce que existen patrones entremezclados de percepción-acción a tal punto que su distinción no es posible. No es posible reconocer nada que sea “solo” percepción o “solo” acción, dado que ambas se están co-determinando constantemente en ciclos sensoriomotores cerrados, en los que toda

acción trae un cambio perceptual, y viceversa. Además, estos patrones o ciclos tienen una actualización (“*ongoingness*”) constante en la relación con el medio. Pero el concepto de agencia autónoma va más allá de esta actualización constante, y enfatiza el rol del propio agente como quien construye, organiza, mantiene y regula los ciclos sensoriomotores cerrados. El agente no responde simplemente a los estímulos externos o a los estados internos, sino que construye o modula de manera creativa esta relación. Ese es el modo como el agente determina las normas que va a seguir (Beer 1995; Di Paolo et al. 2010; Barandiaran et al. 2009; Varela 1992; Thompson 2005)

2.2.2 Hacer sentido (*sense-making*)

Implícito en la idea de autonomía interactiva se encuentra la constatación de que los organismos arrojan una red de significado en su mundo (Varela 1997). Fue Varela el que propuso esta idea de identidad y cómo surge desde ella el significado. El texto donde aparece más ampliamente tratado el tema es “*Patterns of Life: Intertwining Identity and Cognition*” (Varela 1997), y es a las ideas contenidas en este texto a las que nos referiremos a continuación.

Para Varela (1997), en primer lugar los organismos son fundamentalmente un proceso de constitución de una identidad. La naturaleza de este proceso siempre es el de una clausura operacional, esto es, un proceso recurrente interactivo donde todas sus operaciones pertenecen al mismo dominio orgánico y cuyo resultado primario es su propia producción. Este cierre operacional proporciona una coherencia global de carácter emergente, perfectamente capaz de generar interacciones con todo lo que no es esa identidad.

Esta identidad del organismo (que se basa en su autonomía) proporciona, tanto lógica como mecánicamente, el punto de referencia para un conjunto de interacciones con el medio del que se ha separado y del que es simultáneamente dependiente. La identidad viva producida por la clausura operacional es así el fundamento de un nivel interactivo emergente. La unidad autoconstituida es capaz de especificar un dominio de interacciones con el entorno, y necesariamente este dominio de interacciones tiene la perspectiva del propio ser autónomo.

Estas interacciones tienen relevancia y consecuencias para la identidad de la unidad. Los intercambios con el entorno son intrínsecamente significativos para el organismo. Un sistema vivo depende de su medio para su conservación como entidad separada, o de otra forma se desintegra. De aquí surge la “intrigante paradoja” (Varela 1997) propia de una entidad autónoma: el ser vivo debe distinguirse del entorno, mientras que al mismo tiempo tiene que mantener su acoplamiento con ese entorno del que ha surgido. Sin embargo, desde el “lado del ser vivo” existe una diferencia clave, dado que este tiene un rol activo en ese acoplamiento (lo que Barandiaran et al., 2009, llaman “agencia” o “agente”).

Varela (1997) sostiene que esta es una relación verdaderamente dialéctica. Ser vivo y entorno son definidos simultáneamente. Pero hay una diferencia clave: una cosa es el entorno del ser vivo que puede ver un observador sin hacer referencia a la unidad viva. A este entorno Varela (1997) le llamará “ambiente” (*environment*). Y otra cosa distinta es el entorno *para* el ser vivo, que es definido en el mismo instante en que este surge, que solo existe en la interacción mutua y gracias a la actividad del propio agente. A este entorno Varela le llamará el “mundo” (*world*) del sistema.

La diferencia entre ambiente y mundo es el superávit o excedente (*surplus*) de significado “que ronda la comprensión de lo vivo y de la cognición” (p.79), y que se encuentra en la raíz de cómo es que un ser llega a ser tal. Durante el trabajo científico es muy fácil desestimar la noción del superávit de significado que agrega la perspectiva del organismo. Por ejemplo, no existe significado alimentario en un gradiente de sucrosa excepto cuando una bacteria nada hacia el gradiente y su metabolismo utiliza esa molécula de manera que le permite mantener su identidad. El ser vivo constantemente confronta los encuentros (esto es, las perturbaciones, choques, acoplamientos) con el entorno, y los trata desde una perspectiva que es propia del organismo. Esto no ocurre con aquellas unidades que no están vivas, como rocas o cristales, para quienes los gradientes de sucrosa no tienen ningún significado. Para que esto ocurra, es esencial la *perspectiva* desde una unidad con una identidad activamente constituida.

Este constante surgimiento de un significado es lo que Varela considera la permanente carencia de lo vivo: la producción constante de una significación que falta, que no está dada ni es pre-existente. La relevancia debe proporcionarse *ex nihilo* (p.80) distinguiendo

constantemente lo relevante de lo irrelevante. Esta incesante acción sobre lo que falta se vuelve, desde la perspectiva del observador, la actividad cognitiva del sistema, y es la base para distinguir el ambiente del mundo del sistema. En breve, la cognición tiene dos dimensiones constitutivas: una es de acoplamiento con el entorno que permite la continuidad de la entidad individual, y la segunda es una dimensión interpretativa, el superávit de significación (*surplus of significance*) que adquiere una interacción física debido a la perspectiva proporcionada por la acción global del organismo.

Esta misma forma de comprender el surgimiento del significado en sistemas vivos celulares es aplicada a los seres con sistema nervioso. La vida es la actividad de agentes situados, corporizados, que de manera constante afrontan lo que hay que hacer en actividades sensoriomotoras paralelas. Esta redefinición continua no depende de un plan prediseñado sino que mayormente de la improvisación y de la contingencia. La situacionalidad (*situatedness*) implica que una entidad cognitiva tiene por definición una perspectiva que surge constantemente de las propiedades emergentes del agente. De la misma forma que en el caso de los unicelulares, existe aquí ambiente y mundo, y de igual modo, el ser vivo multicelular debe diferenciarse del entorno y al mismo tiempo permanecer siempre acoplado a él, del que depende. Pero sus interacciones tienen siempre una perspectiva, lo que equivale a una interpretación valorada de un modo o de otro –gusto, disgusto, indiferencia– y que es actuada de un modo o de otro –atracción, rechazo, neutralidad. Esta evaluación básica es inseparable de la forma en que el evento de acople encuentra una unidad funcional sensoriomotora.

Para Varela, la naturaleza del entorno para un ser cognitivo adquiere un status curioso: se trata de aquello que se presta a un superávit de significancia. Lo compara con la improvisación en el jazz. El entorno proporciona la “excusa” para la música “neural” desde la perspectiva del sistema cognitivo involucrado. Al mismo tiempo, el organismo no puede vivir sin realizar este constante acoplamiento con sus regularidades emergentes. Sin la posibilidad de un actividad acoplada, «el sistema se volvería un mero fantasma solipsista» (p.84). Por ejemplo, la luz y la reflectancia se prestan para una gran variedad de espacios cromáticos, lo que depende del tipo de sistema nervioso que esté involucrado en el encuentro. En su deriva evolutiva, distintos animales han construido (*have brought forth*)

diferentes espacios cromáticos que tienen no solo distinta significancia conductual, sino que diferentes dimensionalidades de modo que no se trata solo de más o menos resolución de color (Varela 1997). Otro ejemplo de “superávit de significado” que entrega Varela es el de los juegos de realidad virtual, en el que, sin importar el nivel de menor o mayor calidad de la imagen, o la baja sensibilidad de los sensores, la persona habita este nuevo mundo con su cuerpo después de un breve entrenamiento, y experimenta un real vuelo «a través de los muros o sumergiéndose en universos fractales » (p.84). El sistema nervioso en su clausura es tan potente sintetizador de regularidades, que «cualquier material básico le es suficiente como entorno para hacer surgir un mundo convincente» (p.84).

En suma, la sugerencia de Varela (1997) es que, en primer lugar, la identidad cognitiva se asienta en un cuerpo en movimiento y en el espacio a través de la clausura operacional de su red neural, que se expresa en múltiples patrones coherentes que se manifiestan como conductas. Y, segundo, esta dinámica emergente es inseparable de la constitución de un mundo, que es el superávit de significancia que conlleva una conducta situada (*situated behavior*). Así como el lazo con el entorno físico-químico es inevitable, la singularidad de la identidad cognitiva es la constante generación de significado. A la inversa, la singularidad del agente cognitivo es esta carencia constitutiva de significación que debe ser proporcionada, enfrentado a los permanentes quiebres y perturbaciones de la vida sensoriomotora.

2.2.3 Emergencia

Los conceptos de autonomía y hacer sentido están conectados con la idea de emergencia.

La emergencia no gozó de interés y atención en ciencia y filosofía sino hasta la segunda mitad del siglo XX (Silberstein y McGeever 1999; Kim 1999). Reivindicaciones de propiedades emergentes son hoy habituales en la discusión de sistemas dinámicos no lineales, en el modelamiento conexionista, en la teoría del caos, en estudios de complejidad, inteligencia artificial, en filosofía de la mente, en biología (Silberstein y McGeever 1999). La mayoría de estas disciplinas tienen en común en su reivindicación de emergencia un compromiso compartido con la teoría de sistemas dinámicos y su caracterización de los

sistemas no lineales. Más allá de las discusiones sobre la posibilidad de una emergencia ontológica (Kim 1999; Silberstein y McGeever 1999), se trata de una idea fuertemente pragmática (Di Paolo et al. 2010) que ha permitido realizar modelos explicativos en ciencias, en prácticamente todos los ámbitos y «ha removido el aire de misterio» que pudo tener el concepto (Di Paolo et al. 2010). La emergencia está muy vinculada al estudio de la autoorganización. Es muy evidente en los sistemas biológicos que se constituyen como niveles diferentes a partir de elementos separados.

La autonomía no es una propiedad de una colección de componentes, sino que es la consecuencia de una nueva identidad que surge desde los procesos dinámicos en una clausura operacional precaria (Di Paolo et al. 2010). Es precaria porque debe estar en una dinámica permanente o se desintegra. El significado no se encuentra en elementos que pertenecen al entorno o a la dinámica interna del agente, sino que pertenece al dominio relacional establecido entre ambos. Esta nueva identidad y este dominio relacional, son de carácter emergente.

La emergencia es utilizada para describir la formación de una nueva propiedad o proceso a partir de la interacción de diferentes procesos o eventos ya existentes (Thompson 2007; Thompson y Varela 2001). Para considerar diferente un proceso emergente de otro que es solo un simple agregado de elementos (por dinámico que sea), debe cumplir dos requisitos: (1) el proceso emergente debe tener su propia identidad autónoma, y (2) el sustento de esa identidad y la interacción entre el proceso emergente y su contexto debe conducir a limitantes o constricciones y a modulaciones de la operación de los niveles subyacentes. La primera propiedad indica la posibilidad de identificar el proceso emergente cuyas características son permitidas pero no determinadas completamente por las propiedades del proceso componente. La segunda propiedad se refiere a la constricción o limitación mutua entre los niveles emergente y habilitante, que a veces es descrita como causación circular o arriba-abajo (*downward*). Es decir, un proceso emergente no solo deriva de sus elementos constituyentes y de la dinámica entre ellos, sino que la nueva unidad constituida ejerce una influencia decisiva sobre esos elementos y sus relaciones.

El mejor ejemplo lo encontramos en la vida misma. La propiedad de autoproducción continua, renovación, y regeneración de una red físicamente limitada de transformaciones

moleculares (autopoiesis) no se encuentra en ningún nivel por debajo del de la célula misma. Ser una red limitada de autoproducción de transformaciones químicas no es (y no puede ser) la propiedad o la responsabilidad de los componentes individuales de esta red. Este fenómeno se repite en el resto de los niveles de un organismo multicelular, incluyendo los sistemas inmunes (Varela et al. 1991), la generación, mantención y disolución de modos coherentes de sincronía neural cerebral (Engel, Fries y Singer 2001; Thompson y Varela 2001; Skarda y Freeman 1987; Rodríguez et al. 1999; Varela et al. 2001). Los fenómenos emergentes pueden ser muy fugaces. Un movimiento sencillo puede tener una relación de emergencia con sus fases sensomotoras componentes (Di Paolo et al. 2010).

El fenómeno de la emergencia ha hecho que la enacción sea muy escéptica sobre la posibilidad de localización de la función correspondiente a un nivel en elementos correspondientes a un nivel diferente (el tema de la homuncularidad) (Di Paolo et al. 2010). Para estos autores, hay que ser muy cautelosos cuando se denominan elementos de un nivel subsistémico con etiquetas que pertenecen a niveles emergentes, como “sistema de valores”, “mapas cognitivos”, “módulos emocionales” o “neuronas especulares”.

En la enacción, la relación entre los niveles subsistémicos y la emergencia es un problema (esto es, se trata de objetivos a estudiar) que debe ser abordado caso a caso, casi siempre recurriendo a herramientas y conceptos de sistemas complejos que suelen derivar de la teoría dinámica de sistemas.

2.2.4 Corporización

La corporización (*embodiment*) se ha vuelto un tema frecuente en ciencia cognitiva (Clark 1998). Las perspectivas corporizadas sostienen que el cuerpo juega un rol crucial en la cognición y en la subjetividad. Sin embargo, hay variantes en cuanto a la importancia que tiene este rol (Wilson 2002). En algunos sentidos el cuerpo parece verse solo como un vehículo para el fenómeno cognitivo, pero es prescindible (Meijnsing 2006). Para un funcionalismo extendido el cuerpo solamente simplifica el procesamiento cognitivo de la información “bajándola” desde el cerebro a los músculos (De Jaegher, Leary y Practice 2013; Thompson y Varela 2001). Para una perspectiva sensoriomotora, la experiencia perceptual y la cognición están basadas en el control de las regularidades de la actividad

sensoriomotora que depende de las estructuras y hábitos corporales (O'Regan y Noë 2001). Para la perspectiva enactiva (Varela et al. 1992) «el conocimiento depende de estar en un mundo inseparable de nuestro cuerpo, nuestro lenguaje y nuestra historia social, en síntesis, de nuestra corporización» (Varela et al. 1992, p.176). El modo de considerar el cuerpo en la perspectiva enactiva, ha sido llamado “corporización radical” (*radical embodiment*) (Thompson y Varela 2001). Para Varela (2000), «la realidad no es algo dado: es dependiente del que percibe, no porque este “construya” el mundo en forma antojadiza, sino porque lo que cuenta como mundo relevante es inseparable de la estructura del que percibe» (Varela 2000, p.228). Di Paolo et al. (2010) sostienen que

Para el enactivista el cuerpo es la fuente definitiva del sentido; la corporización significa que la mente es inherente en el proceso de animación precario, activo, normativo, y pleno de mundo (*worldful*), que el cuerpo no es un muñeco controlado por el cerebro sino que es un sistema animado global con muchas capas autónomas de auto-constitución, auto-coordinación, y autoorganización y con grados variables de apertura (*openness*) hacia el mundo que crea su actividad sensomotora. (Di Paolo, Rohde y De Jaegher 2010, p 42)

Es el cuerpo y la experiencia vivida el fundamento del conocer del sujeto. Esta perspectiva ha sido influida principalmente por Merleau-Ponty:

Todo cuanto sé del mundo, incluso lo sabido por la ciencia, lo sé a partir de una visión más o de una experiencia del mundo [...]. Todo el universo de la ciencia está construido sobre el mundo vivido (Merleau-Ponty 1945/1997, p.8)

Para Varela (2000), no es que la percepción esté simplemente alojada en y constreñida por el mundo circundante, sino que contribuye a la enacción (es decir, a la “puesta en escena”) de ese mundo circundante. Organismo y ambiente están estrechamente unidos en una especificación y selección recíprocas en la que el cuerpo, precisamente, es el punto esencial.

Di Paolo et al. (2010) sostienen que decir que la cognición es corporizada es expresar una tautología: la cognición no puede ser sino corporizada si es que se entiende el núcleo de la cognición como el “hacer sentido” (ver 2.2.2 supra). El hacer sentido va de la mano con la conservación de las identidades emergentes (la autonomía) constituidas al cabo por procesos materiales en “condiciones precarias”, esto es, procesos que son incapaces de mantener una función de manera independiente unos de otros o de manera indefinida. Para los autores, la mente solo es posible porque un cuerpo es siempre un cuerpo corruptible (*decaying body*), un hecho que no puede ser capturado en términos funcionalistas. El cuerpo, precario en una organización siempre en riesgo de desaparecer, necesita del entorno para mantener su organización, y de ese entorno tiene que distinguir una parte que otorga las condiciones de sobrevivencia y otra parte que lo pone en riesgo. Esta distinción, que es el hacer sentido, solo es posible a partir del cuerpo.

El cuerpo no solo es elemento crucial para la conciencia, sino que se trata de un cuerpo en un mundo. Chiel et al (1997, 2009), en dos amplias revisiones en las que analizan investigaciones realizadas en múltiples especies, desde gusanos anillados hasta seres humanos, sostienen que la conducta adaptativa emerge a partir de la interacción de tres sistemas interrelacionados: el sistema nervioso, el cuerpo y el ambiente. El cuerpo funciona como un pre-procesador de las aferencias sensoriales y un post-procesador de las eferencias motoras, de manera que las aferencias que ingresan al sistema nervioso central tienen ya un proceso cognitivo que se da en el cuerpo mismo. De la misma manera, las “órdenes” que emanan del sistema nervioso central no se cumplen por completo, sino que son procesadas por los sistemas periféricos. El sistema nervioso y la periferia somática han co-evolucionado filogénicamente y se co-desarrollan en la ontogenia de un individuo, lo que crea repetidas limitaciones y oportunidades de control neural. Una retroalimentación constante entre el cuerpo, el sistema nervioso central y el ambiente es crítica para el fenómeno adaptativo.

Maxine Sheets-Johnstone (2009) sostiene:

Cuando retiramos el parche curita léxico (*lexical band-aid*) “corporización” de la herida de más de 350 años infligida por la separación cartesiana de cuerpo y alma, encontramos debajo la *animación*, la dimensión fundacional de la vida

[...]. El fenómeno del *movimiento* testimonia que la animación es la dimensión fundacional de la vida (Sheets-Johnstone 2009, p.375).

Sheets-Johnstone ha trabajado con bebés y ha propuesto el concepto de “pensar en movimiento” (*thinking in movement*). Presenta un reanálisis de un ejemplo original de Piaget (Sheets-Johnstone 2010). En él, Piaget narra el esfuerzo de Lucienne, su hija de 16 meses, mientras intenta abrir una caja de fósforos y simultáneamente abre y cierra la boca. Piaget interpreta estos movimientos orales como una simple indicación motora, dada la carencia de palabras o imágenes visuales que le permitan pensar. Sheets-Johnstone, en cambio, sugiere que no se trata de una “simple indicación motora”.

El término “motor” es de hecho un insulto a la ingenuidad cinética innata de Lucienne, su capacidad de *pensar en movimiento*. Lucienne no es una máquina ni son sus movimientos mecánicos; ella es un ser animado cuyos movimientos son significativos (Sheets-Johnstone 2010, p.166)

Sheets-Johnstone (2010) sostiene que nuestros conceptos más básicos, por ejemplo, el espacio, resultan de nuestra capacidad de movernos. Los conceptos y percepciones visuales de *cerca* y *lejos* se desarrollan sobre la base de percepciones y conceptos no lingüísticos táctiles-cenestésicos. La espacialidad táctil-cenestésica está con nosotros desde el comienzo pero tenemos que desarrollarla precisamente a través del movimiento. El punto de partida para la experiencia del mundo es el cuerpo vivido, y la constitución de los objetos percibidos es tanto limitada como permitida por el repertorio de acciones disponibles para el sujeto. Para Legrand (2010) la descorporización (*disembodiment*) es imposible, y el experimento mental del “cerebro en la tina” (*brain-in-a-vat*) es engañoso. Cosmelli y Thompson (2010) realizan un extenso análisis del experimento mental del cerebro en la tina, en el que van agregando miles de detalles fisiológicos a “la tina”, a los conectores del cerebro y los “órganos” artificiales, para llegar a una reducción al absurdo donde sostienen que, finalmente, es la tina la que reemplaza al cuerpo y en definitiva el cerebro no puede pensarse como aislado.

Hutchins (2010) cita un experimento que ha sido replicado varias veces, en que a un grupo de sujetos sanos se les entrega tres objetos: una vela, una fosforera, y una caja de cartón que contiene chinches. A los sujetos se les da la instrucción de que deben descubrir, con esos materiales, una manera de instalar la vela en la pared y encenderla. Aunque algunos sujetos fracasan, la mayoría llega a la solución: vaciar la caja de cartón y clavarla a la pared con chinches para que sirva de apoyo a la vela. Lo interesante del experimento es que aquellos sujetos que encuentran la solución, en el instante previo tienden a manipular, de una manera no premeditada, con mayor frecuencia la caja de chinches que el resto de los objetos. Para Hutchins (2010) este experimento sugiere que los procesos corporizados de interacción con objetos materiales podrían incluir la manipulación imaginada que podría ser útil para resolver el problema.

Un aspecto relevante para la posibilidad del surgimiento de la intersubjetividad es la condición doble de la experiencia corporal (Thompson 2005). Al coger algo nos dirigimos hacia el objeto y nuestra acción es intencional. Pero la acción no tiene en cuenta a la cosa como una colección de hechos objetivos y determinados; se refiere a ella pragmáticamente a la luz de una meta motora contextual realizada por el propio cuerpo (Merleau-Ponty 1945/1997, p.138). “En el gesto de la mano que se levanta hacia un objeto se encierra una referencia al objeto, no como objeto representado, sino como esta cosa muy determinada hacia la que nos proyectamos [...] a la que nosotros acosamos” (Merleau-Ponty 1945/1997, p.155). Las cosas en el mundo traen acciones intencionales adecuadas y proyectos motores del sujeto (el mundo es proyectado por el sujeto). Este circuito cuerpo-entorno de intencionalidad motora constituye lo que Merleau-Ponty llama “arco intencional” que subtiende la vida de la conciencia, que integra sensibilidad y motricidad, percepción y acción. “Es este arco intencional lo que forma la unidad de los sentidos, la de los sentidos y la inteligencia, la de la sensibilidad y la motricidad.” (Merleau-Ponty 1945/1997, p.153). El arco intencional y sobre todo el ser del mundo (*être au monde*) no son ni puramente primera persona (subjetivos) ni puramente tercera persona (objetivos), ni mentales ni físicos. Son estructuras existenciales previas y más fundamentales que estas abstracciones y pueden así unir lo “psíquico” y lo “físico”.

En el arco intencional que subtiende la vida de la conciencia, el cuerpo propio está presente “no como un objeto entre todos los objetos, sino como el vehículo del ser del mundo” (Merleau-Ponty 1945/1997, p.156). Pero si el cuerpo propio es el vehículo del ser del mundo, y es de esta forma la condición de posibilidad de la experiencia, ¿cómo y en qué forma puede ser experimentado el cuerpo mismo? Thompson (2005) llama la atención sobre esta particularidad subrayada por Merleau-Ponty, y que abre el camino hacia el cuerpo del otro. Esta forma de autoconciencia corporal hace vívidamente aparente el status único del cuerpo vivido como sujeto físico:

Cuando estrecho mis dos manos, una contra otra, no se trata de dos sensaciones que yo experimentarían conjuntamente, tal como se perciben dos objetos yuxtapuestos, sino de una organización ambigua en la que las manos pueden alternar en la función de “tocante” y de “tocada”. Lo que se quería decir al hablar de “sensaciones dobles”, es que, en el paso de una función a otra, puedo reconocer la mano tocada como la misma que seguidamente será tocante –en este amasijo de huesos y músculos que es mi mano derecha para mi mano izquierda, adivino, por un instante, la envoltura o la encarnación de esta otra mano derecha, ágil y viva, que arrojo a los objetos para explorarlos. El cuerpo se sorprende a sí mismo desde el exterior en acto de ejercer una función de conocimiento, trata de tocarse tocando, bosqueja una especie de reflexión, y esto bastaría para distinguirlo de los objetos, de los cuales, sí, puedo decir que «tocan» mi cuerpo, pero solo cuando está inerte, sin que le sorprendan nunca, pues, en su función exploradora. (Merleau-Ponty 1945/1997, pp.110-111)

Pero el tocar y el ser tocado nunca coinciden absolutamente. Las dos manos nunca son simultáneamente tocadoras y tocadas en relación una con la otra, sino que alternan sus roles. Esta alternancia espontánea es una expresión de la relación sensomotora dinámica con su propia subjetividad, y esta clase de auto-relación distingue el cuerpo propio de otras cosas objetivas que uno encuentra en la percepción.

Thompson (2005) sugiere que en esta experiencia podemos tener un atisbo de cómo la subjetividad sensoriomotora puede implicar una clase de intersubjetividad sensoriomotora. Un proceso dinámico de “mismidad-alteridad” (“*self-othering*”) toma lugar en esta experiencia, de modo que el cuerpo propio se percibe como ajeno para sí mismo. Cuando mi mano izquierda toca mi mano derecha (o cuando experimento mi cuerpo de otras maneras), surge allí la posibilidad de experimentarme en una manera que anticipa tanto *el modo en que otro sujeto corporizado podría experimentarme* y *el modo en que yo podría experimentar al otro* (Thompson 2005). La autoconciencia corporizada es en esta forma condicionada por una forma de otredad o alteridad. De acuerdo a Husserl (Thompson 2005), esta dinámica yo-otro es una precondition para la empatía, en el amplio sentido de ser capaz de reconocer a los otros como sujetos como uno mismo sobre la base de su presencia corporal. Es precisamente el status doble del cuerpo de ser un “sujeto-objeto”, un cuerpo vivido subjetivamente (*Leib/körperlicher Leib*) y un cuerpo vivo objetivo (*Körper/leiblicher Körper*), así como el interjuego dinámico entre la mismidad y la otredad inherente en esta ambigüedad, lo que fundamenta la habilidad de uno para reconocer otros cuerpos como sujetos corporizados como uno mismo (Thompson 2005). Uno experimenta el cuerpo propio como sujeto y objeto. El cuerpo propio es el objeto intencional de la propia conciencia cuando uno atiende a una u otra parte de él. El contenido de esta clase de conciencia (*awareness*) corporal corresponde a la imagen corporal o al cuerpo como objeto. Pero la conciencia corporal no puede reducirse a esta clase de experiencia, dado que uno también de manera pre-reflexiva (es decir, una experiencia que es vivida sin ser reconocida, sin ser inmediatamente accesible a la conciencia y a la descripción verbal, Petitmengin, 2010) y no intencionalmente experimenta el cuerpo propio como sujeto. De aquí que el reconocimiento del otro tiene en primer lugar este carácter pre-reflexivo, dado que se basa en esta particular dinámica “ambigua” del cuerpo vivido / cuerpo físico. El desafío para cualquier abordaje científico de la conciencia es preservar este único carácter dual de la autoconciencia corporal.

2.2.5 Experiencia.

Para el enactivismo la experiencia es central tanto desde el punto de vista metodológico como temático. La experiencia en el enactivismo se entrelaza con el estar vivo e inmerso en un mundo de significados. No se trata solo de un dato a explorar, sino que de «una fuerza que guía un diálogo entre la fenomenología y la ciencia» (Di Paolo, Rohde y De Jaegher 2010, p 43), lo que lleva a una circulación pragmática e iluminación mutua entre ambas (van Gelder 1999; Varela 1996; Heiner 2008). Varela destacó esta “circulación” entre la experiencia vivida y la metodología científica acuñando el término “neurofenomenología” (Varela 1996), que ha dado lugar a un programa de investigación (Lutz 2002; Lutz et al. 2002; Lutz y Thompson 2003; Petitmengin, Navarro y Le van Quyen 2007; Le Van Quyen 2010).

Varios autores han abordado el tema de la experiencia y la actividad cognitiva. Por ejemplo, Dreyfus (2002) sostiene que dos componentes importantes de la conducta inteligente, el aprendizaje y la habilidad conductual, se pueden describir y explicar sin tener que recurrir a representaciones mentales o cerebrales. Toma como base a Merleau-Ponty y los conceptos de *arco intencional* y la tendencia a adquirir un *agarre máximo* sobre los objetos. El arco intencional es la estrecha conexión entre el agente y el mundo, tal que, en la medida en que el agente adquiere habilidades, estas son “almacenadas” no como representaciones en la mente, sino como disposiciones a responder a las sollicitaciones del mundo. Por otra parte, el agarre máximo consiste en la tendencia del cuerpo a responder a las sollicitaciones del mundo de tal manera que trae la situación actual a un sentido de *gestalt* óptima. Ninguna de estas habilidades, según Dreyfus, requiere representaciones mentales o cerebrales. A medida que se adquiere experticia, esta se experimenta como discriminaciones cada vez más finas de las situaciones, y simultáneamente acoplada a la respuesta más apropiada para cada situación. En el camino de pasar de principiantes a expertos a través de la práctica, no solo se mejora la ejecución de la tarea, sino que la experiencia misma se transforma. En una línea similar, el trabajo de Masciotra (2010) sugiere que es la experiencia el elemento esencial para el aprendizaje y que se transforma junto al aprendizaje. Esto es lo que se esperaría al considerar la corporización como parte sustantiva de la enacción. Experiencia y cuerpo vivido (*Leib*) se interrelacionan y se modulan mutuamente. La

competencia como expertos no proviene de un proceso de información, sino que de un proceso de *transformación* (Di Paolo, Rohde y De Jaegher 2010).

La propuesta de diálogo entre fenomenología y ciencia es posiblemente uno de los temas con implicaciones más innovadoras, ya que, más allá de sugerir tipos de experimentos o interpretaciones de los datos, se sumerge «directamente en el ámbito de la experiencia personal» (Di Paolo, Rohde y De Jaegher 2010, p.45). De aquí han surgido diversas metodologías que procuran medir o registrar el fenómeno mismo de conciencia en primera persona (Lutz y Thompson 2003; Lutz et al. 2002; Petitmengin, Navarro y Le Van Quyen 2007; Le Van Quyen 2010). Estos autores han desarrollado una metodología “en primera persona”, precisamente para abordar desde la experiencia misma los fenómenos de la conciencia. Le Van Quyen (2010) y su grupo lograron entrenar un grupo de pacientes epilépticos para que describieran detalladamente su experiencia pre-ictal, el aura. Durante el aura, un fenómeno frecuente justo antes de la crisis epiléptica, los pacientes experimentan una gran variedad de sensaciones. Por ejemplo, recuerdos que invaden al paciente y provocan fenómenos de *déjà vu*, una experiencia de encontrarse en una situación exactamente igual a la vivida en otro momento, o bien experimentan pensamientos forzados, o alucinaciones, o despersonalización (sentirse extraño en su propio cuerpo). Los pacientes suelen tener conciencia de la naturaleza ilusoria de sus experiencias. Es posible con entrenamiento llegar a describir esas experiencias, sea directamente o en el contexto de una entrevista (Petitmengin 2006). Le Van Quyen y su grupo diseñaron una descripción del aura en base a tres dimensiones fenomenológicas, que fueron 1) interferencia del pensamiento, 2) atención forzada y 3) auto-conciencia (*self-awareness*) y fue posteriormente registrada con un sistema “rudimentario” (según el decir de los propios autores). A esto los autores le llamaron “fenodinámica”, y demostró poseer una alta correlación con los registros electroencefalográficos (EEG) (neurodinámica) (Petitmengin et al. 2007), y, aun más, en base a esta exploración fenomenológica los pacientes fueron capaces en algunos casos de controlar sus crisis. Los autores sostienen que ambas dinámicas (fenodinámica y neurodinámica) se guían y determinan una a la otra (Petitmengin et al. 2007).

Lutz et al. (2002; 2009; Slagter, Davidson & Lutz 2011) de una manera similar, han entrenado sujetos para que sean capaces de describir su experiencia mientras son sometidos

a diversas pruebas y registros EEG. También han trabajado con meditantes novicios y expertos (monjes tibetanos), y han logrado “seguir” a los meditantes en su exploración de la conciencia y, también, correlacionar el registro fenomenológico con el neural a través del estudio EEG y fMRI. Mencionemos aquí que estos registros habrían sido imposibles hace unos años, no solo por el desarrollo de técnicas EEG, sino por el desarrollo de la matemática no lineal que ha permitido el estudio masivo de correlaciones de fase entre ondas EEG.

En psiquiatría, Thomas Fuchs (2009), siguiendo esta misma línea neurofenomenológica, ha propuesto que el cerebro juega un rol de órgano de modulación y transformación que mediatiza los ciclos de interacción organismo-ambiente. La patología mental es considerada como un cambio en la relación entre el cuerpo fenoménico (*Leib*) y el cuerpo biológico (*Körper*), en que la alteración fundamental es en la temporalidad vivida del sujeto y su mundo.

2.2.6 La identidad entre vivir y conocer

Un concepto clave del enactivismo es la identidad entre vivir y conocer (Stewart 1996). Esta es una idea crítica. La vigencia de la enacción como paradigma para la investigación depende en buena medida de que esta afirmación sea sostenible en todos los seres vivos: todos los seres vivos conocen. Aunque cualquier fenómeno cognitivo presente en formas de vida que suelen considerarse “primitivas” se encuentra, obviamente, muy lejano a la cognición humana (e incluso a la de otros vertebrados), constituyen sin embargo lo que ha sido llamado por algunos autores *sistemas cognitivos mínimos* (van Duijn et al. 2006; Barandiaran & Moreno 2006; Calvo & Keijzer 2011), pero que deben ser considerados con toda propiedad *sistemas cognitivos* que no muestran una diferencia esencial con aquellos organismos que sí poseen sistema nervioso. Ya Margulis (2001), autora de la célebre teoría endosimbiótica de la evolución de los organelos celulares¹⁰ planteó que, aunque los cerebros aparecieron tardíamente en la historia evolutiva¹¹, “la conciencia, la percatación del ambiente circundante, se inicia con la vida misma” (Margulis 2001, p.58). El hecho de

¹⁰ Margulis sugirió que las células eucarióticas, es decir, con núcleo organizado, han adquirido su estructura anatómica a través de un proceso de incorporar organelos de vida libre.

¹¹ Compárese el largo período de vida unicelular de más de 3000 millones de años y el comparativamente breve período posterior a la “explosión cámbrica” de los multicelulares de “sólo” 541 millones de años

considerar que las formas de vida básica, sin un sistema nervioso, sean capaces de mostrar fenómenos cognitivos, no solo amplía nuestro concepto de cognición, sino que permite considerar la cognición como un fenómeno resultante de manera natural de una evolución que comenzó con la vida misma, y no como un fenómeno singular acaecido al surgir el ser humano. De manera que se requiere especificar qué es un ser vivo y en seguida observar cómo este ejerce una actividad cognitiva.

Un sistema vivo se define por una organización que cumple dos requisitos: (a) es una red de reacciones químicas que regenera continuamente los componentes que la constituyen, y esto incluye la generación de una membrana, (b) la existencia de esta membrana, un borde que simultáneamente *separa y vincula* el ser vivo al entorno. Esta organización fue llamada autopoietica por Maturana y Varela (Maturana y Varela 1973/2004). Como ya se discutió, a partir de la organización autopoietica surge el fenómeno de la autonomía. Es esta autonomía el origen de lo que Varela llamará un “proceso de constitución de una identidad”. El ser vivo se define a sí mismo en base a su organización. La identidad emergente autoorganizada es un “punto de referencia” para generar las interacciones con el medio. No debe olvidarse que organismo y medio, en base a la organización autopoietica, se definen simultáneamente: el organismo debe resolver tanto su propia constitución (autonomía) como la mantención de una estrecha vinculación con el entorno (dependencia).

Esta relación autonomía-dependencia es la clave para entender el fenómeno cognitivo. Organismo y medio son “transductivos” (Stewart 2010), esto es, existen como tales solo en su relación mutua. Maturana y Varela (1973/2004) consideran que “el dominio de todas las interacciones en que un sistema autopoietico puede participar sin perder su identidad... es su dominio cognoscitivo” (p.114). Esto es, son las interacciones posibles para un ser vivo, sin que se ponga en riesgo su organización, lo que constituye el entorno significativo, aquello que es relevante para el ser vivo.

Pero la individuación biológica, la constitución de un ser vivo y su permanencia temporal, solo son posibles si el proceso mismo de constitución biológica ejerce algún tipo de control sobre la relación que tiene el organismo y su nicho ecológico (Stewart 2010). Ese control es posible solo si el organismo es capaz de monitorear el efecto que tiene cualquiera de sus cambios estructurales sobre el medio, y así mantener la interacción de manera

dinámica con este medio. Tanto si se trata de seres unicelulares, como bacterias y protistas, o de multicelulares, desde los mohos hasta las plantas y metazoos, la organización biológica ejerce un control sobre la relación con el medio y modifica permanentemente su propia estructura dentro de los límites que establece la organización autopoietica. Esta dinámica de cambio constante acoplado al medio sin perder su identidad es una actividad cognitiva. Para la enacción, conocer es *acción efectiva*, esto es, una acción que permite la continuidad de la integridad del sistema involucrado (Maturana y Varela 1984; Varela 1990), y que opera a través de una red de elementos interconectados capaces de cambios estructurales durante una historia ininterrumpida. A partir de esta idea muchos investigadores han sugerido que las bacterias y otros seres similares deben considerarse *sistemas de cognición mínima* (van Duijn et al. 2006; Barandiaran y Moreno 2006; Calvo Garzón y Keijzer 2011). Se han estudiado los fenómenos cognitivos no solo en distintos mamíferos (Connor 2007) y aves (Clayton y Emery 2007), sino que en esponjas (Nickel 2006), mohos (Bonifaci et al. 2012; Bonner 2010; Nakagaki et al. 2004), bacterias (Baker y Stock 2007; Ball 2008) y plantas (Baluška y Mancuso 2009). En todos estos organismos es posible encontrar algún tipo de sistema que vincula la acción con la percepción, sistemas de memoria de corto y largo plazo, sistemas capaces de adelantarse a eventos (es decir, de hacer predicciones), sistemas capaces de aprender y modificar la conducta. Detrás de estas investigaciones está el principio de que la cognición, más que un hecho inesperado o especial que aparece con los seres humanos o con los primates, es un producto evolutivo como cualquier otra característica biológica (Stewart 2010, Stewart 1996). Como ha relatado Baluška et al. (2009), no es muy conocido el hecho que Darwin dedicó casi la mitad de su carrera académica al estudio de las plantas y estableció la hipótesis del “cerebro-raíz” (Darwin 1880; Baluška et al. 2009), esto es, las funciones que cumple el cerebro en los animales, las cumple una parte específica de la raíz, el ápex, como un sistema dinámico distribuido. Darwin realizó muchas investigaciones en plantas y publicó variados trabajos, pero en particular llama la atención la publicación que hizo con su hijo, Francis, del libro *The Power of Movement of Plants* (Darwin 1880). En el párrafo final del libro, luego de considerar centenares de observaciones sobre la “maravillosa” raíz de las plantas, puede encontrarse lo siguiente:

Es difícilmente una exageración decir que el ápice radical así dotado [con sensibilidad] y teniendo el poder de dirigir los movimientos de las partes adyacentes, actúa como el cerebro de uno de los animales inferiores; el cerebro asentado dentro del extremo anterior del cuerpo, recibiendo las impresiones de los órganos sensoriales, y dirigiendo los movimientos. (Darwin 1880, p.573)

Este párrafo lleva dos importantes mensajes: primero, que el ápex de la raíz de las plantas debe ser considerado como un órgano “cerebral” dotado con una sensibilidad que controla su navegación a través del suelo; segundo, que el ápex radicular representa la porción anterior del cuerpo de la planta (Baluška et al. 2009).

En suma, cualquier sistema vivo es cognitivo en la medida que su acoplamiento con el medio le permite una historia continua, sin interrupción. Su acción es efectiva y genera un mundo propio de significaciones.

A nivel de metazoos, organismos multicelulares que poseen sistema nervioso, el problema no es diferente, pero debe agregarse que cada ser vivo está también abierto a la interacción con otros seres vivos y la capacidad de monitorización del resultado de sus acciones, gracias al sistema nervioso, es extraordinariamente rápida. Gracias a esta capacidad, los seres con sistema nervioso pueden interactuar de manera rápida y generar interacciones coordinadas. Esta es la base sobre la que se generan sistemas sociales. Desde el punto de vista enactivo, la comunicación es la coordinación de acciones entre dos o más seres vivos (Stewart 2010). Examinaremos esto con más detalle.

Existe una línea de investigación con robots evolutivos, que tienen como característica que sus conductas no están programadas, no se basan en la representación, y no tienen una unidad central que de órdenes para lograr alguna meta, sino que redes neurales autoorganizadas más o menos sencillas. Los primeros robots interactivos se realizaron hace poco más de 50 años (Walter 1950). Estos experimentos mostraron que incluso robots (que Walter llamó “tortugas” por la forma que tenían) con conductas muy sencillas como marchar y aproximarse a una fuente de luz, eran capaces de dar origen a conductas complejas al estilo de una “danza” cuando dos “tortugas” se ponían en contacto. Di Paolo (2000), con un modelo de simulación robótica sencillo, demostró algo similar: dos robots con sensores y

emisores acústicos con una arquitectura de redes neurales sin procesador central, llegan a coordinar sus acciones de modo similar a las “tortugas” de Walter. Incluso, estos robots acústicos llegaron a coordinar sus emisiones acústicas de una manera similar a los turnos de los hablantes en una conversación. Los robots tuvieron que resolver el problema de diferenciar el sí mismo del otro (dado que “escuchaban” tanto sus propios sonidos como los que venían del otro robot). Ninguna de estas acciones estaba programada, y surgieron solo *desde la interacción* misma.

Estos y otros modelos similares han demostrado que el logro de la interacción *a través* del proceso de interacción en realidad debe esperarse que ocurra en un amplio rango de sistemas dinámicos en interacción (y no algo que requiera mecanismos construidos explícitamente para este fin) (Di Paolo et al. 2010). Auvray, Lenay y Stewart (2009) utilizaron un modelo de interacción entre dos personas mediado por computación, deliberadamente sencillo. Las personas, físicamente separadas, debían diferenciar, entre varias manchas que se desplazaban sobre una línea en la pantalla del computador, cuál estaba controlada por otra persona. Para hacerlo, disponían de una mancha similar que controlaban con un *mouse*, y que cuando se cruzaba con otra en la pantalla producía una señal. En tiempo breve, las personas descubrieron cuáles eran las manchas “humanas” entre todos los distractores, fijos y móviles, que incluían una “sombra” de la mancha humana que la seguía a todas partes, pero que no reaccionaba con el otro sujeto experimental. La identificación se debía a que ambos participantes tendían a volver sobre una mancha que oscilaba en su patrón de desplazamiento (que era lo mismo que hacían ellos) solo cuando se cruzaba con otra mancha “humana”. El reconocimiento exitoso, en consecuencia, se basaba en el patrón global de coordinación sensomotora *entre* los participantes, y no en la capacidad de cada individuo para juzgar con confianza si acaso un estímulo era causado por el compañero. En otros experimentos robóticos (Di Paolo, Rohde y Iizuka 2008), también se observa algo similar: más que una percepción individual por cualquiera de los interactores, la sensibilidad a la contingencia surge del proceso de causalidad circular que caracteriza a la dinámica *colectiva*. Esto es, los robots que se cruzan con otro “perciben” un tiempo diferente de contacto que cuando se cruzan con un objeto inmóvil (dado que sus velocidades se restan o se suman). Esta misma estrategia probablemente siguen los seres humanos en forma

inconsciente al oscilar sobre la mancha “humana”. En suma, la posibilidad de interacción social solo surge de la interacción social misma (De Jaegher 2009).

2.2.7 Hacer sentido participativo

En particular De Jaegher y Di Paolo (2007) sostienen que la generación y transformación del sentido (de los significados) toma lugar en un proceso de interacción y coordinación, que es el que sugieren los experimentos mencionados. Hay dos elementos que considerar. Uno es la generación de sentido desde la perspectiva de cada uno de los participantes. Esto no es diferente de lo ya dicho: un agente autónomo genera un dominio de interacciones con el entorno a partir de su propia dinámica. Pero, el segundo elemento es que, en la medida que el agente es un sistema plástico y al mismo tiempo puede incorporar a su mundo de interacciones posibles la presencia de otros agentes, entonces, a la manera de los modelos robóticos sociales ya discutidos, puede surgir y estabilizarse un dominio de interacción social con un sentido que, ahora, será participativo.

La interacción social y funcional puede considerarse como el proceso por el que se autoorganizan los encuentros sociales. En las situaciones sociales humanas, el significado se estaría generando constantemente en la interacción a partir de esta autoorganización, en combinación con las historias, trasfondos, expectativas, pensamientos y afectos de los actores. De Jaegher y Di Paolo (2007) proponen que la enacción de un mundo social (esto es, traer un mundo a la mano, generar un mundo) se vincula con el ritmo preciso de los procesos de coordinación funcional e interaccional que tiene lugar en las situaciones sociales. Esta generación de sentido que surge de la coordinación autoorganizada, De Jaegher y Di Paolo la llaman “hacer sentido participativo” (*participatory sense-making*). Los agentes sociales pueden estar generando un sentido individual, pero cuando se involucran en una interacción, su hacer sentido se modifica de acuerdo a los aspectos específicos del mundo con el que ahora están interactuando –otro agente social–. La generación social del significado se basa en el proceso de coordinación del hacer sentido individual, que se adquiere en el ritmo interaccional y por la capacidad rítmica de esos encuentros (De Jaegher, Di Paolo y Gallagher 2010). Los agentes involucrados participan de manera activa en la generación de los significados de lo que es relevante para ambos.

El aspecto distintivo de esta propuesta es establecer qué hace específicamente la *interacción misma* por la cognición social, por los encuentros sociales en su vertiente microsocia y cotidiana. El fenómeno central es la coordinación entre sistemas acoplados, una idea que proviene (como muchas otras en la enacción) de la teoría de sistemas dinámicos (De Jaegher y Di Paolo 2007). La coordinación es la correlación no accidental entre las conductas de dos o más sistemas que se encuentran o se han encontrado en acoplamiento. Una correlación es una coherencia entre las conductas de dos (o más) sistemas que se encuentra por sobre lo esperable por simple azar. Cuando se observa una correlación conductual, uno puede sospechar la presencia de algún factor coordinador.

Entre las personas, las coordinaciones son la regla, y no necesitan ser absolutas. De Jaegher y Di Paolo dan el ejemplo de un adulto y un niño que caminan, y que entran y salen de momentos de coordinación y descoordinación en sus ritmos de caminar, dada la gran diferencia estructural entre ellos, pero dado también el interés en mantener su paso coordinado. Esta coordinación relativa es más flexible que una coordinación absoluta. Los sistemas con coordinación relativa muestran una “atracción de fase”, lo que significa que tienden a estar cerca de la perfecta sincronía, pero luego se mueven a zonas cercanas de menor sincronía (*in-phase, out-of-phase*).

De Jaegher y Di Paolo (2007) van un poco más allá que entender la coordinación como una simple coincidencia espacio temporal de dos agentes que se influncian mutuamente. La interacción social tiene, en cambio, su propia historia, por breve que sea, de la que surge un patrón identificable y un rol que jugar en el proceso de entendimiento mutuo. Estos patrones de coordinación influncian directamente la disposición de los individuos involucrados para mantener o modificar la interacción. Se entra así en un círculo de influncias: desde la coordinación sobre el desarrollo del encuentro, y desde la dinámica del encuentro sobre la probabilidad de coordinarse (De Jaegher y Di Paolo 2007). Solo entonces, sostienen estos autores, es posible hablar de una *interacción social*. Se trata de un nivel emergente que se sostiene desde las interacciones pero que las influncia. Cumple con las dos condiciones que permiten hablar de un proceso emergente. Por breve que sea el encuentro, durante ese período la interacción se organiza a sí misma: los agentes sostienen el encuentro, y el encuentro mismo influncia los agentes y los inviste con el rol de *interactores*.

De Jaegher y Di Paolo dan un ejemplo sobre qué significa que la interacción social sea un nivel emergente que introduzca constricciones sobre los interactores. Cuando existe un deseo o una intención de mantener una interacción social, no es claro este fenómeno de limitación o constricción que provoca la interacción misma. Sin embargo se hace evidente cuando la intención de los actores es *no* permanecer en la interacción y no son capaces de salir de ella a pesar del esfuerzo que hagan. Esta situación ocurre cotidianamente en los cruces de personas que caminan en sentido contrario en un sitio estrecho. Es corriente que ambos sujetos se inclinen hacia el mismo lado, con la intención de pasar y dejar pasar al otro, que es lo mismo que el otro está haciendo. Estos encuentros son muy breves, pero bastan para mostrar que durante esos segundos se genera un patrón de coordinación identificable, y este patrón ejerce una limitación sobre la conducta de los dos interactores. Durante dos o tres segundos, la conducta de cada sujeto está determinada simultáneamente por su propia intención, y por la emergencia de un sistema coordinado que ha adoptado durante este lapso una “vida propia”.

En las situaciones sociales interactivas, la coordinación afecta la generación individual de significados. Pero la generación individual de significados puede ella misma llegar a coordinarse. Si la regulación de los encuentros sociales tiene lugar a través de la coordinación de movimientos, y si los movimientos –incluyendo el habla– son las herramientas de la generación del sentido, entonces los agentes sociales pueden coordinar esta generación de sentidos. Se puede constituir así una generación participativa de sentido, esto es, la coordinación de actividad intencional en la interacción, por la que los procesos individuales de generación de significado son afectados y se puede generar nuevos dominios de construcción social de significado que no estaban disponibles para cada individuo por separado.

Froese y Di Paolo (2009) sostienen que el desafío mayor para la tesis de la continuidad entre la vida y la mente es cómo extender en forma sistemática un marco explicativo propio de los procesos biológicos para incorporar la cognición humana. Estos autores sostienen que esta aparente “brecha cognitiva” entre las formas de vida mínima y la cognición humana parece inabordable principalmente debido al individualismo metodológico que es prevalente en las ciencias cognitivas. De manera que proponen una estrategia doble para mostrar cómo

la sociabilidad puede cerrar esa brecha. Froese y Di Paolo (2009) argumentan, en primer lugar, desde una perspectiva sistémica, que las interacciones inter-agentes pueden extender el dominio conductual del organismo más sencillo. Según lo discutido hasta aquí, un organismo es un agente que en su actividad genera un sentido, o un mundo. Durante la interacción con otro agente, ambos agentes que interactúan son capaces tanto de limitar como de habilitar modos de hacer sentido que no estaban disponibles para cada uno de los agentes por separado. De manera que durante la interacción aparecen dominios de significado novedosos que serían inaccesibles a cada agente por separado. En segundo lugar, sostienen desde una perspectiva fenomenológica que la actitud cognitiva característica del ser humano adulto está constituida de manera esencialmente intersubjetiva, en particular con relación a la posibilidad de percibir objetos como separados de nuestro interés inmediato. Si se acepta que parte de lo que significa experimentar un mundo objetivo es que lo encontramos como una existencia compartida por otros sujetos, el mundo se experimenta como nuestro mundo común, y entonces el enfoque tradicional, basado como está en una premisa objetivista, presupone lo que se propone explicar. El intento de reducir la presencia de otros a una combinación de hechos físicos está condenado al fracaso porque la condición de posibilidad para esos hechos (que serían así objetivos) incluye precisamente la presencia de los otros. En resumen, es imposible concebir la objetividad sin postular la intersubjetividad, al mismo tiempo. Así como los objetos poseen una trascendencia en la medida que se prestan a una exploración sin límites por el sujeto, los otros poseen una meta-trascendencia, ya que no solo son explorables de manera ilimitada por el sujeto, sino que cada uno de ellos por sí mismo es capaz de realizar esa misma exploración.

Esta insistencia en la radical alteridad del otro puede parecer a primera vista un cuestión técnica menor, pero en realidad está en el corazón del porqué la consideración de la intersubjetividad es tan importante para cualquier explicación adecuada de la cognición humana (Froese y Di Paolo 2009). Es sólo cuando el sujeto se encuentra con la particular trascendencia de segundo orden del otro que se puede decir que su esfera inmanente de “lo propio” es superada en dirección a un mundo compartido de objetos. En suma, es la relación con el otro donde se dan las condiciones para que aparezca el tipo de cognición que es propia de los seres humanos.

Estas dos consideraciones complementarias acerca del rol constitutivo de las interacciones inter-agentes para la mente y para la cognición indican que la sociabilidad es un elemento indispensable de la tesis de la continuidad vida–mente y de la ciencia cognitiva en general. En suma, para una perspectiva enactiva, el salto desde el nivel biológico a un nivel cognitivo humano se debería al fenómeno de la sociabilidad (Froese y Di Paolo 2009).

2.2.8 Incorporación mutua

Fuchs y De Jaegher (2009) agregan una dimensión diferente a este mismo proceso, dimensión que llaman de “incorporación mutua”. Estos autores consideran que esta nueva dimensión fenomenológica es complementaria con la anterior. Aún cuando el proceso de cognición social se puede describir desde el punto de vista de un agente dinámico como interacción y coordinación de dos agentes corporizados (la construcción participativa de sentido), es posible simultáneamente describirlo desde la experiencia del cuerpo vivido de cada uno de ellos (o de más), como participantes inmersos en la perspectiva de un compromiso entre una primera y una segunda persona, una interacción de un yo-tú. Estas perspectivas combinan una perspectiva científica con otra experiencial, y pareciera ser un modo adecuado de comprender la constitución de la intersubjetividad.

La propuesta de estos autores tiene sus raíces, nuevamente, en el marco teórico de Merleau-Ponty. El concepto de intersubjetividad se basa en los siguientes supuestos (Fuchs y De Jaegher 2009; Flores-González 2008; Depraz 2008):

1. El entendimiento social es tanto un proceso individual como interaccional (Varela 1996).
2. La intersubjetividad se apoya fuertemente en la corporización (Gallagher 2008).
3. Las intenciones no son opacas y ocultas sino que se expresan en la acción y son perceptibles por los demás (Gallagher 2008).
4. Las intenciones no están predeterminadas y estáticas sino que se generan y transforman en el proceso de interacción (De Jaegher y Di Paolo 2007).

Así, el entendimiento social es un proceso interaccional e intercorporal en el que ambos sujetos se encuentran inmersos y en el que el proceso de interacción mismo juega un rol conductor para el entendimiento. En breve, la cognición social emerge desde la interacción

social corporizada o, en términos de Merleau-Ponty, desde la *intercorporalidad*. A partir del acoplamiento mutuo de sus cuerpos vividos, mediados a través del contacto visual, de la expresión facial, de la voz, el tacto, los gestos y otras clases de acciones intencionales, los participantes entran en un estado corporal diádico, esto es, en una relación personalizada de Yo-Tú. Sus esquemas y experiencias corporales se expanden y, de una cierta forma, incorporan el cuerpo percibido del otro. Esto crea un interjuego dinámico que conforma una particular base fenoménica del entendimiento social y que, siguiendo la idea de intercorporalidad de Merleau-Ponty, estos autores llaman “incorporación mutua”.

La incorporación es una característica penetrante del cuerpo vivido, que siempre se trasciende a sí mismo y parcialmente se funde con el ambiente. El ejemplo habitual, que da el propio Merleau-Ponty, es el ciego y su bastón:

El bastón del ciego ha dejado de ser un objeto para él, ya no se percibe por sí mismo, su extremidad se ha transformado en zona sensible, aumenta la amplitud y el radio de acción del tacto, se ha convertido en lo análogo a una mirada.
(Merleau-Ponty 1945/1997, p.160)

En estos casos, el instrumento es integrado en los esquemas motores como un miembro adicional o una extensión del cuerpo. Subjetivamente se siente como si se “fundiera” o como si el ciego fuese uno mismo con el instrumento. Sin embargo, es solo cuando el bastón se mueve que es percibido como un miembro adicional. En la medida en que no se mueva, no se siente nada con él.

Vale la pena aquí recordar las experiencias del neurofisiólogo Paul Bach-y-Rita (Bach-y-Rita et al. 2004) que, a fines de la década de 1960, diseñó un experimento con personas ciegas a las cuales se les colocaba un transductor táctil, una pequeña grilla de 20 x 20 elementos táctiles que se apoyaba sobre el tórax o sobre las extremidades superiores, acoplada electrónicamente a una cámara de video. Cuando a las personas ciegas se les permitía operar la cámara de video, en pocas horas eran capaces de distinguir figuras complejas e incluso rostros. Deben destacarse dos cosas. La primera es que el fenómeno solo era posible a condición, precisamente, que los ciegos manipularan la cámara. Cuando no se

les permitía operar la cámara, no era posible conseguir una “visión táctil”. La segunda cosa es que, en un breve tiempo, los ciegos “olvidaban” la cámara y operaban sobre el espacio con su cuerpo total, *incluyendo la cámara*, y además ya no hablaban de puntos de percepción, sino que empezaban a hablar de *espacio*.

Un ejemplo adicional es el jugador de tenis, que no solo incorpora la pelota de tenis en su próxima jugada, –se mueve con la pelota desde el origen del movimiento y *siente* su aproximación- sino que los movimientos del jugador contrario, formando una unidad corporal coordinada entre él, la pelota y el otro jugador (Dreyfus 2002). Gracias a su “intencionalidad operativa” (un término de Merleau-Ponty), su cuerpo se coordina con la pelota, formando un campo unificado de coherencia sensoriomotora. En vez de generar una representación independiente de la pelota que viene, el jugador, al seguirla, deja que su brazo llegue a la posición adecuada:

Un movimiento se aprende cuando el cuerpo lo ha comprendido, eso es, cuando lo ha incorporado a su “mundo”, y mover su cuerpo es apuntar a través del mismo hacia las cosas, es dejarle que responda a la solicitud que éstas ejercen en él, sin representación ninguna (Merleau-Ponty 1945/1997, p. 156).

De esta forma, la pelota que se aproxima como un blanco incorporado inmediatamente evoca el correspondiente movimiento del brazo, evoca la carrera del niño que va a atrapar la pelota. Hay estudios que sugieren que esta pudiera ser efectivamente la situación. McLeod et al. (2006, 1996) han registrado videos de jugadores de béisbol y han hecho pruebas con lanzadores automáticos de pelotas registrando la respuesta de las personas, y han mostrado que para atrapar una pelota los jugadores no hacen un modelo de la trayectoria óptica lineal de la pelota, sino que, a través del ajuste de la velocidad de carrera, simplemente mantienen en una disminución constante el ángulo de elevación de la mirada que sigue la pelota, así como el ángulo corporal que sigue el desplazamiento horizontal de la pelota. McLeod et al. (2006, 1996) han demostrado que es la estrategia que los niños aprenden espontáneamente para atrapar un objeto que fue lanzado al aire. «Esta estrategia obviamente no está disponible conscientemente. El hecho que su efectividad sea descubierta [por los niños]

muestra las habilidades inconscientes del cerebro para resolver problemas» (McLeod et al 1996, p.23). Kistemaker et al. (2009) lograron realizar una modelación computacional que confirmó esta teoría. Cabría agregar que no es necesario pensar que son las habilidades inconscientes del cerebro, sino que es la corporización lo que permite las operaciones efectivas con que el niño y el jugador atrapan la pelota. Clark (1998) utiliza un ejemplo similar.

Existen muchas experiencias de interacciones diádicas en la niñez temprana que reafirman esta idea de que la intercorporalidad parece ser un proceso básico que nos acompaña desde el nacimiento (Fuchs y De Jaegher 2009). Trevarthen (2010), resumiendo investigaciones propias y de otros autores sobre la forma en que los bebés coordinan sus ritmos motores y sensoriales, y cómo se involucran con precisión “íntima y seductora” con los movimientos de otras personas, captando sus propósitos y sentimientos, dan una evidencia de su innata capacidad para vincularse en forma intersubjetiva (Trevarthen 2010). La intersubjetividad, así, no es una tarea solitaria de desciframiento o simulación de los movimientos de los demás, sino que consiste en entrar en un proceso de interacción corporizada y de generación de un significado común a través de esta, en una intencionalidad que es transparente desde el inicio (Fuchs y De Jaegher 2009).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Evidenciar que el entrenamiento en las técnicas de examen mental en psiquiatría que siguen los alumnos en proceso de formación de postgrado, consiste en sumergirse junto al paciente en una experiencia de contacto personal, en una relación diádica, y posteriormente distanciarse cognitiva y afectivamente de esa experiencia para observarla y denominarla. Este trabajo doble, esto es, experimentar la relación y distanciarse para observarla y denominarla, es el centro del entrenamiento del profesional en psiquiatría.

3.2 Objetivos específicos

Revelar que:

- a) el entrenamiento de los alumnos en el examen mental en psiquiatría tiene como elemento crítico la percatación de fenómenos corporales prerreflexivos en el propio alumno.
- b) los fenómenos que se enseña al alumno a discriminar solo pueden tener como base la experiencia de relación diádica ante un paciente.
- c) la construcción de los síntomas psiquiátricos es un proceso enactivo que requiere los elementos previos.

En síntesis, nuestra hipótesis es que el entrenamiento de un psiquiatra consiste en experimentar relaciones diádicas personalizadas con un paciente psiquiátrico, y que parte de su formación profesional consiste en aprender a sumergirse junto al paciente en esta relación, provocando situaciones relacionales específicas donde puedan surgir estas experiencias en el propio entrevistador. Las técnicas de entrevista psiquiátrica son una manera de provocar estas situaciones relacionales. Estas experiencias son de carácter prerreflexivo que solo pueden surgir en el contexto de una relación diádica y no son diferentes a las experiencias vividas en cualquier relación humana. El entrenamiento del entrevistador psiquiátrico procura luego distanciarlo de esta experiencia prerreflexiva, volverla consciente y observarla. Es a esta observación distanciada de su propia experiencia, surgida en la interacción con un paciente psiquiátrico, a la que se le denomina “síntoma” o “signo” de una alteración mental en el paciente entrevistado. Es decir, se interpreta algo que ocurrió “aquí” (en la intimidad del entrevistador) como si fuera algo que ocurrió “allí”, en el entrevistado. Nuestra hipótesis es que se trata de un fenómeno que no ocurre ni “aquí” ni “allí”, sino que es una experiencia producto de la interacción misma, que enseguida se objetiviza gracias al entrenamiento profesional, el que introduce en el entrevistador un sesgo que elimina parte de su experiencia, interpretando finalmente lo experimentado como si fuera la percatación (la captura) de un elemento ambiental (algo que está en el paciente) con el que el entrevistador no tiene relación alguna, con el que no está involucrado personalmente.

4. Metodología

La investigación realizada se basa en una metodología cualitativa. Las metodologías cualitativas han tenido un desarrollo importante a partir de la segunda mitad del siglo XX, y no solo han servido para complementar los resultados de las metodologías cuantitativas, ya sea con procedimientos exploratorios o con la adición de preguntas abiertas que arrojan nuevas luces y enriquecen dichos estudios, sino que la investigación cualitativa es el método de elección en una variedad de circunstancias (Morrow 2007). La investigación cualitativa es particularmente adecuada cuando se trata de resolver preguntas del tipo “¿cómo?” o “¿qué?”, en oposición a la pregunta “¿porqué?” (Morrow 2007). Ha sido también el enfoque más apropiado cuando se trata de entender el significado que las personas le dan a sus experiencias y para examinar en detalle los *procesos*, más que los resultados.

4.1 Los métodos cualitativos

Los métodos cualitativos se utilizan para explorar variables que no son fácilmente identificables o que aún no han sido identificadas, así como para la investigación de tópicos para los cuales hay poca o ninguna investigación previa, o cuando deben abordarse ideas o resultados contradictorios en las investigaciones ya publicadas que han surgido de variables operacionalizadas de manera prematura, imprecisa o inadecuada (Morrow 2007). Cuando aún no se dispone de teorías para explicar algún fenómeno, los diseños cualitativos están allí disponibles para facilitar la construcción teórica. Así también, cuando un proceso o fenómeno no es bien conocido o comprendido, la investigación cualitativa puede otorgar un conocimiento novedoso o inesperado (Morrow 2007).

La investigación cualitativa es también apropiada cuando se necesita presentar una visión detallada y en profundidad de un fenómeno en particular. Mientras que los métodos cuantitativos permiten al investigador tener un conocimiento amplio y abarcativo de un fenómeno, las aproximaciones cualitativas son capaces de explorar en procesos complejos e ilustrar la naturaleza multifacética de los fenómenos humanos. Morrow (2007) considera como ventaja adicional para seleccionar un diseño cualitativo, la receptividad del público a un enfoque o presentación de tipo más narrativo, propias de estos métodos.

Guba y Lincoln (1990) proponen tres paradigmas que compiten dentro de la investigación cualitativa (sin considerar el positivismo). Estos mismos autores entienden paradigma como «el sistema de creencias básicas o visión de mundo que guía al investigador, no solo en la elección del método sino que en los fundamentos ontológicos y epistemológicos» (Guba y Lincoln, 1990, p.105).

Los tres paradigmas para estos autores son: (a) postpositivismo, (b) interpretacionismo-constructivismo, y (c) teoría crítica.

(a) El postpositivismo asume una ontología realista crítica, lo que significa que, aunque existe una realidad cierta, esta no se puede aprehender por completo. Adhiere a una epistemología objetivista modificada, considerando la objetividad como un ideal al que el investigador debe tender. El investigador postpositivista sostiene una axiología neutra. El método, o diseño de investigación, utilizado por los investigadores postpositivistas incluye enfoques tanto cuantitativos como cualitativos (Guba y Lincoln 1990).

(b) El paradigma interpretativo-constructivista posee una ontología relativista en la que existen tantas realidades como participantes (más una: la del propio investigador) y en la que los significados son co-construidos por los participantes e investigadores, lo que implica una epistemología transaccional y subjetivista. En este paradigma se asume la existencia de los valores del investigador (e incluso se los destaca), y la subjetividad de todos los participantes es una parte integral de la investigación.

Ejemplos de investigación dentro del paradigma son los métodos de la teoría fundamentada (*grounded theory*), que se originaron en un marco constructivista y típicamente se conducen dentro de este paradigma. La fenomenología (que puede considerarse un subconjunto del interpretacionismo-constructivismo), además de ser un supraparadigma, es un diseño de investigación utilizado con frecuencia en la investigación en psicología (Guba y Lincoln 1990). Finalmente, dentro de las metodologías que pertenecen a este grupo interpretativo-constructivista está, indudablemente, la corriente originada en los trabajos de Clifford Geertz, que él llamó “descripción densa” (*thick description*).

(c) Por último, los paradigmas críticos asumen, tal como la perspectiva interpretativo - constructivista, que existen múltiples realidades, pero también concuerdan que existe una

realidad “real” que se vincula al poder y la opresión. Así, sostienen una ontología realista crítica, y su epistemología, como en el interpretacionismo-constructivismo, es transaccional. Valoran el subjetivismo –el propio y el de los sujetos participantes— y están comprometidos con la justicia social y con el término de la opresión. Así, su axiología puede decirse que es valórica. Los diseños de investigación dentro de este paradigma con frecuencia incluyen aquellos utilizados en el interpretacionismo-constructivismo, pero también incluyen la investigación-acción participante.

La importancia de aclarar estos fundamentos paradigmáticos difícilmente podría sobreestimarse, dado que de ellos depende el patrón contra el que se evaluará la investigación, aunque Morrow (2007) sostiene que una investigación nunca se adaptará de manera nítida a uno solo de estos paradigmas. Ella afirma, en cambio, que un investigador cualitativo es una especie de *bricoleur* que cruza paradigmas hábil y cuidadosamente, y en respuesta a la naturaleza tanto de las preguntas de investigación como de los datos emergentes. En la investigación cualitativa la recopilación de datos es un proceso *reflexivo* (Suzuki et al. 2007) en la medida que exige al investigador mantenerse en un estado de crítica autorreflexiva permanente. El investigador suele estar analizando sus experiencias y valores personales y cuál es el posible impacto que tendrán sobre el resultado de lo que se encuentra investigando.

4.2 La elección de la muestra en los métodos cualitativos

En los estudios cualitativos las muestras de sujetos con los que se trabaja por lo general son de tipo intencional más que probabilístico. Esto es, se trata de sujetos que se seleccionan expresamente porque cumplen ciertos requisitos que permitan mostrar aspectos definidos de la hipótesis con la que se está trabajando, es decir, aquellos sujetos de los que supone que se podría obtener una mayor cantidad de información (Suzuki et al. 2007). Hay variadas estrategias para la selección intencional de una muestra, entre ellas la muestra homogénea (una muestra con características similares o compartidas entre todos los sujetos), muestras por conveniencia (una muestra que es fácilmente disponible y ahorra todo tipo de costos tanto financieros como prácticos, pero que suele ser de poca variabilidad y representatividad) y una muestra de caso crítico o ejemplar (un caso que “prueba” o

ejemplifica los hallazgos principales y permite algún tipo de “generalización lógica”) (Suzuki et al. 2007).

4.3 Observación participante

La observación participante representa una forma relevante para la recolección de datos en contextos naturalistas. Según Suzuki et al. (2007), las metas del observador participante son dos: a. involucrarse en las actividades apropiadas a la situación que se investiga, y b. observar las personas, actividades y aspectos físicos de la situación. Los observadores participantes deben llevar a cabo estas metas en tanto están atentos a los detalles específicos de la vida de la comunidad en estudio, aproximándose con un «lente gran angular» que permita tomar nota de la mayor amplitud de información posible. En el proceso de obtención de esta información es relevante la distinción entre conocimiento *explícito*, que los sujetos son capaces de verbalizar directamente, y conocimiento *tácito*, una información que no está directamente en la conciencia de los sujetos, pero que se encuentra de todas maneras presente en sus prácticas. Sostienen estos autores (Suzuki et al. 2007) que una buena parte del conocimiento cultural permanece en este nivel tácito y con frecuencia solo se revela y es identificado a través del proceso de involucración entre el participante y el investigador.

La participación del investigador se da en un continuo que va desde la no participación (solo se observa desde fuera de los límites de la situación misma), la participación pasiva (el investigador se encuentra presente dentro de los límites de la situación investigada, pero no participa ni interactúa), hasta el extremo opuesto en que el investigador se involucra activamente en las actividades para ganar una mayor comprensión de las normas culturales. Una participación completa a menudo ocurre cuando el investigador es ya un “participante corriente” o miembro de la comunidad investigada. La mayoría de los estudios se encuentran más o menos a medio camino de todas estas modalidades (Suzuki et al. 2007).

4.4 La descripción densa (*thick description*)

En 1973 Clifford Geertz publicó su trabajo *The Interpretation of Cultures* (Geertz 1973), que sería el inicio de una corriente metodológica en antropología. La descripción densa es un método de descripción de la conducta humana que procura explicar, más que los

movimientos mismos, todo el contexto donde estos movimientos se dan, incluyendo sus antecedentes históricos antiguos e inmediatos, de modo que la conducta llegue a tener todo el sentido que tuvo, en primer lugar para sus propios participantes, pero también para cualquiera que, aunque no pertenezca a esa cultura, escuche o lea la descripción realizada.

Hacer etnografía es como tratar de leer (en el sentido de “construir una lectura”) un manuscrito –foráneo, desvanecido, pletórico de elipsis e incoherencias, enmiendas sospechosas y comentarios tendenciosos, y no escrito en grafemas convencionalizados sino que con ejemplos fugaces de formas de conducta (Geertz 1973, p. 10).

Geertz sostiene que la cultura,

...ese documento actuado, es entonces pública, tal como lo es un guiño burlesco (...). Aunque es ideacional, no existe dentro de la cabeza de otro; aunque no es física, no es una entidad oculta (Geertz 1973, p. 10).

Los actos humanos entonces, para Geertz, están cargados siempre de sentido, y por lo tanto su status ontológico (si acaso es, por ejemplo, un *conducto* para patrones o un marco mental o, incluso, algo a medio camino entre ambos), pierde sentido. Geertz analiza un ejemplo. En época del colonialismo francés, un judío en tierras del Magreb sufre el robo de sus ovejas por unos árabes. Está en desventaja y los franceses, administradores coloniales, no toman en cuenta su queja. Decide entonces organizar un robo de ovejas a un grupo tribal bereber al que pertenece el ladrón de sus ovejas, junto al apoyo que consigue de otros grupos también árabes. Pero en realidad no es un robo: es una estratagema para lograr una reparación por lo que perdió. Su intención no es robar las ovejas, sino enemistar a los árabes entre sí, sin que los franceses tengan el menor deseo de intervenir en un conflicto que les molesta. Finalmente, logra que los árabes, de la tribu a la que pertenecían los ladrones de sus ovejas, le ofrezcan una reparación. El ejemplo, justamente, es difícil de entender a menos que se tenga claridad sobre las pequeñas y grandes significaciones de las acciones de cada uno de los grupos culturales involucrados. Para lograr esta comprensión se requiere una

“descripción densa” que contenga las múltiples significaciones de todas las acciones, de todos los trasfondos culturales, de la relación entre judíos y árabes, del entorno geofísico del desierto del Magreb, del valor de los rebaños de ovejas, del valor de la palabra empeñada, del rol de la administración colonial francesa y su relación con los árabes y judíos de la zona.

La cuestión que se debe investigar acerca de un guiño burlesco o un robo simulado no es cuál es su status ontológico. Es lo mismo que se puede decir acerca de la roca que se sostiene en una mano y los sueños que se sostienen en la otra –son cosas de este mundo. Lo que hay que inquirir es cuál es su importancia: qué es, ridículo o desafío, ironía o ira, esnobismo u orgullo, lo que se está diciendo en la acción y a través de su agencia. (Geertz 1973, p.11).

La descripción densa ha llegado a ser uno de los conceptos más relevantes en el léxico de la investigación cualitativa (Ponterotto 2006). Una descripción densa en la discusión de un informe de una entrevista cualitativa hace confluír de manera exitosa las experiencias vividas por los participantes con las interpretaciones que hace el investigador de estas mismas experiencias, generando así un significado *denso* tanto para el lector como para los participantes y para el investigador. El lector, así, es capaz de comprender los elementos esenciales de los hallazgos, y puede discernir si es capaz de llegar a las mismas conclusiones interpretativas que las del informe del autor.

4.5 Metodología aplicada en el presente trabajo

4.5.1 La metodología de este trabajo

La propuesta metodológica que guía el presente trabajo está muy cerca de lo que Susan Morrow (2007) llama una técnica de *bricolaje*, esto es, que el investigador echa mano a múltiples recursos tanto teóricos como prácticos para lograr construir un todo coherente que dé cuenta del fenómeno estudiado, sin que tenga necesariamente que permanecer de manera rígida en un ambiente metodológico específico.

El trabajo también se sitúa dentro de la metodología de investigación participativa, ya que el autor es académico de un Departamento de Psiquiatría y se ve enfrentado cotidianamente a la formación de alumnos de pre y postgrado.

Se tiene claro que existe un trasfondo cultural en el investigador que, necesariamente, arroja un sesgo sobre lo observado que, por un lado, puede oscurecer las observaciones realizadas, pero por otro lado permite aclararlas en la medida que se tiene vivencias precisas acerca de las dificultades en el proceso de enseñanza y una sospecha sobre cómo resolverlas, a lo que este trabajo podría contribuir.

El método seguido debe mucho a la *descripción densa* de Geertz. Las ideas centrales del trabajo han surgido a lo largo de años de trabajo pedagógico práctico, y se sistematizan al recoger los antecedentes actuales. En ese sentido, el presente trabajo tiene poco de “ingenuo” en el sentido de buscar una teoría que “surja directamente de los datos” como quiere el paradigma de teoría fundamentada (incluso en su vertiente constructivista), sino que, más bien, quiere hacer evidentes los significados de las acciones que se observan durante la entrevista psiquiátrica y, en particular, durante el examen mental. Esto es lo que se procurará realizar durante el análisis y discusión de los resultados. En este sentido, siguiendo a Geertz, no es relevante el status ontológico de esos resultados, sino que la densa trama de significados que los une.

4.5.2 Los registros

Dado este trasfondo práctico, la muestra de sujetos fue, en consecuencia, intencionada y de conveniencia. Se registraron en video alrededor de 14 horas de entrevistas individuales a 4 profesores (2 profesores titulares, 2 profesores asistentes) y alumnos de postgrado de psiquiatría e internos de medicina, y actividades docentes de diverso tipo, pero siempre centradas en la enseñanza del examen mental y la psicopatología. Los registros fueron posteriormente transcritos en su mayor parte. Todo este material fue sometido a un análisis que develara el trasfondo de sentido que es evidenciable durante las sesiones de entrenamiento de postgrado. Las actividades se realizaron en diversos locales de uno de los Departamentos de Psiquiatría de la Universidad de Chile.

El análisis se centró, no solo en los contenidos, sino que en el modo en que los participantes, profesores y alumnos, se refieren a los diferentes conceptos psiquiátricos y en las consecuencias de las interacciones observadas (es decir, en los “cómo” más que en los “qué”). El foco de la investigación estuvo puesto en la naturaleza de los elementos clínicos que los profesores destacan durante las actividades docentes. Por ejemplo, si lo que se destaca es una observación de carácter sensorial, como la cantidad de pasos que da un paciente, el tipo de vestimenta que lleva, o la velocidad del discurso (al estilo científico de una “observación en tercera persona”), o bien se destacan elementos que necesariamente requieren una involucración personal del entrevistador de una manera prerreflexiva, como la “disgregación del discurso”, el “tono afectivo”, el “autismo”, el “humor paranoideo” (al estilo de la experiencia personal de una “observación en primera persona”). Se puso especial cuidado en observar el tratamiento que daban los profesores y alumnos a estos dos tipos de elementos, buscando diferencias, si las había. Y esto sobre todo porque no se espera que estas diferencias provengan de una declaración explícita de los participantes (no se espera que los participantes tengan conciencia de lo que hacen), sino que debe ser interpretada a partir de las interacciones entre los participantes, profesores y alumnos, describiendo una verdadera red de significados que solo pueden surgir de ese trasfondo que podría llamarse “prerreflexivo”. De aquí que la metodología más adecuada parece ser la propuesta de Geertz y su descripción densa.

Las entrevistas individuales con instructores psiquiátricos tuvieron por objeto observar las definiciones que realizan de tres conceptos habituales en la clínica psiquiátrica (“discurso disgregado”, “afectividad”, “artificialidad”) y cuál consideran que es la metodología que se sigue para lograr que los alumnos incorporen estos conceptos en su práctica cotidiana. Las entrevistas con alumnos tuvieron el mismo objetivo: conocer su definición de los conceptos y cuál habría sido la metodología que siguieron para comprenderlos y distinguirlos en los pacientes. Nos interesaba saber si las distinciones metodológicas eran claras para docentes y alumnos.

La elección de estos tres conceptos se basó en un criterio de cotidianeidad. Los tres conceptos se utilizan ampliamente en la clínica psiquiátrica, y se los puede encontrar fácilmente en los informes y en las fichas hospitalarias. “Discurso disgregado” es un

concepto de naturaleza cognitiva. “Afectividad” es un concepto de naturaleza emocional. “Artificialidad” es un concepto más bien conductual, que, de manera interesante, no tiene una definición explícita en los textos canónicos, pero sin embargo es utilizado en los coloquios técnicos, en las fichas médicas y en los informes. Con esto los participantes debían reflexionar sobre tres conceptos muy diferentes en la práctica psiquiátrica y que abordaban dominios fenoménicos muy distintos (entendido aquí como la experiencia vivida tanto del entrevistador como del entrevistado), sobre todo al momento de observar los métodos de enseñanza privilegiados.

En las entrevistas también se abordó la temática de las técnicas pedagógicas utilizadas. El objetivo era, como ya se dijo, lograr establecer si para los docentes y alumnos existe una metodología consciente con la que se adquieren conceptos acerca de la semiología psiquiátrica, y cuál es esta metodología.

Por otra parte, los registros en video de clases y actividades prácticas tuvieron un objetivo similar, pero limitándose a registrarlas directamente y luego transcribirlas y observarlas de modo analítico.

Se han seguido algunas convenciones en las transcripciones. El énfasis tonal de los participantes se muestra con *itálicas*. Los puntos suspensivos indican un lapso de tiempo en silencio. Los suspensivos al final de un enunciado denotan que el siguiente participante habla de manera superpuesta al anterior. Las prolongaciones fonéticas de las palabras están señaladas por la repetición de las vocales involucradas (como en “ánimooo”). Se han conservado las exclamaciones dándoles una forma fonética (como “ehmmm” o “eeeehh”). Se han agregado palabras entre paréntesis cuando ha sido inevitable para darle un sentido claro al lenguaje conversacional empleado.

5. Resultados

Los resultados se presentarán en dos grupos. En primer lugar se hará el análisis de las entrevistas individuales. En ellas se solicitó a los entrevistados que definieran los conceptos ya enumerados, y que relataran la forma en que los enseñan o aprenden.

En seguida se presenta el análisis de las actividades docentes. La estructura de las actividades docentes es habitualmente la siguiente: un alumno entrevista a un paciente en el

contexto del grupo de alumnos y el profesor, que no participan de la entrevista sino que la observan, y en una segunda etapa, ya sin el paciente, se discute acerca de lo observado, tanto de lo que hizo el alumno como de lo que se observa en el paciente. Un segundo grupo de actividades consistió en la observación de entrevistas grabadas en video a pacientes psiquiátricos por un grupo de alumnos acompañados de un profesor.

5.1 Las definiciones de conceptos que realizan los entrevistados

Se presentan en primer lugar las definiciones que entregan los entrevistados acerca de tres conceptos investigados. Como puede observarse, las definiciones adoptan formas diferentes según el tipo de concepto que se esté definiendo. Recuérdese que se eligieron tres conceptos de naturaleza diferente: uno netamente cognitivo (“discurso disgregado”), otro de naturaleza afectiva o emocional (“afectividad”), y el tercero de naturaleza más bien conductual (“artificialidad”), pero que indudablemente engloba a las otras dos categorías y tiene la particularidad que no se encuentra definido en los textos canónicos a pesar de su amplia utilización en clínica psiquiátrica.

5.1.1 Discurso disgregado

El concepto de “discurso disgregado”, que con frecuencia también se denomina “trastorno formal del pensamiento”, y que Jaspers (1945(2003) denomina “confusión de lenguaje”, fue definido por los entrevistados en términos bastante canónicos, como si se tratara de una observación desapegada en tono neutro. El canon define “discurso disgregado” como un “discurso que ha perdido su finalidad” o como una «pérdida de la idea directriz y de las asociaciones normales» (Marcos y Topa 2012, p.53) y esta definición es utilizada con frecuencia por los entrevistados. Puede advertirse en esta definición que se requiere un auditor que sea capaz de experimentar en la interacción comunicacional que el discurso del hablante ha “perdido su finalidad”. No se trata de una pérdida de la sintaxis (que está conservada), ni de alteraciones de la articulación (que está conservada), sino que el auditor no logra saber qué es lo quiere comunicar el hablante a pesar de entender cada oración sin dificultad. Es un fenómeno que solo puede entenderse en un marco relacional comunicativo y que fue lo que probablemente quiso destacar Rümke (1990) cuando hablaba

de *praecox feeling*. La mayoría de los entrevistados dan una definición bastante formal, con evidente seguridad, lo que se expresa en la falta de titubeo al elegir las palabras, y aluden solo de manera tangencial a la experiencia personal de hablar con un sujeto con un discurso disgregado. Solo un profesor (Ejemplo 4) definió este concepto desde el comienzo como parte de su experiencia personal con el paciente. En suma, los sujetos entrevistados hablan del discurso del paciente y no de la experiencia de comunicarse con un sujeto disgregado.

A continuación se presentan las transcripciones de las respuestas que ilustran las definiciones de “discurso disgregado”.

Ejemplo 1. Profesor 1: El concepto de disgregación es nuclear en los trastornos del pensamiento, o en el campo de las psicosis. Es el desapego, es la desunión de una idea con otra [...]. Porque, naturalmente, el flujo de las ideas que se van concatenando unas con otras para una determinada finalidad, que en tiempos modernos diríamos que finaliza con un acto de habla adecuado, útil, para mantener la intersubjetividad, transmitir información de un emisor a un receptor, a otro sujeto [...]. La disgregación es el elemento eje de la esquizofrenia por ejemplo. Hay una pérdida de la unidad de la vida mental, por ende, de la vida afectiva, del lenguaje, de los actos psicomotores, todo se pierde. Por lo tanto la disgregación es para mí un eje del desapego, de la desunión de las ideas, la organización del funcionamiento central de la vida mental.

Ejemplo 2. Profesor 2: El pensamiento disgregado es una clase de trastornos del pensar [...]. En el pensamiento disgregado la definición clásica es que es un tipo del pensar en el que las asociaciones, los distintos pensamientos, están quebradas, las asociaciones, en que se pierde en primer lugar la finalidad del curso del pensar y se producen asociaciones insólitas, extrañas, que hacen muchas veces muy difícil la comprensión por parte del observador. No se sabe realmente de qué está hablando la persona [...]. Bueno, la disgregación es un tipo de trastorno del pensar muy importante en la psiquiatría porque es, de alguna manera, pieza fundamental en el diagnóstico de la esquizofrenia.

Ejemplo 3. Profesor 3: El pensamiento tiene que tener un objetivo y la persona tiene que tener la capacidad de orientar voluntariamente la dirección del pensamiento para poder expresar una idea. Cuando se pierde esta capacidad de asociar ideas, conceptos, imágenes, nosotros señalamos que hay una alteración del curso formal del pensar, y esa pérdida de la relación entre los diferentes conceptos puede ser variable, desde la laxitud hasta una franca disgregación, en que finalmente la persona ya no puede expresar lo que quiere expresar y da pedazos de conceptos.

Ejemplo 4. Profesor 4: En el discurso verbal, me interesa saber si [el discurso del paciente] me permite seguirlo y me permite remitirme a mi propia experiencia en contraste con lo que él está diciendo, con lo que está hablando.

Ejemplo 5. Alumna 1: Bueno, yo entiendo el pensamiento disgregado como un grado máximo de pensamiento desorganizado, en el que hay una laxitud entre las ideas, pérdida de la conexión, pérdida de jerarquización, pérdida de finalidad, de manera que una persona al construir su discurso puede ir alejándose del tema principal hasta perder el punto al que quería llegar.

5.1.2 Afectividad

La afectividad es definida con dificultad en el canon. Jaspers (1945/1993) dice que en relación a “sentimiento” «impera una falta de claridad sobre el sentido de la palabra» (p.124). Entrega una definición curiosamente negativa: define lo que no es: «[E]n una palabra, [sentimiento es] todo lo que no se sabe llamar de otra manera» (p.124). Esta dificultad se advierte en autores contemporáneos. Rojas (1995) también declara que «trazar un perfil claro y bien delimitado de este campo [afectividad] entraña serias dificultades» (p.32). Pessoa (2008) en una revisión sobre las relaciones entre cognición y emoción opta por no definir ninguna por la «inherente dificultad en proporcionar definiciones claras de ambas» (p.148).

No debería sorprender, por lo tanto, que en forma correspondiente, las definiciones de los entrevistados ahora se hagan más imprecisas. Los entrevistados tienden a ser menos

fluidos en su discurso (dejan breves espacios temporales entre un enunciado y otro), suelen considerar la experiencia personal (hablan ocasionalmente de la experiencia de “uno”), ocupan ejemplos más que definiciones, utilizan la palabra “afecto” para definir el “afecto” e, incluso, reconocen abiertamente la dificultad de definir el concepto.

A continuación se transcriben las respuestas de los entrevistados ante la solicitud de definir la “afectividad”.

Ejemplo 6. Profesor 1: La afectividad es un concepto muy rico que tiene que ver con el apego... con cómo yo me puedo vincular, puedo promover emociones... sentimientos... valorados, tengo interés por otro, muestro interés por el otro, muestro un afecto por el otro, la movilización de estos sentimientos canalizados en esta comunicación con un otro.

Ejemplo 7. Profesor 2: Yo hablaría primero de la afectividad como una categoría. Las categorías en el área de la psicología son muy difíciles de definir. Es mucho más fácil definir una clase, como el pensamiento disgregado. Cuando hablamos de afectividad nos referimos al ámbito del sentir. A cómo se sienten las cosas. Cómo se siente la persona consigo misma. Cómo experimenta su vivencia [...]. Obviamente que aquí entramos en un juego que es difícil...que es la dificultad de la definición. Que cuando hablamos del sentir estamos muy cerca de todo lo que tiene que ver con la afectividad, pero yo creo que intuitivamente se entiende que uno siente determinadas cosas, que uno se siente... cuando uno despierta en la mañana, y eso es un poco como el sentimiento fundamental de ese día, lo que se llama también ánimo. Y también hay sentimientos respecto a... personas... algunos hablan de sentimientos de valor, por ejemplo, cuando son valoraciones. Es un área extraordinariamente compleja que... está cerca también de lo que llamamos la esfera cognitiva. Las actitudes tienen que ver, también. Tienen elementos que involucran aspectos afectivos, sentimientos respecto a las cosas.

Ejemplo 8. Profesor 3: La afectividad es una de las formas del vivenciar. Es una de las formas más complicadas de definir dado que refleja bastante el mundo subjetivo, interior. De una u otra manera se dice que la afectividad es toda forma del vivenciar que no se puede

definir como... de otra manera... como psicomotilidad, pensamiento, lenguaje, conciencia, etc. La afectividad refleja nuestro vivenciar más íntimo. (...) Lo complicado de esto es que, por ser tan subjetivo, es más difícil de objetivar, de reconocer.

Ejemplo 9. Profesor 4: Yo defino (afectividad) como aquello que invita a hacer, a tener experiencias.

Ejemplo 10. Alumna 1: Respecto a la afectividad... a ver... como tal...es un poco difícil definirlo... se refiere a los estados... es un poco difícil definirlo con las mismas palabras que... se refiere a los estados afectivos, a todo el conjunto de sentimientos que puede haber en una persona, en un momento dado. Por lo general hay uno más predominante, más estable, o que tienen menor reactividad con el ambiente, con menor carga fisiológica, eso... en general...

5.1.3 Artificialidad

La “artificialidad” no está definida en el canon. Se habla de artificialidad cuando existe una disociación entre el discurso y la expresividad corporal-gestual que se supone tiene un origen voluntario (por ejemplo, se observa un llanto que “no es creíble”). Está implícita en la definición de “personalidad histriónica”, una forma de ser “dramática”, “teatral”, con “una exagerada expresión de las emociones” (APA 1994, p.655). El trastorno facticio (es decir, “fabricado”) se caracteriza por síntomas físicos o psicológicos provocados intencionalmente o simulados (fingidos, aparentados) (*feigned*) (APA 1994). El trastorno facticio debe diferenciarse de la simulación, siendo la única diferencia que en esta existe un motivo “obviamente reconocible” (como evitar ser sometido a juicio) (APA 1994, p.471) y no en el primero. Puede verse que la definición de trastorno facticio implica una conducta “voluntariamente involuntaria”.

Se preguntó por la artificialidad precisamente por estas características. Un gesto artificial solo lo es en la experiencia del testigo. Salvo en el caso del Profesor 1, que se refirió a la artificialidad desde una reflexión desapegada y no especificó los elementos clínicos que podrían llevar a reconocer una conducta como artificial, el resto de los

entrevistados tienden a entregar una definición de artificialidad en que se hace mención más o menos explícita a la experiencia del propio observador.

Ejemplo 11. Profesor 1: La artificialidad es un concepto muy bonito porque tiene que ver con la materialización del no ser, la inautenticidad. El ser, ontológicamente, se va a expresar. Yo soy de una manera determinada. Ahora, si yo pretendo ser de otra manera ya le estoy aplicando un elemento de artificialidad, un elemento distinto, un elemento nuevo, porque quiero ser lo que no soy. Ahí hay un artificio. El ser, ontológicamente, se expresa con naturalidad y con todas las limitaciones, que es lo humano. Parecer ser. Parezco ser más de lo que soy. En la sexualidad, en la inteligencia, en los artificios que lleva... todo lo que conocemos como la expresión manipulatoria, expresiones artificiales. La no naturalidad del ser. Yo podría... habría un trabajo muy lindo entre el ser y el parecer ser. Ahí está la esencia de esto.

Ejemplo 12. Profesor 2: La artificialidad no es vista, sino que es sentida por el evaluador o entrevistador. El psiquiatra se siente... tiene una sensación extraña frente al paciente, y después va a decir que este paciente esta simulando, o aquí hay algo artificial. La percepción de artificialidad tiene que ver con la dificultad del entrevistador de poder empatizar con los contenidos del paciente. Siempre se ha dicho que la empatía depende fundamentalmente de... es un trabajo que... es algo que tiene que tener el entrevistador, obviamente. Pero la empatía se facilita o no se facilita, puede dificultarse y bloquearse definitivamente, y una de esas razones puede ser la ausencia de correspondencia entre contenido y la afectividad que el paciente expresa, una percepción de una dramatización exagerada de los contenidos. De alguna manera hay algo que está en ausencia de proporción.

Ejemplo 13. Profesor 3: Artificialidad, para mí... lo... conceptualizo como... para mí tiene que ver fundamentalmente con la concordancia ideoafectiva, (...) tiene que ver con la discordancia ideoafectiva, o la discordancia entre lo que la persona nos comunica y lo que uno está percibiendo en el fondo. Eso hace que a uno le llegue como poco auténtico.

Ejemplo 14. Alumna 1: Artificialidad es un término que... no... no sé la definición en sí, pero me imagino que se refiere a una característica de un individuo... observable... que es cuando de alguna manera no está en armonía o no parece coherente las ideas con el discurso, con la actitud, de manera que pareciera inventado, o sobreactuado, que no pareciera natural.

Ejemplo 15. Profesor 4: (definiendo artificialidad) Cuando a mí me empieza costar mucho construir esta constelación [de diagnósticos posibles], entonces empiezo a pensar aquí hay algo que no calza con mi matriz, entonces probablemente haya una cierta... artificialidad.

5.2 El método pedagógico que utilizan los entrevistados

En la medida que la entrevista se extiende hacia los métodos pedagógicos, todos los entrevistados reconocen que es la experiencia directa con el paciente el único elemento que permite establecer las categorías conceptuales definidas, y en esto es el “sentir”, la “intersubjetividad”, el “contacto”, el percibir “algo raro”, o la “subjetividad”, más que la “observación” lo que constituye la actividad crítica para el diagnóstico. Lo llamativo de estas respuestas es que los entrevistados reconocen que son categorías que dependen de la experiencia vivencial del entrevistador al momento de estar con el entrevistado, pero no la consideraron anteriormente en las definiciones de los elementos clínicos, o lo hicieron de una manera muy tangencial. Pensamos que esto demuestra que los psiquiatras son conscientes de la doble orientación de su actividad profesional, pero mantienen en el discurso una postura de observadores desapegados.

Ejemplo 16. Profesor 1: A mí lo que me interesa es que este alumno... viva la dificultad de interactuar con el pensamiento. Qué pasa con ese pensamiento, con ese lenguaje. Porque yo no le entiendo. Qué pasa. Yo lo estoy vivenciando. O sea, el aprendizaje tiene que ser vivencial. No es teórico. Tiene que pasar por la entrevista, interacciones intersubjetivas. El fracaso de la comunicación. El lenguaje fracasa. ¿Por qué no le puedo entender? No porque lo digo yo o lo dicen los libros. Es en la práctica que me está

aconteciendo. ¡¡Ah!! ¡Ahora entiendo! Este sujeto está desorganizado. Por lo tanto el lenguaje de él no logra ensamblar conmigo. El fracaso. Fracasamos en la intersubjetividad [...]. El [aprendizaje del] diagnóstico se da en este marco que es el encuentro intersubjetivo [...]. Esa es la gracia de esta especialidad.

Ejemplo 17. Profesor 2: El aprendizaje necesario para identificar estos trastornos del pensar en la práctica solamente se puede hacer a través del contacto con pacientes. En la práctica, a través de la observación acompañada, supervisada por parte de una persona que es un profesor que naturalmente es un experto en el área, y que puede a uno irle demostrando cómo se aprende a identificar algo que antes no se ve. Cuando uno comienza a ver pacientes psiquiátricos con trastornos del pensamiento, todos los trastornos del pensamiento parecen iguales. Uno no es capaz de diferenciar entre muchos de ellos. En la medida que uno va adquiriendo experiencia en ver pacientes uno va aprendiendo a hacer distinciones que van situando el pensamiento disgregado como una forma específica de pensamiento. Es imposible que un alumno, así lo vivió uno, pueda hacer estas distinciones que son extraordinariamente sutiles por lo demás y complejas, si no es... en el trabajo en conjunto con una persona que es experta en hacerlas. Uno adquiere una habilidad en hacer estas distinciones. Son muy complejas.

Ejemplo 18. Profesor 3: El alumno puede definir muy bien lo que es la disgregación, puede tener claras las definiciones del ánimo, de los estados emocionales, y dar una clase de ansiedad, etc. Pero otra cosa es que uno tenga la capacidad de reconocer eso en la persona que tiene al frente. Ese tránsito entre lo que uno incorpora conceptualmente y la capacidad de reconocer lo que le está pasando a un paciente, a una persona frente a uno, es un arte, diría yo, es una cosa bien compleja, no es fácil de hacer. Es algo muy subjetivo, y cualquiera puede decir que uno tiene que hacer medicina en base a cosas objetivas. Sin embargo creo que ese fenómeno que a uno le sucede refleja un... cómo decirlo... condensa un conjunto de señales, de manifestaciones del fenómeno que está viviendo el paciente.

Ejemplo 19. Profesor 4: Uno no es un observador completamente ingenuo [...]. O cómo, o cuánto utilizamos nuestra propia... el reconocimiento emocional de nosotros mismos para saber en qué medida estoy sintonizando con aquello que vi [...]. Yo creo que esa [primera] impresión [del paciente] es importante. Y esa impresión no surge de la nada. Cuando uno llega a su lugar de consulta y ve los enfermos en la sala de espera, ya tiene una impresión de ellos. No todos se sientan igual, no todos van vestidos igual, de cada uno surge una impresión de tranquilidad, de intranquilidad, de venir preparados, tranquilos, o venir urgidos, y eso uno lo va viendo cuando entra a la sala de espera. De manera que... hay otras señales bastante más claras. Yo veo una persona con su traje de trabajo y muy agobiada y con evidentes signos de estar comprometida emocionalmente, y supongo que ya ocurrió algo, que le ocurrió algo, que expresa algo. Por lo tanto cuando lo tenga dentro de mi oficina voy a decir, esto que yo vi lo voy a corroborar, o lo rechazo [...]. Yo creo que la mayor parte de las veces, cuando uno ha visto muchas personas, sí corresponde [con lo observado en forma precoz] [...]. El diálogo va configurando, co-construyendo lo que a Ud. le ocurre, y por lo tanto yo tengo que dejar de lado lo que a mí me ocurre sin ponérselo a Ud., pero no despreciándolo, porque lo que a mí me ocurre es un referente que me puede servir.

Ejemplo 20. Alumna 1: Yo creo en primer lugar que hay que entender bien el concepto, estudiarlo, y luego es muy importante la práctica, ver pacientes. En el paciente... juntar el concepto teórico con el paciente y para eso es súper importante que haya un tutor, alguien que lo vaya guiando y orientando para hacer esa conexión entre lo teórico y lo práctico. Porque uno puede saberse de memoria un término, un concepto, y encontrar algo raro en un paciente, algo que uno encuentra que no está bien, que no es normal, pero uno no sabe que *eso* se llama de *esta* manera, pero uno no es capaz de conectar las dos cosas. (Es un paciente) que se aleja de la normalidad, algo que no es habitual ver, que provoca malestar. Pueden ser millones de referencias que uno puede tener para entender que algo no está bien. Encontrar algo raro en un paciente, algo que uno encuentra que no está bien, que no es normal. Si es un paciente que está muy disgregado, hay que hacer un cierto esfuerzo para poder seguir el hilo conductor del discurso, tratar de entender la idea, lo que quiere transmitir, no es tan fácil seguir la conversación como lo estoy haciendo con Ud., por

ejemplo. Y claramente uno empieza a notar que se va saltando de una idea a otra o se va alejando cada vez del tema central

5.3 Dos ideas contrapuestas

A continuación se presentan los análisis de las actividades docentes. De un modo similar a las entrevistas individuales, en los registros de actividades prácticas con pacientes o con videos de entrevistas, puede observarse que los profesores oscilan entre dos posiciones. La primera posición, “objetivista” o “en tercera persona”, es insistir en que la “observación” del paciente debe hacerse dejando de lado toda interpretación personal, buscando solo lo que es directamente perceptible en la entrevista. En consecuencia las palabras más utilizadas aquí son “ver” y “describir” y se alude a la “epojé” fenomenológica dándole el sentido de mantenerse neutral, sin “contaminar” con vivencias personales el fenómeno observado.

La segunda posición, “subjetivista” o “en primera persona”, es destacar fenómenos que parecen pertenecer al paciente, pero que no es posible observar a menos que se recurra a la experiencia personal mientras se está en relación con el paciente. De aquí que en muchas ocasiones, el profesor destaque la necesidad de “interpretar” lo que se ve, exactamente lo contrario de la postura de “descripción” desapegada de la que se hace insistencia, pero al mismo tiempo a los fenómenos observados siempre se les da un carácter de “realidad” presente en el paciente y no en el entrevistador.

5.3.1. La idea de descripción objetiva y desapegada

En los siguientes ejemplos, puede observarse cómo se enfatiza la idea de “descripción” y de “mirar” visualmente de una forma no comprometida como elementos esenciales en la técnica de entrevista al paciente, se alude a la no “contaminación” con ideas “propias” y se desvaloriza de manera explícita la experiencia personal del entrevistador.

Ejemplo 21. Tres alumnos y el profesor. A los alumnos se les ha entregado una pauta de observación y guía para la elaboración de un informe. Observan un video de entrevista a una paciente con un cuadro maniaco. El profesor detiene el video al terminar la entrevista.

El profesor remarca la idea de una descripción desapegada como meta explícita de la actividad de entrevista. Se utiliza un objeto para construir la descripción (una guía).

Profesor: Ya. La idea es que hagan ustedes una descripción.

Alumno1: Me cuesta como separar las cosas.

Profesor: Es que... no hay que separarlas tanto. Pero hay que separarlas un poco (risas). Es la manera de sistematizar. Hay que usar esto (toma una hoja de papel donde está impresa una guía de entrevista) pero no importa que no respeten eso (indica una parte del papel). Finalmente esto sirve para ordenar y... sistematizar la descripción.

Ejemplo 22. El profesor responde una pregunta sobre la necesidad de darse cuenta de lo que le pasa al propio entrevistador como parte de la técnica de entrevista. En la respuesta puede verse con claridad que, pese a reconocer que se trata de un “encuentro intersubjetivo” y que existe un “encuentro experiencial”, la experiencia personal del entrevistador es finalmente explícitamente desestimada. Se advierte la presencia de un paradigma objetivista.

Profesor: Yo soy un participante activo. Lo que pasa es que... lo que a mí me acontece... yo, como dice Husserl, debo aprender a dejarlo entre paréntesis. No es mi opinión la que vale. Tengo que aprender, con ejercicio, a dejar eso entre paréntesis, para coger la esencia de los fenómenos del otro y organizarlos en forma coherente en un diagnóstico. Y dentro de eso, la palabra. ¿Qué bistorí más maravilloso que disponemos, que la palabra? Porque yo soy mi lenguaje. Con el lenguaje intersubjetivo que está mediado por palabras. Que tenemos que aprender a desmenuzar, a organizar, a traducir, todo este lenguaje desorganizado, desestructurado, amanerado, con neologismos. Tenemos que rearmarlo. ¿En qué? En esta experiencia intersubjetiva. Por eso es un encuentro. Es un encuentro experiencial. Yo soy parte de esto. Mi tarea es dejar entre paréntesis lo mío para privilegiar lo del otro y llegar al diagnóstico.

Ejemplo 23. El profesor está haciendo un “pequeño encuadre teórico” (sic) donde enfatiza la necesidad de diferenciar lo que es personal del entrevistador que se considera una “contaminación”, y lo que está “afuera” y que se puede “captar” con los sentidos. A este ejercicio el profesor le llama “mirada fenomenológica”:

Profesor: En el fondo (...) tiene que ver con que las cosas, digamos, distinguir qué es lo que es mío y qué es externo, y cómo yo me relaciono y aprendo y reconozco lo que está afuera. Y en ese sentido se plantea que desde el punto de vista fenomenológico como que las cosas aparecen ante nosotros y nosotros las captamos a través de nuestros propios sentidos. Ahí viene la subjetividad de nuestra apreciación de los fenómenos externos. (...) Ahora, es bien importante este concepto de que, para poder nosotros identificar o reconocer el fenómeno que está afuera, dejar entre paréntesis por un momento nuestro propio mundo subjetivo, y nuestra propia intimidad. Es lo que se llama dejar entre paréntesis, o la epoché (...) de tal manera de no contaminar (...) En la mirada fenomenológica, nosotros tenemos que tratar de ser lo más neutros posibles.

Ejemplo 24. Otro profesor hace un comentario similar al concluir la entrevista a una paciente:

Profesor: De lo que hoy día podemos hablar es de lo que vemos *acá* (señala el lugar donde estuvo la paciente). Doña M., aquí. Con sus anillos, con sus uñas planas, con su personalidad, con sus voces, con sus alucinaciones visuales. Eso es lo que vemos acá. Y eso es defendible. El resto, son *suposiciones* (...) Cuál es la epoché fenoménica, cuál es la esencia de lo que hay acá.

Ejemplo 25. Luego de ver un video con una entrevista, el profesor pregunta por la afectividad de la paciente observada. Nótese que luego de la segunda pregunta el alumno no contesta de inmediato, sino que intenta aclarar el sentido de la pregunta. Debe destacarse que “describir” un ánimo depresivo necesariamente involucra hablar de una experiencia íntima, y no necesariamente de una conducta observable. Hablar de una experiencia íntima no es fácilmente traducible a palabras, y es posible que esto ocurra con el alumno:

Profesor: ¿Y la afectividad?

Alumno: Es un ánimo...depresivo. Por todo lo que hemos hablado.

Profesor: Pero antes de decir “depresivo”, ¿cómo lo describirías tú? ¿Cómo relatarías eso?

Alumno: ¿Cómo... por qué se llega a la conclusión de que es un ánimo depresivo?

Ejemplo 26. El alumno describe la posición de la paciente. El profesor precisa un tipo de lenguaje descriptivo que evita mencionar la sensación del alumno en el contacto. El profesor confirma más adelante que es esta la perspectiva correcta («bien») y critica cualquier intento de interpretación de los gestos de la paciente.

Alumno 1: La posición que adoptó [la paciente] con respecto al entrevistador era más bien... no directa, como tratando, me dio la impresión, de evitar mirarlo.

Profesor: No le pongamos si fue evitativo o no, pero fue una mirada oblicua (el profesor hace un gesto direccional con la mano, frente a su rostro).

Alumna 2: Yo, cuando entró, la vi como que venía tapándose la cara («Bien», exclama el profesor) y cuando se sentó, igual como que no quería que la viéramos (la alumna se cubre el rostro con su mano), como que quería...

Profesor: ¡No sabemos! No le ponga si quería o no quería.

Más adelante, el profesor exige una precisión exhaustiva acerca de pequeños elementos del movimiento de la paciente, lo que legitima la observación en tercera persona:

Profesor: ¿Cuántos pasos se demoró [la paciente] de aquí hasta allá? (muestra el camino que hizo desde la puerta hasta la silla; «no sé», dice el alumno). Nueve. (A otra alumna). ¿Cuántas veces pestañeó? (la alumna lo mira en silencio). [Usted] estaba cerca, a menos de dos metros...

Ejemplo 27. El profesor abunda en detalles sobre lo que espera de la “descripción” que tiene que hacer el alumno. Sugiere que la paciente tiene un síndrome maniaco, pero que faltan algunos elementos, como un delirio de grandeza.

Alumno: Tal vez igual demuestra algo de grandeza cuando dice estoy muy bien, nada me va a pasar (sonríe). O sea, igual no es como normal, tal vez igual tiene un ego aumentado.

Profesor: Correcto. Pero primero hay que describir. Primero hay que describir el fenómeno que uno ve, antes de ponerle un título, maniaco, depresivo, etcétera. Describirlo. Eso es lo más importante [...]. [U]na cosa es que ustedes comuniquen lo que ven, tratando de describir de la mejor manera posible el fenómeno que están viendo, organizando los

síntomas y signos, y otra cosa es que ustedes hagan una hipótesis para decir, resumir, catalogar. Finalmente, lo más importante no es que ustedes digan “esta señora es bipolar” [...] sino que hayan descrito bien el fenómeno.

Ejemplo 28. El profesor ha preguntado por el ánimo de una paciente, y solicita su descripción.

Profesor: Pero no vaya tan rápido. Con más calma para que no se pierda. Vaya describiendo primero el ánimo: cómo es, qué propiedades tiene, cómo se expresó durante todos los pasajes de la entrevista.

Ejemplo 29. Se discute si la paciente observada se presenta como “tímida” o como “paranoide”. El profesor destaca la importancia de no interpretar y “leer lo que el paciente trae”. Puede notarse la dificultad de diferenciar entre un “humor paranoide” y la “timidez” utilizando solo categorías de “descripción objetiva”. De hecho, la alumna utiliza constantemente palabras que aluden a “sensaciones” y no a “descripciones”. Es interesante la respuesta del profesor, dado que parece validar la “sensación” de la alumna como herramienta diagnóstica, pero simultáneamente asegura que “no hay que interpretar” y sí “leer lo que el paciente trae”:

Profesor: Usted [al comienzo] dijo que [la paciente] estaba tímida. Ahora, qué piensa.

Alumna: Más que tímida, dije desconfiada. Cuando entró, me dio la percepción (sic) de que entró con una [inaudible] medio desconfiada hacia el público o hacia el entrevistador. Eso fue al principio, en la primera parte. Ahora, esa sensación que a mí me pareció, ahora como que la pude validar con todos sus... su delirio más persecutorio que tenía...

Profesor: Eso es parte de lo que vamos a llamar el humor paranoide. No era timidez. Por eso, no hay que interpretar. Hay que intentar leer lo que el paciente trae. La desconfianza es parte del humor paranoide.

5.3.2. La vivencia y la interpretación como herramientas legítimas del examen

En los siguientes ejemplos, a diferencia de los anteriores, los profesores aluden a elementos de la entrevista y el examen mental que difícilmente pueden ser “observados” en

tercera persona, y requieren una involucración personal del entrevistador. En varios ejemplos los profesores exigen en forma explícita la “interpretación” de lo visto.

Ejemplo 30. En el siguiente diálogo es posible observar cómo el énfasis se traslada sin que se realice una demarcación explícita, entre la observación desapegada en tercera persona (“¿qué vio?”), hacia la descripción de la “perplejidad”. La “perplejidad” es una categoría conceptual imposible de observar sensorialmente, en tercera persona, y que resulta absolutamente crítica para el diagnóstico. El diálogo se produce después de observar la conducta del paciente que acaba de entrar a la sala y no ha hecho más que sentarse en una silla, en total unos 10 o 15 segundos, al que el profesor invita a salir de la sala sin siquiera haber iniciado el diálogo. El profesor le pide a la alumna que describa estos 15 segundos iniciales de interacción. Es interesante notar que la alumna, solo con esta interacción inicial, es capaz de hablar de “perplejidad”, aunque no la define.

Profesor: Doctora, describa al paciente. ¿Qué vio?

Alumna: Primero... esta perplejidad, como que no lograba conectarse bien con... con... la realidad...

Profesor: Ya. ¡Está confuso! ¿O no está confuso?¹²

Alumna: Bueno, por eso... en realidad, puede estar interferido por algo que no lo deja conectarse con lo que nosotros vemos como real (el profesor arrisca la nariz y realiza unos movimientos de desaprobación con el cuerpo y las manos; hablan varios simultáneamente: “Es que la psicomotricidad... discordancia... no da cuenta...”)

Profesor: ¡¡Exacto!! Hay una pérdida... o sea, es un joven perplejo que perdió la unidad del ser. Que está desmembrado, desarticulado, no hay que olvidar el *acto* (...) Pero Ud. ya se ubicó dentro del panorama de la psiquiatría. Es un muchacho joven, *perplejo*, que perdió la unidad. ¿Se fija?

¹² La alumna dice que el paciente “no se conecta bien con la realidad”, y eso puede ser interpretado como “confusión” en términos técnicos (un paciente confuso no logra dar cuenta de la realidad inmediata, como la orientación temporo-espacial, saber dónde está y qué hace allí). De ahí que el profesor “desafíe” a la alumna y pregunte si existe “confusión” en el paciente, lo que indicaría un problema orgánico (tumor, infección cerebral, traumatismo) y descartaría de inmediato un fenómeno psicótico esquizofrénico.

Ejemplo 31. El profesor sugiere la metodología de exploración en la entrevista. Y menciona un fenómeno difícil, sino imposible, de demostrar con las categorías de observación en tercera persona: la “interferencia”.

Profesor: (Se dirige a la entrevistadora) El pensamiento [es] como que va caminando. Pero se va para otro lado. ¿Se fija? Cuando él está conversando con usted, y se va para otro lado (el profesor mira hacia otro lado) él está en algo, algo se interpone ahí. Esa interposición es una interferencia. ¿Y qué está pasando? Ahí se va usted “de hacha” a buscarlo. Está alucinando, son voces [...]. Tiene que escarbar, tiene que buscarle por aquí, por allá. “¿Hay algo que lo tiene aburrido?” Hasta que vaya emergiendo el fenómeno alucinatorio. Porque está interferido. Eso está claro. Todos vimos que estaba interferido.

Al revisar el video, en realidad es imposible decidir en qué momento el paciente pudiera haber estado “interferido”, si es que esto se refiere a que el discurso se detuvo o cambió de curso en forma brusca. Pero es notable que el profesor lo de por un hecho fácilmente observable por todos los presentes.

Ejemplo 32. Se discute la calidad de la respuesta del paciente, y se define la “reticencia” como una categoría observacional. Este diálogo es interesante, porque el profesor presenta las categorías de “escamoteo”, “reticencia”, “susplicacia”, “humor paranoide” y “autismo”, como si fueran evidentes en la observación desapegada sin que se aluda a la experiencia del entrevistador o a la de los observadores como fundamento de esas categorías. Declara que es posible diferenciar el “escamoteo” de la “reticencia” porque esta última se fundamenta en el “humor paranoide” que aparece a la observación visual (“estaba a ojos vista”). De hecho, utiliza la metáfora de la “tarjeta de presentación”, como si estas categorías se pudieran leer en un documento escrito.

Alumno 1: [El paciente] tuvo una respuesta súper escamoteadora cuando dijo (hablan varios a la vez)... cuando [la entrevistadora] le dijo ¿cómo son las voces?, ahí escamoteó hartito.

Profesor: Pero, ¿escamoteó o es otra cosa? (Hablan varios a la vez). Es que el concepto de escamoteo apunta a algo. En que yo, mi yo interno, intencionalmente quiero ocultar

información. A ver (hablan varios). Porque aquí lo que hay no es un acto de la voluntad. Lo que aquí hay es otra cosa. ¿Qué? (varios: “Pobreza de pensamiento”) Ya lo dijimos. ¿Qué más hay? (varios dicen diversas palabras: “pobre”, “interferencia”, “bloqueo”) No, no es por bloqueo. ¿Qué actitud tiene? (varios: “indiferencia”) No.

Alumno 2: Estaba paranoide (el profesor se le acerca y lo anima con gestos a continuar)... estaba alucinando en este minuto...

Profesor: Estaba *re-ti-cen-te*. Es *reticencia*. No es lo mismo que el escamoteo. En el escamoteo hay una intención y se da en otras circunstancias. Lo que hay es reticencia por un humor paranoide que no fue explorado. Nadie exploró el mundo paranoide, acá. Y estaba a ojos vista, porque la desconfianza la *trae* (levanta la palma como quien muestra un documento). Se la presentó: “Yo soy un paranoico”. Pero nadie tomó cartas en el asunto. Nadie preguntó. ¿Se fijaron? ¿Lo ven ahora? Ya. Está suspicaz. Suspiciacia es eso.

Más adelante, a propósito del mismo paciente, el profesor destaca varios conceptos difícilmente definibles en puras categorías observacionales en tercera persona, pero sugiere que “todo eso está al primer plano”. Obsérvese que habla de “toda una atmósfera” como una categoría observacional, pero, aunque se entiende que se trata de una metáfora, no deja de llamar la atención una metáfora que alude a fenómenos intangibles que, no obstante, se encuentran “al primer plano”:

Profesor: Está dentro del contexto de la psicomotricidad. O sea hay elementos: está la pobreza, los movimientos catatónicos. Hay toda una atmósfera que la trae este paciente. La perplejidad y lo alucinatorio. La suspiciacia. Eso es lo más grande que tiene. Está autista. Todo eso está al primer plano.

Ejemplo 33. El profesor ocupa la categoría de “pobre”, lo que necesariamente es una valoración imposible de realizar a menos que se recurra a la experiencia personal del entrevistador. Insiste en que es algo evidente sin más (“ahí mostró la hilacha al tiro”). El paciente ha hablado de “voces” que le dicen “mátate”:

Profesor: [El paciente] ni siquiera se lo cuestiona. No le molesta. Es la voz de un cincuentón que le dice “mátate”. Eso es todo. No va más allá. ¿Cómo es todo eso? (murmullos en la sala, alguien dice: “Pobre”) ¡Pobre, pues! ¿Se dan cuenta? Todo lo que le

pasa es pobre. Por eso yo digo pobreza franciscana. ¿Se dan cuenta? La psicomotricidad (se rasca una oreja imitando al paciente)... esto, y ahí se queda. ¡Ahí! ¡Ahí mostró la hilacha al tiro!

Ejemplo 34. En el siguiente ejemplo el profesor aborda un elemento clínico con criterios simultáneamente observacionales e interpretativos. Interpretar un acto comunicativo parece una acción de percepción sensorial (“coger de ahí”).

En primer lugar, el profesor habla acerca de los “actos”, y presenta el fenómeno observado en el paciente como un “acto”, dándole el sentido de acto comunicacional:

Profesor: Cada *acto*, porque este es un acto psicomotor, no es un Parkinson (gesticula como paciente con enfermedad de Parkinson), es un acto de contacto con los otros, a través de la psicomotricidad.

Inmediatamente después es enfático en resaltar la necesidad de “no limitarse a ver” lo que se observa, sino a obtener el significado del acto, aunque lo connota como la apropiación de algo externo tanto en la palabra como en el gesto (“coger de ahí”). El gesto refuerza la idea de objeto:

Profesor: Ahí tiene un criterio. La lectura. Eso es lo que hay que leer, coger de ahí (avanza la mano en el gesto de quien coge un objeto). No se limita a ver, sino qué significa. Es una perturbación de los actos psicomotores.

Ejemplo 35. El profesor destaca una observación a la que le dará una categoría esencial en el diagnóstico. Es un fenómeno que solo es comprensible desde la experiencia íntima del auditor. Se entrevista un paciente con un grado moderado de retardo mental. El entrevistador le ha preguntado al paciente si ha tenido “pololas” (novias). Él paciente ha dicho que sí. El entrevistador le pregunta “qué hace con las pololas”. El paciente lo mira y ríe con una expresión algo bobalicona pero perfectamente discernible en el contexto de lo que se habla. Se escuchan risas controladas en el auditorio. Durante el análisis posterior, este es el hecho que se comenta:

Profesor: Hay algo interesante. ¿Qué le respondió a su pregunta?

Alumno 1: ¿Lo de las pololas? (risas en la sala).

Profesor: Ya (todos ríen). ¿Qué pasó ahí?

Alumno 1: (ríe) Se le vio medio pícaro.

Profesor: ¡Pícaro! ¡Ojo! Aparecía la picardía. ¿Qué hacía con las chiquillas? “Ahh, pues...” (todos ríen). La respuesta es lo importante ¡porque él captó! Porque ahí había otra cosa, ahí había algo. Estaba la *picardía*.

Ejemplo 36. La “picardía” no es una observación despreciable. En el mismo ejemplo anterior, se trata nada menos que del elemento que excluirá por completo la categoría “psicosis”. Obsérvese que el profesor pregunta “¿qué le traduce a usted?” y no “¿qué observa usted?”. Las respuestas de los alumnos aluden a la comunicación.

Profesor: ¿Qué le traduce a usted? (alguien dice: “El sentido del humor”). Ya. El sentido del humor. ¿Qué más? (alguien dice: “Contacto con el entrevistador”) Ya. Capacidad de compartir. ¿Qué elemento hay ahí? (alguien dice: “De ver, de leer al otro que está ahí, una interacción”). Aquí hay una finura, hay una cosa interesante. Hay picardía, hay un humor, una capacidad para entender un chiste. Eso significa que hay una capacidad de cognición social (...) pero está hablando de otra cosa más. ¿Qué más?

Alumno 2: También era capaz de ver las reacciones ante los demás. O sea, a medida que nosotros reíamos, él también reía.

Profesor: O sea, tiene una cierta capacidad de conexión.

Alumno 3: Él es capaz de contactarse.

Profesor: Y eso, ¿a qué apunta?

Alumno 3: A que no hay... autismo.

Profesor: ¡¡No hay autismo!! Perfecto. Y ahí vemos que la esquizofrenia... (mueve la mano izquierda en derredor, como si buscara un apoyo) ¡No hay dónde! No hay ningún elemento para plantearlo.

Ejemplo 37. Nuevamente se coloca al fenómeno comunicacional como centro crítico para el diagnóstico del psicótico. Después de declararse creyente, el paciente ha preguntado, dirigiéndose a nadie en particular (en realidad da una mirada abarcadora al curso completo), si acaso “creen en dios”.

Alumno: Él esperó la respuesta... me queda la duda...

Profesor: ¿Le quedó claro que él está interesado en que usted lo entienda, lo comprenda, lo ayude?

Alumno: Pero le hacía resonancia lo que... el cómo nosotros estábamos...

Profesor: Pero estaba dentro de una actitud así como de jugueteo... “¿usted cree o no?” (...) No es que él esté interesado en dar cuenta de lo que a él le sucede. (...) No hay un compromiso afectivo en lo que a él le pasa. Eso es autismo.

Ejemplo 38. El profesor entrega otro detalle crítico para descartar la psicosis. Se trata de la observación de la “mismidad” y la “unidad del yo”, que son observaciones hechas desde la experiencia de estar con el otro.

Profesor: Eso es. Es la mismidad. La propiedad. ¡A *mí* me pasa algo! No es que me imponen. No es que yo esté perdido. Yo soy propietario de mí. Esa mismidad habla de que hay una unidad del yo.

Ejemplo 39. A propósito del mismo paciente “pícaro”, se discute si la sonrisa que mostró era de naturaleza “heboide”, alguien menciona que era una “sonrisa sardónica”; se discute por lo mismo el concepto de “hebefrenia” y las diferencias entre lo “pueril” y lo “hebefrénico” y finalmente lo “sardónico”. Nótese, una vez más, cómo las observaciones críticas para realizar el diagnóstico (picardía, puerilidad, superficialidad afectiva, finalidad, intención, capacidad de contacto, contacto afectivo, sonrisa sardónica) son todas de naturaleza interpersonal, y no de naturaleza observacional desapegada:

Profesor: (dirigiéndose al curso) Ya, ¿qué es un hebe-frenos? (varios: «de niño... pueril... como infantil...»). Se ve en un joven, ¿verdad? Entonces (alguien: «como adolescente, como...») el afecto infantil, superficial, pero sin contacto, sin condición afectiva. Es un humor chancero, es tonto. (Indica el lugar donde estuvo el paciente) Él (en cambio) tiene contacto, porque hay picardía acá. El heboide no es pícaro. Él tiene picardía. ¡El heboide está autista! ¡No está comunicativo!

Alumno: ¿Y con respecto a pueril?

Profesor: Pueril, eso sí (señala donde estuvo el paciente).

Alumno: ¿Cómo... cómo...?

Profesor: Claro que es pueril (...) Este paciente (señala el lugar donde estuvo el paciente) es pueril. De acuerdo. Pero no heboide. Porque el heboide es (de) un infantilismo (...) pero sin contacto. Son superficiales. No se contactan. (Un alumno: “No hay finalidad”) No tiene finalidad, claro. Aquí, claro que hay una finalidad. Se reía con el doctor. Se detiene y se vuelve a reír, después. Contactado con la picardía. Un pícaro, con una estructura completa. No está esquizo. Si usted dice “heboide”, yo tengo que sospechar que está quebrado, que está fracturado. Salta, por todos lados. La sospecha podría ser cuando está maníaco, que salta por todos lados. Pero está conectado. Se ríe. Lo sardónico es una sonrisa irónica. Con intención

Ejemplo 40. El profesor se refiere al acto como elemento comunicacional y lo destaca como fundamento del diagnóstico. El acto, precisamente por su carencia de palabras, debe ser vivenciado por los sujetos en interacción, y no puede ser simplemente observado:

Profesor: Esto es discordante. Entrar así (imita al paciente, mueve las manos), esto es discordante. Porque [...] la psicomotricidad pertenece... es un *acto*, es un acto de comunicación con el cuerpo, es una intención. “Hola, doctor”, yo *voy* (se acerca al alumno, extiende la mano como en un saludo) con el movimiento, es toda una intención. Acá (en el paciente) hay puros movimientos discordantes, amanerados. Ahí tiene un gran fundamento para marcar la psicosis.

6. La ambivalencia de la psiquiatría

Los ejemplos anteriores revelan ambivalencias en la psiquiatría como disciplina y como enseñanza. La docencia (y los libros de texto canónicos) (Jaspers 1945/1993) enfatizan que el examen mental y toda la psicopatología, al modo del examen físico en medicina somática, consiste en la observación distanciada, en tercera persona, realizada por un observador neutral, de conductas que representan fenómenos psíquicos. Se trata de tres ideas sobrepuestas.

La primera es que la realidad se encuentra simplemente allí, como objetos accesibles a una mirada. Los movimientos corporales, los gestos, las conductas, son objetos que se

pueden observar de manera ingenua. Se trata de signos, tal como los que utiliza la medicina somática (Goić y Chamorro 1987).

La segunda idea es que los movimientos corporales, los gestos, las conductas, son la representación externa de la mente interna. Esta es la expresión de un principio cognitivista cartesiano (Sharrock y Coulter 2004) en el que la mente es un objeto oculto en el interior de un sujeto, separada del exterior, y el observador solo tiene acceso a las señales corporales con las que tiene que “intuir”, “imaginar”, “interpretar” o “comprender” ese mundo interno. Es, también, el fundamento teórico de la teoría-teoría de la mente (Premack y Woodruff 1978; Baron-Cohen, Leslie y Frith 1985) y de la teoría de la simulación (Goldman y Shanton 2010). En todos los casos el observador hace una teoría o un modelo del Otro que en un segundo paso le permitirá predecir su conducta. Esta mente interna, oculta al observador, es cercana a la idea de síntoma de la medicina somática (Goić y Chamorro 1987).

La tercera idea es que para interpretar correctamente una señal corporal, se requiere un intérprete neutral. Pero interpretar una señal implica una participación personal del intérprete, participación que lo aleja de la neutralidad. La psiquiatría canónica quiere salvar esta dificultad haciendo, precisamente, que el intérprete sea neutral. La manera de ser neutral consiste en reconocer todos los prejuicios del intérprete y evitarlos, en una tarea que se sabe difícil, sino imposible, desde el comienzo, y que tal vez nunca llegue a tener el “alto grado de perfección” que exige Jaspers (1945/1993)¹³.

La ambivalencia que se destaca aquí es que se le exige a la psiquiatría hacer una observación de los signos a la manera distanciada y objetiva de la ciencia, sin interpretación alguna, o bien no hay signos que no sean interpretables, y la psiquiatría debe tratar con elementos ambiguos, que se requiere “leer” de manera exegetica, con lo que el mundo personal del intérprete se vuelve relevante, y requiere entonces un entrenamiento para lograr su neutralidad.

Esta ambivalencia de la psiquiatría es evidente en los ejemplos donde se estimula la “descripción” de lo que está “ahí”, en el paciente, y se previene contra el uso de

¹³ Cabe hacer notar aquí que para Gadamer (1975/1991), quien ha hecho un extenso análisis del prejuicio, no es posible una interpretación sin prejuicios, y «los prejuicios de un individuo son, mucho más que sus juicios, la realidad histórica de su ser» (Gadamer 1975/1991, p.344).

“interpretaciones” (lo que está “aquí”). Ejemplo 29: «*Por eso, no hay que interpretar. Hay que intentar leer lo que el paciente trae*». Ejemplo 23: «distinguir qué es lo que es mío y qué es externo». Ejemplo 24: «De lo que hoy día podemos hablar es de lo que vemos *acá* (señala el lugar donde estuvo la paciente)». Ejemplo 25: «Pero antes de decir «depresivo», *¿cómo lo describirías tú?*». Ejemplo 27: «*Pero primero hay que describir. Primero hay que describir el fenómeno que uno ve, antes de ponerle un título, maníaco, depresivo, etcétera. Describirlo. Eso es lo más importante*». Ejemplo 28: «Pero no vaya tan rápido. Con más calma para que no se pierda. *Vaya describiendo primero el ánimo: cómo es, qué propiedades tiene, cómo se expresó durante todos los pasajes de la entrevista*». En todos estos ejemplos es evidente el compromiso de los profesores con esta idea de percepción de objetos que se encuentran en el paciente, en su exterioridad. De ahí el uso de los verbos “ver” y “describir”. Esta es la base de lo que ha sido llamado “psicopatología descriptiva” (Berrios 1996/2008) y que se encuentra en el fundamento de las clasificaciones de enfermedades reconocidas en el mundo (la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud, WHO, 2010, y el *Diagnostic and Statistical Manual* de la American Psychiatric Association, APA, 1994). Se describe lo que se ve. La “psicopatología descriptiva” (o “fenomenológica” como a veces es llamada, a pesar de que conceptualmente no es fácil sostener en qué consiste una psicopatología efectivamente “fenomenológica”, Berrios, 1984) posee un fuerte compromiso con un realismo, si se quiere, “ingenuo”. Las cosas simplemente “están ahí” y la tarea del investigador es percibir las, mirarlas, de una manera “objetiva”. Es una mirada segura de sí misma, que no necesita problematizar lo mirado. Los signos y síntomas clínicos se encuentran sencillamente “allí”, al frente, ante los ojos, los oídos o el tacto del médico: lo que Foucault llamó la “mirada médica”, producto del racionalismo (Foucault 1963/2003).

La ambivalencia también es evidente en que, luego de exigir al psiquiatra que no interprete, sino que “lea” y describa, ahora se le va a exigir exactamente lo contrario: es importante que interprete. Ejemplo 23: «Ahí viene *la subjetividad de nuestra apreciación* de los fenómenos externos. O sea, a través de las señales que emite el fenómeno nosotros podemos intentar aproximarnos a la esencia del fenómeno»; ejemplo 34: «Ahí tiene un criterio. La lectura. Eso es lo que hay que leer, coger de ahí (avanza la mano en el gesto de

quien coge un objeto). *No se limita a ver, sino qué significa*»; ejemplo 36: «*¿Qué le traduce a usted?* (alguien dice: “El sentido del humor”). Ya. El sentido del humor».

Jaspers (1945/1993) elabora gran parte de su psicopatología sobre estas dos ideas, ya expuestas: una observación desapegada de hechos que llama “explicación”, y la “comprensión” del acontecer psíquico íntimo, que solo puede ser hecha como intuición o interpretación.

Sin embargo, los profesores de psiquiatría cuando reflexionan sobre su labor docente, esto es, qué es lo que enseñan y cómo lo hacen, no destacan la interpretación, en tanto acción desapegada, como un elemento clave del examen mental que debe enseñarse. Se esperaría, por ejemplo, que hablaran de “enseñar a interpretar correctamente”. Pero ni siquiera la mencionan. Por el contrario, es la dimensión experiencial que surge en la entrevista psiquiátrica la que se convierte en el elemento más destacado en la enseñanza. Nótese en los siguientes ejemplos el lugar que los profesores conceden a la experiencia: ejemplo 16: «A mí lo que me interesa es que este alumno tenga una entrevista. *Es decir, que él viva la dificultad de interactuar con el pensamiento*. Qué pasa con ese pensamiento, con ese lenguaje. Porqué yo no le entiendo. Qué pasa. Yo lo estoy vivenciando. O sea, *el aprendizaje tiene que ser vivencial*»; ejemplo 17: «El aprendizaje necesario para identificar estos trastornos del pensar en la práctica *solamente se puede hacer a través del contacto con pacientes*»; ejemplo 18: «*Es algo muy subjetivo*, y cualquiera puede decir que uno tiene que hacer medicina en base a cosas objetivas. Sin embargo creo que ese fenómeno *que a uno le sucede* refleja un... cómo decirlo... condensa un conjunto de señales, de manifestaciones del fenómeno que está viviendo el paciente»; ejemplo 19: «O cómo, o cuánto utilizamos nuestra propia... *el reconocimiento emocional de nosotros mismos* para saber en qué medida estoy sintonizando con aquello que vi [...]. Yo creo que esa [primera] impresión [del paciente] es importante. Y esa impresión no surge de la nada ». Nótese que para una alumna entrevistada el fenómeno es igual, la comprensión de la importancia de la experiencia personal que se tiene durante la entrevista posee el mismo valor destacado por los profesores: ejemplo 20 (alumna): «Porque uno puede saberse de memoria un término, un concepto, y *encontrar algo raro en un paciente, algo que uno encuentra que no está bien*, que no es normal, pero uno no sabe que *eso* se llama de *esta* manera, pero uno no es capaz de conectar las dos cosas. [Es

un paciente] que se aleja de la normalidad, algo que no es habitual ver, *que provoca malestar.*»

Pero en las transcripciones de las actividades docentes, puede verse que los profesores, pese a haber hecho este reconocimiento tan explícito sobre el valor de la experiencia personal del entrevistador en la entrevista psiquiátrica, continuamente desestiman dicha experiencia como fuente de conocimiento del Otro y apoyan un ejercicio de “dejar entre paréntesis” ese mundo íntimo para llegar a “ser neutros”. Ejemplo 22: «Yo soy un participante activo. Lo que pasa es que... lo que a mí me acontece... yo, como dice Husserl, debo aprender a dejarlo entre paréntesis. *No es mi opinión la que vale.* Tengo que aprender, con ejercicio, a dejar eso entre paréntesis, para coger la esencia de los fenómenos del otro y organizarlos en forma coherente en un diagnóstico... *Mi tarea es dejar entre paréntesis lo mío* para privilegiar lo del otro y llegar al diagnóstico»; ejemplo 23: «Ahora, es bien importante este concepto de que, para poder nosotros identificar o reconocer el fenómeno que está afuera, *dejar entre paréntesis por un momento nuestro propio mundo subjetivo, y nuestra propia intimidad.* Es lo que se llama dejar entre paréntesis, o la epojé (...) de tal manera de *no contaminar* (...) En la mirada fenomenológica, nosotros tenemos que tratar de *ser lo más neutros posibles*».

En consecuencia, el observador en psicopatología parece tener que cumplir con esta exigencia simultánea de tener una apreciación subjetiva pero neutral de lo observado. Esto es, se exige una “objetividad” descriptiva, como en toda tarea científica. Pero esa objetividad no es apropiada para la “captación” de los fenómenos psicológicos o psicopatológicos, que solo pueden ser correctamente captados desde la “comprensión” o “interpretación” personal. De modo que debe compatibilizarse de alguna forma la primera postura (“observación objetiva”), que tiene carácter científico, con la segunda postura (“comprensión psicológica”), que en principio no tiene este carácter científico. Para que lo tenga, o más bien, para acercarse a la exigencia de científicidad, el examinador debe vaciarse de “todo prejuicio”, permanecer completamente neutral, de manera que lo observado desde la “comprensión” pueda tener el mismo grado de “objetividad” que el de la observación descriptiva. En esto se exige “poner entre paréntesis”, la famosa epojé de Husserl, no el

mundo percibido, sino que la propia experiencia. Esta no es una actividad espontánea y natural. Debe ser entrenada.

Nuestra tesis es que no es esto lo que ocurre en el entrenamiento en psiquiatría. Este aparente entrenamiento para llegar a la neutralidad que permita una correcta interpretación de la semiología psiquiátrica, es solo lo que los profesores declaran que hacen, pero no es lo que hacen. No es tampoco lo que hace el psiquiatra durante un examen mental. El psiquiatra no se coloca en una postura neutral, a la que ha llegado con esfuerzo, para interpretar correctamente, para “comprender” (Jaspers 1945/1993) el mundo íntimo del paciente.

Procuraremos desarrollar a continuación nuestra idea.

7. El aprendizaje debe ser vivencial

El aprendizaje de la psiquiatría, el aprendizaje del examen mental, «tiene que ser vivencial» (ejemplo 16). ¿Por qué debe ser vivencial?

No se trata solo de adquirir una habilidad conductual. Es que «el aprendizaje necesario para identificar estos trastornos del pensar en la práctica *solamente se puede hacer a través del contacto con pacientes*» (ejemplo 18). Es decir, lo que se destaca aquí es el contacto, entendido como una interacción comunicacional, no como una interacción física (De Jaegher y Di Paolo 2007). Recordemos que Rümke (Rümke y Neeleman 1990; Varga 2010) propuso el concepto de *praecox feeling* que describió como un sentimiento difícilmente explicable para el entrevistador y que surge en los primeros instantes de contacto con el paciente psiquiátrico. Rümke se refería al paciente psicótico, específicamente, pero estimamos que el concepto puede extenderse a todos los pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, el profesor 4 sostiene (ejemplo 19): «Yo creo que esa [primera] impresión [del paciente] es importante. Y esa impresión no surge de la nada». Él se refiere a todos los pacientes, no solo a los psicóticos: «Cuando uno llega a su lugar de consulta y ve los enfermos en la sala de espera, ya tiene una impresión de ellos. No todos se sientan igual, no todos van vestidos igual, de cada uno surge una impresión de tranquilidad, de intranquilidad, de venir preparados, tranquilos, o venir urgidos, y eso uno lo va viendo [ya] cuando entra a la sala de espera. De manera que... hay otras señales bastante más claras. Yo veo una persona con su traje de trabajo y muy agobiada y con evidentes signos de estar comprometida emocionalmente, y

supongo que ya ocurrió algo, que le ocurrió algo, que expresa algo». Es solo en un segundo momento que hará un análisis distanciado sobre lo que puede ocurrirle al paciente: «Por lo tanto cuando lo tenga dentro de mi oficina voy a decir, esto que yo vi lo voy a corroborar, o lo rechazo» (ejemplo 19). Sin embargo, esa primera impresión es certera la mayoría de las veces: «Yo creo que la mayor parte de las veces, cuando uno ha visto muchas personas, sí corresponde [con lo observado en forma precoz]» (ejemplo 19).

Hay un entendimiento de lo que ocurre con el Otro que excede el fenómeno verbal o el análisis racional, y que los testimonios indican que es algo precoz e instantáneo, y no parece depender de la construcción de un modelo o de una teoría. Obsérvese el ejemplo 30, en que la alumna, llevada a analizar la conducta de un paciente que acaba de ver, es capaz de hablar de la “perplejidad” de este luego de un contacto de no más de 10 o 15 segundos, sin que hubiera el menor intercambio verbal. También hay que destacar que el profesor promovió esta situación, solicitando al paciente que salga de la sala luego de unos segundos de haber entrado. Es posible que su intención fuera precisamente obligar a la alumna a tomar conciencia de sus propias reacciones ante un paciente (en este caso, psicótico, y de ahí la “perplejidad” de su actitud). Aún cuando la pregunta del profesor es «describa al paciente; ¿qué vio?» (y no, por ejemplo, “¿qué le pasó a usted?” o “¿qué sintió?”), lo notable es la respuesta de la alumna: ella habla de la perplejidad como algo evidente. La perplejidad es parte del léxico psiquiátrico, es una herramienta conceptual (Havelange, Lenay y Stewart 2003; Hutchins 2010), es una palabra que sirve de aglutinadora (Bottineau 2010), que le permite reunir las acciones realizadas, actuales, pasadas, sus propias vivencias con otros pacientes, lo leído en los textos o lo discutido con sus profesores. Ella sabe que se puede encontrar perplejidad en un paciente psiquiátrico. Su respuesta es rápida, aunque titubeante. Habla de “no contactarse bien con la realidad”, un concepto que la lleva por otras líneas discursivas (el profesor de inmediato la desafía a probar si el paciente está “confuso”, es decir, con alguna alteración de conciencia, con lo que la perplejidad ya no tiene fundamento). La alumna se muestra insegura en la argumentación (“algo que no lo deja conectarse con lo real”), pero el profesor lo desestima. Finalmente, del curso surgen las palabras “psicomotricidad”, “discordancia”, “no da cuenta”. Y el profesor concluye: «¡¡Exacto!! [...] Es un muchacho joven, perplejo, que perdió la unidad del ser» (ejemplo

30). La perplejidad es definida por la Real Academia Española como «irresolución, confusión, duda de lo que se debe hacer en algo». (RAE 2001). En psiquiatría, perplejidad es «conciencia angustiosa de la incapacidad para dominar una [...] situación [...] [que] se vive como algo inexplicable» (Vidal, Alarcón y Lolas 1995, p.512). De manera que la perplejidad es un fenómeno íntimo del paciente, que la examinadora parece experimentar precozmente durante la entrevista (el *praecox feeling*). Al observar el video, llama la atención la expresión del rostro del paciente: los ojos muy abiertos, la boca algo entreabierta, barre con la mirada a su alrededor, camina con un cierto titubeo hacia el lugar asignado para sentarse, en definitiva, como si estuviera asombrado (perplejo), “incapaz de dominar una situación que se vive como inexplicable” (Vidal, Alarcón y Lolas 1995). Para quién no maneje el concepto, probablemente el contacto con el paciente solo provoque una sensación de extrañeza, de inquietud, como describe la alumna en el ejemplo 20: «encontrar algo raro en un paciente, algo que uno encuentra que no está bien, que no es normal, pero uno no sabe que *eso* se llama de *esta* manera, pero uno no es capaz de conectar las dos cosas». Conectar las dos cosas: el fenómeno vivenciado (“algo raro”) y la palabra que denomina (Bottineau 2010). Esta parece ser la labor del profesor: ayudar a percatarse de lo vivido junto al paciente, distinguir los elementos clínicos pertinentes (las vivencias del alumno durante la interacción con el paciente, aunque estas permanezcan en la invisibilidad, sin explicitación), y otorgar un núcleo lingüístico: una palabra. Se podría decir que el profesor resume toda la situación global en la palabra “perplejidad”. La palabra aquí parece tener, más que una función de núcleo de significación, una función de apoyo que ilumina el momento de “rareza” que experimenta el alumno. A partir de la palabra, la “rareza”, experimentada en la interacción, ahora se transforma en el objeto “perplejidad”.

Otro ejemplo destacable es el uso de la palabra y el concepto de “picardía” gracias al que se desestimó por completo la presencia de una esquizofrenia. El paciente entrevistado es un sujeto con un retraso mental moderado, del que se sospecha la presencia de un fenómeno psicótico esquizofrénico. El paciente en el curso de la entrevista afirma que tiene “polola” (novia). El entrevistador le pregunta “qué hace con la polola”. El paciente no le responde, sino que lo mira y ríe. El público presente ríe junto a él; también ríen el entrevistador y el profesor. Se evidencia aquí una comunicación de contenidos múltiples, comprendida

perfectamente por todos los asistentes en forma inmediata, sin que se emitiera una sola palabra. El sujeto nos resulta completamente transparente. Sabemos lo que está vivenciando, lo sabemos de un modo suficiente como para que la interacción continúe de manera fluida, como de hecho ocurre (la entrevista siguió adelante). El profesor, dada esta situación, descarta por completo que exista una esquizofrenia («no hay dónde»).

Esta fluidez y este contacto que se logra con el paciente con un retraso mental no se logra con un paciente esquizofrénico. En una entrevista con un paciente esquizofrénico que se declara creyente y pregunta dirigiéndose al público en general (y a nadie en particular, lo que se aprecia en la mirada que no se fija en ningún interlocutor, y en una expresión risueña que ha mantenido de manera constante, con escasa o nula modulación), si “creen en dios” (ejemplo 37). El entrevistador manifiesta una duda acerca del interés real del paciente por mantenerse en contacto con aquél: «[pero el paciente] esperó la respuesta... me queda la duda [del interés real que tenía en la respuesta]...». El profesor lo que busca aclarar es el tipo de contacto que se estableció: «¿Le quedó claro que [el paciente] está interesado en que usted lo entienda, lo comprenda, lo ayude?» (ejemplo 37). La respuesta es no. El paciente no parece interesado. Su mundo gira en torno a sus experiencias personales con escaso o nulo contacto con el entrevistador. El alumno entrevistador tiene dudas: «Pero le hacía resonancia lo que... el cómo nosotros estábamos...» (ejemplo 37). El profesor insiste: «Pero [el paciente] estaba dentro de una actitud así como de jugueteo... “¿usted cree [en dios] o no?” [...] No es que él esté interesado en dar cuenta de lo que a él le sucede. [...] No hay un compromiso afectivo en lo que a él le pasa. Eso es autismo» (ejemplo 37)¹⁴. ¿Cómo se aprecia que el paciente no tiene un compromiso afectivo con lo que a él le pasa? ¿Cómo “nos llega” ese compromiso afectivo?

En otro ejemplo, cinco alumnos observan una entrevista videada a una paciente con una exaltación anímica. La paciente está bien maquillada, es madura pero aparenta menor edad que la que tiene, usa vestimenta colorida y adornos corporales, aunque sin extravagancias, su habla es fluida, rápida, de tonos enérgicos, sus respuestas son inmediatas, utiliza

¹⁴ Más adelante, para indicar este carácter de “desconexión afectiva” que muestra el paciente, pese a que hace una pregunta que parece exigir respuesta, el profesor utilizará la metáfora de “colocar una grabadora”, “on-comienza a hablar-terminó de hablar-off”, indicando esta desconexión con el otro, de carácter “maquinal”, que muestra el paciente. (Registros no mostrados).

ampliamente las manos, permanece con una expresión alegre y ríe buena parte de la entrevista. Sin embargo, a diferencia del paciente anterior (ejemplo 37), su gestualidad y prosodia es modulada de manera concordante con el contenido de la conversación. Los alumnos que la ven parecen inquietos en sus asientos, sonríen y luego ríen, como se aprecia en el siguiente extracto (los números son minutos y segundos de la entrevista):

01:35 Entrevistador: Te pones buena para hablar

01:38 Paciente: (paciente ríe y tres de los alumnos sonríen en forma simultánea a la risa de la paciente)

02:24 Paciente: ¡Es que me tengo que poner más seria, para venir a la consulta! (ríe)... ¡parezco loca! (ríe). (Los mismo tres alumnos muestran una sonrisa mayor a la que tenían; no han dejado de sonreír; luego ríen y dos de ellos se tapan el rostro mientras lo hacen. Secuencia de risas dura 10 segundos)

Al terminar el video, el profesor pregunta «¿qué les parece?»:

06:44 Alumna 4: Bueno, partiendo desde el principio (sonríe)... bueno, la historia no era mucho... lo que podemos sacar acá [...]. Pero en cuanto al examen mental, que es [de] lo que tenemos que hablar, ya desde la primera parte como la apariencia de la paciente, como el contacto que genera, como lo que genera (mira a sus compañeros, sonríe, otros alumnos también sonríen), no sé si les parece, en uno, como esa como simpatía con ella. Uno se reía con ella, que se veía tan arreglada, que se veía como muy bien presentada, como muy preocupada de su apariencia.

07:40: Alumno 1: Transmitía harta energía... la forma de hablar, gesticulaba hartito.

08:18 Profesor: ¿Y qué les pasó a ustedes con la...? ¿Qué sintieron?

08:24 Alumna 4: Como simpatía. Lo que llama la atención es que... como que... uno se reía con ella.

08:28 Alumno 1: Dan ganas de conversar con ella

08:29 Alumna 4: Sí...

08:30 Alumna 2: Era como súper acogedora, como que tal vez quería tener demasiado contacto con uno.

El profesor explica que esta es una exaltación anímica, cuya característica es que es capaz de de “contagiar” su buen ánimo. Puede verse en el ejemplo que los alumnos llegan a reír (y ocultan el rostro mientras lo hacen).

Los tres ejemplos analizados muestran que el fenómeno que ocurre durante una entrevista mental es una interacción entre un paciente y un entrevistador (y con el público de observadores, que están presentes), tres pacientes que muestran diferentes patologías, en las que la diferencia es el tipo de interacción que surge entre paciente y entrevistador. En algunos casos la interacción es fluida, el paciente es “transparente” en su vivencia. Nadie tuvo la menor duda de los múltiples niveles comunicativos que empleó el paciente “pícaro” (y que descartaron la esquizofrenia), las sonrisas colectivas fueron inmediatas y espontáneas, y durante la discusión quedó clara esta transparencia. Lo mismo ocurrió con el tercer ejemplo. Los alumnos son incapaces de sustraerse al contagio de la risa de la paciente maníaca, que es un signo (¿o síntoma?) que conduce hacia el diagnóstico. En el segundo ejemplo, en cambio, el entrevistador se ve obligado a preguntar, porque no es claro si el paciente “se mantiene en contacto” o no lo hace. Existe la duda. Aquí hay algo que no es fluido. La interacción está entorpecida. La pregunta que hace el paciente (“¿creen en dios?”) no parece dirigida a obtener una respuesta, a generar una interacción comunicativa. El paciente continúa luego su discurso, no parece tomar en cuenta la presencia de su interlocutor. Su expresión risueña es rígida y falta toda la modulación habitual en una interacción corriente. El comentario del profesor apunta a la dimensión íntima del entrevistador-alumno: «¿Le quedó claro que [el paciente] está interesado en que usted lo entienda, lo comprenda, lo ayude?» (ejemplo 37). Esto es, pregunta si en la vivencia del alumno existió algo que lo hiciera mantenerse en una interacción normal. La interacción es en realidad extraña. El paciente “no está interesado en que se le entienda”. De manera que

no sigue las reglas habituales de la pragmática. Pero lo que se destaca aquí, en los tres casos, es la vivencia del alumno como elemento discriminante de la semiología psiquiátrica.

8. El momento de la teoría

Paciente y entrevistador entran en una interacción diádica con mayor o menor fortuna. Existe aquí no un observador y un observado, sino que dos sujetos que conversan: se trata de una relación diádica, eso que Reddy (2004), inspirada en Martin Buber (1923/2013) ha llamado una relación Yo-Tú. Lo entrevistadores invitan a los pacientes a sentarse, utilizan todo tipo de convenciones sociales (“por favor, tome asiento”), se presentan, agradecen que hayan accedido a participar en la entrevista con público. Los pacientes hacen algo similar: siguen convenciones sociales en la interacción, miran a los ojos, miran al público que los rodea, arreglan su ropa.

Dados los ejemplos analizados, el sujeto que está al frente del entrevistador no se encuentra oculto en su corporalidad. Su cuerpo no oculta su mente. El cuerpo, la gestualidad, los actos, son el sujeto. Su subjetividad es transparente y no hay que hacer el menor esfuerzo para estar con el Otro en su intimidad. Al contrario: su afectividad arrastra, contagia con su risa, contagia con sus palabras («¡Parezco loca!»). Es inevitable. Nos tapamos la cara para reír tranquilos, porque no podemos controlarlo. Se entienden fácilmente todos los múltiples significados de la risa del “pícaro” y reímos con él. No se requiere hacer ninguna teoría sobre la mente del “pícaro”. Su picardía es evidente sin esfuerzo. Podemos imaginar una entrevista con un sujeto depresivo. Su lentitud psicomotora, el gesto de tristeza en su rostro, la monotonía de su habla, el bajo volumen que utiliza que puede hacer hasta inaudible sus palabras. Y el contenido penoso. Tal vez hable de la posibilidad del suicidio. Este sujeto es igualmente transparente para el entrevistador, incluso aunque no diga nada.

Eso no ocurre con el psicótico. Hay algo “raro” que finalmente resultó ser perplejidad o autismo. Podría haber sido un trastorno formal del pensamiento. En otro registro (no mostrado), algunos alumnos comentan su experiencia luego de observar un paciente que está haciendo un primer brote psicótico. El profesor les pregunta, «Y a ustedes, ¿qué les pasó con él?». Las respuestas son: «Nos deja medio descolocados»; «Yo no entendía nada...». En cualquier caso se trata de vivencias del entrevistador que solo pueden surgir en la dinámica

de una relación con un psicótico. No tenemos un ejemplo, pero se puede pensar fácilmente en la interacción con un paciente con una personalidad histriónica cuyo llanto, o cuyo drama, resulta artificial. La artificialidad solo ocurre en la interacción. En estos casos, precisamente, no hay un otro transparente. La interacción se ve entorpecida, deja de fluir, nos obliga a ponernos al margen, fuera de ella. Es solo entonces que surge la pregunta: ¿qué es esto? ¿qué está ocurriendo?

También ocurre si la risa del maníaco está fuera de contexto, en diversos grados. Uno de los alumnos dice, luego de observar la entrevista: «[La paciente] era como súper acogedora, como que tal vez quería tener *demasiado contacto* con uno» (registro no mostrado). A pesar de que la paciente era “súper acogedora”, que incluso arrastraba con su buen humor, finalmente parece querer tener “demasiado contacto con uno”. Esto es, hay aquí también algo “raro”. Se pierde la fluidez de la interacción. Otra alumna comenta: «A mí me pasó como que en un principio yo me reí, pero al final de la entrevista *como que me cansó*» (registro no mostrado). Hay algo, entonces, que arroja a los auditores fuera de la interacción, algo que entorpece su desarrollo fluido. Algo anormal. Podemos imaginar un sujeto intensamente desanimado que no responde a nuestras palabras de aliento o de simple contacto social, y que se sumerge aún más en su desánimo, que no muestra modulación alguna durante la interacción. Su afecto es completamente rígido. Esto es “raro”. Nos provoca extrañeza.

En todos estos casos, el entrevistador es arrojado fuera de la fluidez normal de una interacción. Algo obstruye la interacción. Cuando se está en la situación de aprendizaje, el profesor facilita una palabra que nuclea todo el complejo sistema de intercambios y experiencias que se está dando entre paciente y entrevistador. Aparece entonces el “contacto facilitado” del maníaco, el “desánimo patológico” del depresivo, el “trastorno formal del pensamiento” del esquizofrénico, el dramatismo “no convincente” del histriónico. Gracias al quiebre vivencial experimentado y a la palabra nucleadora, se ha abierto la posibilidad de que el alumno pueda tomar una distancia afectiva de la situación que está viviendo. Es entonces cuando requerirá, efectivamente, elaborar una *teoría*. Mientras la interacción es fluida, paciente y entrevistador son transparentes. Hay una relación diádica en marcha. No se

requiere teoría alguna. La teoría solo vendrá en ayuda de una interacción que ha llegado a un quiebre.

Sin embargo, al entrevistador se le exige un esfuerzo adicional: debe estar en constante alerta sobre lo que ocurre y sobre lo que *le* ocurre. Tiene que darse cuenta que se está riendo con la picardía del “pícaro”, que su picardía le resulta transparente, que hay fluidez en la interacción. La fluidez de su interacción y los múltiples significados que se despiertan con la risa del pícaro son elementos diagnósticos que descartan la esquizofrenia. Tiene que darse cuenta cómo pasa de estar ante una mujer agradable y risueña a estar ante una paciente maníaca. Lo sospechó al verla en la sala de espera. Sus ropas coloridas, sus anillos y pulseras, conversaba en alta voz con los demás pacientes. Eso basta para ponerlo en alerta: su vivencia personal es de buen ánimo, se ha contagiado. Sabe que la va a encontrar luego en su oficina. Debe corroborar lo que ya era un hecho: el afecto de la paciente se sale de lo esperable, arrastra pero, finalmente, “cansa”. Hace una teoría: se trata de una patología afectiva, un episodio maniaco. Sabe lo que debe preguntar para corroborar o descartar su teoría (su hipótesis diagnóstica). De ahí en adelante obtendrá una narrativa, más o menos ordenada, sobre las experiencias de la paciente. Coincide con el canon. Es maníaca. Requiere establecer cuestiones técnicas: cuántos episodios ha tenido, se alterna o no con depresión, ha hecho tratamientos anteriores. Pero el acto diagnóstico fundamental no es esta narrativa: es la transparencia de la experiencia íntima de la paciente.

Williams (2004) ha propuesto, en el caso de los autistas y Asperger, que estos son los que verdaderamente requieren una “teoría de la mente” para lograr el contacto social. Williams argumenta que es inadecuado sostener que el entendimiento social se logra a través de una construcción lógica o científica (una teoría de la mente). Para esta autora, los niños corrientes no teorizan sobre la existencia de mentes en las demás personas, sino que pueden experimentar inmediatamente las intenciones y sentimientos de los demás dentro de sus interacciones afectivas co-reguladas con el otro. A partir del análisis de 10 autobiografías de sujetos Asperger y autistas “altos”, Williams sostiene que son estas personas quienes se ven obligadas a hacer una “verdadera teoría de la mente”, dado que para ellos los demás no son transparentes.

Nuestra propuesta es que la competencia del psiquiatra consiste en estar alerta a cada quiebre de la interacción con el paciente y construir una teoría que explique lo que ocurre cuando esa interacción deja de ser fluida, cuando el otro ha dejado de ser transparente, se ha vuelto opaco. Es probable que aquello a lo que Jaspers (1945/1993) se refiere como “comprender” sea la elaboración de estas teorías: se trata de hacer un esfuerzo verdaderamente teórico, de elaborar un modelo, que dé cuenta del motivo del quiebre que experimenta el entrevistador como participante en una interacción. Pero esta teoría no es necesaria durante la interacción fluida, solo es necesaria luego del quiebre. Cuando ocurre un quiebre en la familiaridad con que se experimenta la relación, el lenguaje viene en nuestra ayuda y nos proporciona una puerta de salida hacia un mundo que no es el de la experiencia inmediata (Bottineau 2010). En ese mundo se pueden elaborar teorías, que habrá que someter a corroboración.

En esta propuesta la neutralidad del psiquiatra no parece cumplir ningún rol, en primer lugar porque no es posible conseguirla. No podemos ser seres neutrales, y, por el contrario, como ya fue comentado, según Gadamer (1975/1991) son nuestros prejuicios los que constituyen la realidad histórica de nuestro ser. Lo que tal vez sí sea una meta del entrenamiento es que el psiquiatra aprenda a mantenerse en un permanente estado de crítica sobre las teorías que elabore durante los quiebres. Pese a que los otros son transparentes, esta transparencia no es ni absoluta ni constante. Su dinámica es la dinámica de la interacción, de un hacer participativo de sentido (De Jaegher y Di Paolo 2007) y de la intercorporalidad (Fuchs y De Jaegher 2009). En una relación estamos constantemente entrando y saliendo de momentos de fluidez y de quiebre (*in-phase, out-of-phase*) (De Jaegher y Di Paolo 2007). Cuando los quiebres se estabilizan es la teoría la que, durante una entrevista psiquiátrica, viene en ayuda del entrevistador.

El entrenamiento de un psiquiatra consiste, en suma, en aprender a estar constantemente alerta ante los quiebres (y la fluidez) de la interacción con el otro, lo cual significa mantenerse en una posición a medio camino entre la observación, no solo en primera persona y en tercera persona, sino que observar la interacción en segunda persona, aquella que permite estar con el otro presente, pero darse cuenta cuándo esa interacción dejó de producirse. El entrenamiento también pasa por salir constantemente de esa interacción

diádica y, desde una postura lateral, ser capaz de generar las teorías de la mente que sean necesarias para comprender al otro.

9. Conclusión

Las disciplinas profesionales entrenan a los candidatos a ser parte de esos grupos culturales a realizar distinciones en los ámbitos propios de cada una. La psiquiatría es una disciplina cuyo dominio propio de actividad es aquello que se puede llamar la “mente enferma” que se expresa a través de signos y síntomas psiquiátricos. Ese modo de considerar el fenómeno lo acerca a la mirada objetivadora en tercera persona que es propia de la medicina somática, la llamada “mirada médica” (Foucault 1963/2003). La psiquiatría canónica (representada aquí por Jaspers, 1945/1993) sostiene que la interioridad o mente de un paciente es inabordable directamente por un examinador, sino que solo puede serlo a través de la interpretación distanciada, objetiva y neutral de las conductas y los gestos corporales del paciente, para lo que el psiquiatra debe realizar el esfuerzo de reconocer y eliminar todos sus prejuicios y así lograr la neutralidad necesaria que le permita hacer las interpretaciones correctas. Este esfuerzo de neutralidad es reconocido como casi imposible por el propio Jaspers.

Sin embargo, lo que se ha pretendido demostrar en esta tesis, es que los síntomas psiquiátricos son fenómenos de carácter interaccional. Lo que hace el médico psiquiatra no es observar desde una perspectiva desapegada algo que ocurre “allí”, ante sus ojos, sino que entra en una relación diádica comprometida con un sujeto que sufre (una relación “yo-tú”). Durante esa relación el propio médico experimenta emociones relacionadas con la dinámica de la interacción, experiencia que hemos llamado el “aquí”. También experimenta tanto la fluidez como el estancamiento de la relación (los quiebres), un fenómeno de cambio constante, de salir y entrar de momentos *in-phase* y *out-of-phase*, propios de toda interacción entre organismos autónomos aunque plásticos y capaces de adaptarse mutuamente, como los seres humanos. Esta interacción social, donde se construye, con mayor o menor fortuna, un espacio vivencial compartido, parece ser el corazón tanto de los fenómenos comunicacionales humanos como de la entrevista psiquiátrica misma. Es en la intersubjetividad (De Jaegher & Di Paolo 2007) y en la intercorporalidad (Fuchs & De

Jaegher 2009) donde surgen los quiebres interaccionales. Esos quiebres parecen esenciales para el diagnóstico. El futuro psiquiatra debe aprender a percatarse tanto de la fluidez (que indica normalidad) como de los quiebres (que indican patología) dentro de la relación diádica que sostiene con el paciente. Esa percatación se logra a través del distanciamiento afectivo en un esfuerzo racional, y en el que la palabra, proporcionada por el profesor, funciona como el núcleo en el que confluyen todas las acciones realizadas, todas las experiencias vividas, incluyendo los conceptos aprendidos en textos y en clases. Una vez realizada toda esta secuencia, el psiquiatra considerará este fenómeno como un “síntoma psiquiátrico”, con un carácter externo al entrevistador sin tomar conciencia de la participación personal que tuvo en él, con lo que el síntoma adopta la categoría de objeto, pero al mismo tiempo adopta la categoría de herramienta cultural (Havelange, Lenay & Stewart 2003; Hutchins 2010) que permite luego elaborar un diagnóstico. En todo este proceso es el cuerpo y las vivencias corporales pre-reflexivas las que juegan el rol principal. El ejercicio racional es solo posterior a la experimentación corporal pre-reflexiva vivida en la interacción. Ese ejercicio posterior es la construcción de una “teoría de la mente”, al estilo de la teoría de la mente que ha surgido desde el cognitivismo. Es probable que la “comprensión” que Jaspers sostiene como fundamental para entender el fenómeno mental del paciente psiquiátrico, sea precisamente la elaboración de una “teoría de la mente” del paciente, pero solo como un segundo o tal vez tercer momento en el proceso de la interacción que constituye el examen mental.

10. Bibliografía

- Agnew ZK, Bhakoo KK, Puri BK. (2007) The human mirror system: A motor resonance theory of mind-reading. *Brain Res Rev.* 54:286-293.
- Alač M y Hutchins E. (2004) I see what you are saying: Action as cognition in fMRI brain mapping practice. *J Cogn Cult* 4(3):629-661
- Alic, Margaret. (2001) Kraepelin, Emil. *Gale Encyclopedia of Psychology*. En: <<http://www.encyclopedia.com>>. Consultado el 01/11/2013.
- APA. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual-4*. American Psychiatric Association. Washington, DC.

- Apperly IA. (2012) What is “Theory of Mind”? Concepts, cognitive processes and individual differences, *Q J Exp Psychol.* 65:5, 825-839
- Arbib MA. (2005) From monkey-like action recognition to human language: an evolutionary framework for neurolinguistics. *Behav Brain Sci.* 28(2):105-24; discussion 125-67.
- Auvray M, Lenay C, Stewart J. (2009) Perceptual interactions in a minimalist virtual environment. *New Ideas in Psychology.* 27(1):32-47.
- Bach-y-Rita P, Tyler ME, Kaczmarek KA. (2003) Seeing with the Brain. *Int J Hum Comp Inter* 15:285–295.
- Baker MD, Stock JB. (2007) Signal Transduction: Networks and Integrated Circuits in Bacterial Cognition. *Curr Biol.* 17(23):R1021-1024.
- Ball P. (2008) Cellular memory hints at the origins of intelligence *Nature.* 451: 385
- Baluška F, Mancuso S. (2009) Plant neurobiology. *Plant Signal Behav.* 4(6):475-476.
- Baluška F, Mancuso S, Volkmann D, Barlow PW. (2009) The ‘root-brain’ hypothesis of Charles and Francis Darwin. Revival after more than 125 years. *Plant Signal Behav.* 4(12):1121-1127.
- Bara B. (2010) *Cognitive Pragmatics. The Mental Processes of Communication.* MIT Press. Cambridge. MA.
- Barandiaran XE, Di Paolo EA, Rohde M. (2009) Defining Agency. Individuality, normativity, asymmetry and spatio-temporality in action. *Adap Beh J.* (Special Issue July):1-13.
- Barandiaran XE, Moreno A. (2006) On What Makes Certain Dynamical Systems Cognitive: A Minimally Cognitive Organization Program. *Adapt Behav.* 14:171-185.
- Baron-Cohen S, Leslie AM, y Frith U. (1985). Does the autistic child have a ‘theory of mind’? *Cognition*, 21:37_46.
- Baron-Cohen S, Leslie AM, y Frith U. (1986). Mechanical, behavioural and intentional understanding of picture stories in autistic children. *Br J Devel Psychol.*
- Beer RD. (1995) A dynamical systems perspective interaction on agent-environment. *Artif Intell.* 72:173-215.
- Beer RD. (2000) Dynamical approaches to cognitive science. *Trends Cogn Sci.* 4(3):91-99.

- Beer RD. (2003) The Dynamics of Active Categorical Perception in an Evolved Model Agent. *Adapt Behav.* 11(4):209-243.
- Berman M. (1981) *El reencantamiento del mundo*. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.
- Berrios G. (2008) *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Fondo de Cultura Económica. México D.F.
- Beyer C. (2013) Edmund Husserl. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta (ed.), En: <<http://plato.stanford.edu/archives/sum2013/entries/husserl/>>. Consultado el 01/09/2013.
- Boden M. (2008) Autonomy : What is it? *Biosystems.* 91:305-308.
- Bonifaci V, Mehlhorn K, Varma G. (2012) Physarum can compute shortest paths. *J Theor Biol.* 2012;309:121-133.
- Bonner JT (2010) Brainless behaviour: a myxomycete chooses a balanced diet. *Proc Natl Acad Sci USA* 107: 5267–5268
- Bosco FM, Angeleri R, Colle L. (2013) Communicative abilities in children: an assessment through different phenomena and expressive means. *J Child Lang.* 40:741-778.
- Bottineau D. (2010) Language and enaction. En: Stewart J, Gapenne O, Di Paolo E. (Eds). *Enaction. Toward a New Paradigm for Cognitive Science*. Cambridge, London: MIT Press.
- Boylan M. (2005) Hippocrates. *Internet Encyclopedia of Philosophy*. En : <http://www.iep.utm.edu/hippocra/> Consultado el 01/11/2013.
- Brooks RA. (1991) Intelligence without representation. *Artif Intell.* 47:139-159.
- Bruner JS. (1966) *Toward a Theory of Instruction*. Harvard University Press. Cambridge. MA.
- Buber M. (1923/2013) *Yo y Tú*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Burger O, Baudisch A, Vaupel JW. (2012) Human mortality improvement in evolutionary context. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 109(44):18210-4.
- Buijsen MV, Hendriks A, Ketelaars M, Verhoeven L. (2011) Assessment of theory of mind in children with communication disorders: Role of presentation mode. *Res Dev Disabil.* 32(3):1038-1045.

- Calvo Garzón P, Keijzer F. (2011) Plants: Adaptive Behavior, Root Brains and Minimal Cognition. *Adapt Behav.* 19:155 - 171.
- Chandler M, Fritz AS, Hala S. (1989) Small-Scale Deceit: Deception as a Marker of Theories of Mind. *Child Development.* 60(6):1263-1277.
- Chiel HJ, Beer RD. (1997) The brain has a body: adaptive behavior emerges from interactions of nervous system, body and environment. *Trends Neurosci.* 20:553-557.
- Clark A. (1998) *Being There: Putting Brain, Body, and World Together Again.* MIT Press. Cambridge, MA.
- Clark A. (1999) An embodied cognitive science? *Trends Cogn Sci* 3:345-351.
- Clayton NS, Emery NJ. (2007) The social life of corvids. *Curr Biol.* 17(16):652-656.
- Connor RC. (2007) Dolphin social intelligence: complex alliance relationships in bottlenose dolphins and a consideration of selective environments for extreme brain size evolution in mammals. *Phil Trans R Soc B.* 362(1480):587-602.
- Corominas J. (1967) *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana.* Gredos. Madrid.
- Cosmelli D y Thompson E. (2010) Embodiment or Envatment? Reflections on the Bodily Basis of Consciousness. En: Stewart J, Gapenne O, Di Paolo E. (Eds). *Enaction. Toward a New Paradigm for Cognitive Science.* Cambridge, NA, London: MIT Press.
- Cutler DM, Deaton AS, Lleras-Muney A. (2006) The Determinants of Mortality. *Working Paper 11963.* National Bureau of Economic Research. En: <http://www.nber.org/papers/w11963> Consultado el 01/11/2013.
- Damasio A. (1994) *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain.* Putnam. New York.
- Darwin CR. (assisted by Darwin F.) 1880. *The Power of Movements in Plants.* John Murray, London (Disponible en: <http://darwin-online.org.uk/>).
- de Bruin L, van Elk, Newen A. (2012) Reconceptualizing second-person interaction. *Front Hum Neurosci.* 6:00151.

- De Jaegher H. (2009) Social understanding through direct perception? Yes , by interacting. *Conscious Cogn.* 18(2):535-542.
- De Jaegher H, Di Paolo EA, Gallagher S. (2010) Can social interaction constitute social cognition? *Trends Cogn Sci.* 14(10):441-7.
- De Jaegher H, Di Paolo EA.(2007) Participatory sense-making. An enactive approach to social cognition. *Phenom Cogn Sci.* 6:485-507.
- De Jaegher H, Leary MR, Practice P. (2013) Embodiment and sense-making in autism. *Front Integr Neurosci.* 7(March):1-19.
- Deák GO. (2006) Do children really confuse appearance and reality? *Trends Cogn Sci.* 10(12):546-550.
- Dewey J. (1929) *Experience and Nature.* Open Court. Chicago.
- Di Paolo EA. (2000) Behavioral Coordination, Structural Congruence and Entrainment in a Simulation of Acoustically Coupled Agents. *Adapt Behav.* 8(1):27-48.
- Di Paolo E.(2005) Autopoiesis, adaptivity, teleology, agency. *Phen Cogn Sci* 4(4):97-125.
- Di Paolo E, Rohde M, De Jaegher H. (2010) Horizons for the enactive mind: Values, social interaction, and play. En: Stewart J, Gapenne O, Di Paolo E. (Eds). *Enaction. Toward a New Paradigm for Cognitive Science.* Cambridge, London: MIT Press.
- Di Paolo EA, Rohde M, Iizuka H. (2008) Sensitivity to social contingency or stability of interaction? Modelling the dynamics of perceptual crossing. *New Ideas Psychol.* 26(2):278-294.
- di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Rizzolatti G. (1992) Understanding motor events: a neurophysiological study. *Exp Brain Res.* 91:176-180.
- Dinstein I, Thomas C, Behrmann M, Heeger DJ. (2008) A mirror up to nature. *Curr Biol.* 18(1):R13-18.
- Depraz N. (2008) The rainbow of emotions: at the crossroads of neurobiology and phenomenology. *Cont Phil Rev.* 41:237-259.
- Dokic J, Proust J. (2002) *Simulation and Knowledge of Action.* John Benjamins B.V. Amsterdam. Philadelphia. PA.

- Dreyfus HL. (2002) Intelligence without representation – Merleau-Ponty’s critique of mental representation. The relevance of phenomenology to scientific explanation. *Phenom Cogn Sci.* 1:367-383.
- Engel AK, Fries P, Singer W. (2001) Dynamic predictions: oscillations and synchrony in top-down processing. *Nat Rev Neurosci.* 2:704-716.
- Figuroa G. (2002) Un marco de referencia nuevo para la psiquiatría: la mente encuentra al cerebro. I. Los fundamentos científicos y humanos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 40:307-20
- Flores-González LM. (2008) Phenomenological Views on Intersubjectivity: Towards a Reinterpretation of Consciousness. *Integr Psych Behav.* 42:187-193.
- Foucault M. (1963/2003). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Frances A. (2013) The New Crisis of Confidence in Psychiatric Diagnosis. *Ann Intern Med.* 159(3):221-223.
- Freeman, Walter (1975) *Mass Action in the Nervous System*. Academic Press. New York.
- Froese T, Di Paolo EA. (2009) Sociality and the life – mind continuity thesis. *Phenom Cogn Sci.* 8:439-463.
- Fuchs T. (2009) Embodied cognitive neuroscience and its consequences for psychiatry. *Poiesis Prax.* 6:219-233.
- Fuchs T, De Jaegher H. (2009) Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenom Cogn Sci.* 8:465-486.
- Fuster N. (2013) *El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Ceibo. Santiago de Chile.
- Gadamer HG. (1975/1991) *Verdad y método*. Sígueme. Salamanca.
- Gaebel W, Bittner E, Wölver W. (2007) Depressive syndromes in schizophrenia. En: *The overlap and schizophrenia spectra*. Marneros A, Akiskal HS. (Eds.). Cambridge University Press. Cambridge, UK.
- Gallagher S. (2001) The Practice of Mind. *J Conscious Stud.* 8:83-108.
- Gallagher S. (2008) Direct perception in the intersubjective context. *Conscious Cogn.* 17(2):535-43.

- Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. (1996) Action recognition in the premotor cortex. *Brain*. 119:593-609.
- Gallop A. (2006) Mortality improvements and evolution of life expectancies. Seminar on Demographic, Economic and Investment Perspectives for Canada. Office of the Superintendent of Financial Institutions Canada. En: http://www.osfi.gc.ca/app/DocRepository/1/eng/oca/pdf/DEIP_Gallop_e.pdf Consultado el 01/11/2013.
- Geertz C. (1973) *The interpretation of cultures*. Basic Books. New York. En: <http://books.google.cl/books> Consultado el 12/09/2013.
- Gelder M, Mayou R, Geddes. (2000) *Oxford Psiquiatría*. Core Text. Marban. Madrid.
- Goić A y Chamorro G. (1987) *Semiología Médica*. Mediterráneo. Santiago de Chile.
- Goldman A. (2009) Mirroring, Mindreading, and Simulations. In Pineda J (Ed.) *Mirror Neuron Systems: The Role of Mirroring Processes in Social Cognition*. Humana Press. New York.
- Goldman, A. & Shanton, K. (2010). The case for simulation theory. En A. Leslie y T. German (Eds.) *Handbook of Theory of Mind*. Psychology Press.
- Goodwin C. (1994) Professional Vision. *Am Anthropol*. 96:606-633.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hansen MB, Markman EM. (2005) Appearance questions can be misleading: A discourse-based account of the appearance – reality problem. *Cognitive Psychology*. 50:233-263.
- Havelange V, Lenay C, Stewart J. (2003) Les représentations: mémoire externe et objets techniques. *Intellectica*. 35:115-131.
- Heer F. (1963) *The Medieval World*. Mentor. New York.
- Heidegger M. (1927/1997) *Ser y tiempo*. Trad. J Rivera. Universitaria. Santiago.
- Heiner BT. (2008) The recorporealization of cognition in phenomenology and cognitive science. *Cont Phil Rev*. 41:115-126.

- Heyes C. (2010) Where do mirror neurons come from? *Neurosci Biobehav Rev.* 34(4):575-583.
- Hickok G. (2009) Eight Problems for the Mirror Neuron Theory of Action Understanding in Monkeys and Humans. *J Cogn Neurosci.* 21(7):1229-1243.
- Hickok G. (2013) Do mirror neurons subserve action understanding? *Neurosci Lett.* 540:56-58.
- Hickok G, Hauser M. (2010) (Mis)understanding mirror neurons. *Curr Biology.* 20(14):R593-R594.
- Hickok G, Sinigaglia C. (2013) Clarifying the role of the mirror system. *Neurosci Lett.* 540:62-66.
- Hutchins E. (2010) Enaction, Imagination, and Insight. En: *Enaction. Toward a New Paradigm for Cognitive Science.* Stewart J, Gapenne O & Di Paolo E (eds.) MIT Press. Cambridge, MA, London.
- Hutchins E, Johnson CM. (2009) Modeling the Emergence of Language as an Embodied Collective Cognitive Activity. *Top Cogn Sci.* 1(3):523-546.
- Hutto DD. (2004) The Limits of Spectatorial Folk Psychology. *Mind Lang* 19(5):548-573.
- Iacoboni M (2005) Neural mechanisms of imitation. *Curr Op Neurobiol* 15:632–637
- Iacoboni M, Molnar-Szakacs I, Gallese V, et al. (2005) Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLoS biology.* 3(3):e79.
- Ivanovic-Zunic F. (2000) El legado de Karl Jaspers. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 38:157-165.
- Jaspers K. (1945/1993) *Psicopatología General.* Fondo de Cultura Económica. México D.F.
- Jonas H. (1966) *The Phenomenon of Life. Toward a Philosophical Biology.* Northwestern University Press. Evanston. IL.
- Kandel ER. (1998) A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry.* 155(April):457-469.
- Kar S, Hawkes C. (2007) Analysis of receptor localization in the central nervous system using in vitro and in vivo receptor autoradiography. En: Lajtha A, Baker G, Dunn S. (Eds.) *Handbook of Neurochemistry and Molecular Neurobiology.* Springer; p.275-292.
- Kim J. (1999) Making sense of emergence. *Philos Stud.* 95:3-36.

- Kistemaker D, Faber H, Beek PJ. (2009) Catching fly balls: a simulation study of the Chapman strategy. *Human Mov Sci.* 28(2):236-49.
- Korkmaz B. (2011) Theory of Mind and Neurodevelopmental Disorders of Childhood. *Pediatr Res.* 69(5):101R-108R.
- Kosonogov V. (2012) Concepts and Discussions Why the Mirror Neurons Cannot Support Action Understanding. *Neurophysiol.* 44(6):1-4.
- Koster-Hale J, Saxe R. (2013) Perspective Theory of Mind: A Neural Prediction Problem. *Neuron.* 79(5):836-848.
- Lavery G. (2006) Can children below the age of four understand strategic deception? *Queens University of Belfast.* (Thesis) 48.
- Le Van Quyen M, Bragin A. (2007) Analysis of dynamic brain oscillations : methodological advances. *Trends Neurosci.* 30(7):365-373.
- Le Van Quyen M. (2010) Neurodynamics and Phenomenology in Mutual Enlightenment: The Example of the Epileptic Aura. En: *Enaction. Toward a New Paradigm for Cognitive Science.* Stewart J, Gapenne O & Di Paolo E (eds.) MIT Press. Cambridge, MA, London.
- Legrand D. (2010) Myself with No Body? Body, Bodily-Consciousness and Self-Consciousness. En: Gallagher S y Schmicking D. (Eds.) *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science.* Springer. New York. Heidelberg. London.
- Leslie AM. (1987) Pretense and Representation: The Origins of "Theory of Mind." *Psychol Rev.* 94(4):412-426.
- Lewis M, Stanger C, Sullivan MW. (1989) Deception in 3-Year-Olds. *Dev Psychol.* 25(3):439-443.
- Liebal K, Reddy V, Hicks K, Jonnalagadda S, Chintalapuri B. (2011) Socialization Goals and Parental Directives in Infancy: The Theory and the Practice. *J Cogn Ed Psychol.* 10(1):113-131.
- Lingnau A, Gesierich B, Caramazza A. (2009) Asymmetric fMRI adaptation reveals no evidence for mirror neurons in humans. *PNAS.* 106(24):9925-9930.
- Long MA, Lee AK. (2012) Intracellular recording in behaving animals. *Curr Op Neurobiol.* 22(1):34-44.

- Luisi PL. (2003) Autopoiesis: a review and reappraisal. *Naturwissenschaften*. 90:49-59.
- Lutz A. (2002) Toward a neurophenomenology as an account of generative passages: A first empirical case study. *Phenom Cogn Sci*. 1:133-167.
- Lutz A, Lachaux J, Martinerie J, Varela FJ. (2002) Guiding the study of brain dynamics by using first- person data: Synchrony patterns correlate with ongoing conscious states during a simple visual task. *PNAS*. 99(3):1586-1591.
- Lutz A, Slagter HA, Rawlings NB, Francis AD, Greischar LL, Davidson RJ. (2009) Mental training enhances attentional stability: neural and behavioral evidence. *J Neurosci*. 29:13418-27.
- Lutz A, Thompson E. (2003) Neurophenomenology. Integrating Subjective Experience and Brain Dynamics in the Neuroscience of Consciousness. *J Consc Studies*. 10(9-10):31-52.
- Mar RA. (2011) The Neural Bases of Social Cognition and Story Comprehension. *Annu Rev Psychol*. 62:103-34.
- Marcos del Cano AM y Topa G. (2012) *Salud Mental Comunitaria*. UNED. Madrid.
- Margulis L. (2001) The Conscious Cell. *Ann NY Acad Sci*. 929(1):55-70.
- Markram K, Markram H. (2010) The Intense World Theory – a unifying theory of the neurobiology of autism. *Front Hum Neurosci*. 4(December):000224.
- Markram H, Rinaldi T, Markram K. (2007) The Intense World Syndrome – an alternative hypothesis for autism. *Front Neurosci*. 1(1):77-96
- Masciotra D. (2010) L'expérience en action: la clé d'une approche dite située. En: Masciotra D, Medzo F, Jonnaert P. Vers une approche située en éducation. Reflexions, pratiques, recherches et standards. *Cahiers Scientifiques de l'ACFAS, Cahiers* 11.
- Maturana H y Varela F. (1973/2004) *De máquinas y seres vivos*. Universitaria. Santiago.
- Maturana H & Varela F. (1984) *El Árbol del Conocimiento*. Universitaria. Santiago.
- McLeod P, Dienes Z. (1996) Running to catch the ball. *Nature*. 362:23.
- McLeod P, Reed N, Dienes Z. (2006) The Generalized Optic Acceleration Cancellation Theory of Catching. *J Exp Psychol Hum Percept Perform*. 32(1):139 -148.

- Meijsing M. (2006) Real people and virtual bodies: How disembodied can embodiment be? *Mind Mach.* 16:443-461.
- Merleau-Ponty, M. (1942/1976) *La estructura del comportamiento*. Hachette. Buenos Aires.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1997) *Fenomenología de la percepción*. Península. Barcelona.
- Mireault G, Poutre M, Sargent-Hier M, et al. (2012) Humour Perception and Creation between Parents and 3- to 6-month-old Infants. *Infant Child Dev.* 21:338-347.
- Molière. *Le Malade Imaginaire*. En:
http://fr.wikisource.org/wiki/Le_Malade_imaginaire#Sc.C3.A8ne_1. Recuperado el 10/11/2013. Traducción del autor.
- Molnar-Szakacs I, Kaplan J, Greenfield PM, Iacoboni M. (2006) Observing complex action sequences: The role of the fronto-parietal mirror neuron system. *Neuroimage.* 33(3):923 - 935.
- Morrow S. (2007) Qualitative Research in Counseling Psychology: Conceptual Foundations. *Couns Psychol* 35:209-235
- Nakagaki T, Yamada H, Hara M. (2004) Smart network solutions in an amoeboid organism. *Biophys Chem.* 107:1-5.
- Needham J. (1977) *La gran titulación. Ciencia y sociedad en Oriente y Occidente*. Alianza. Madrid.
- Newby D. (1995) Analysis of language: terminology and techniques. En: *Speech and Languages Disorders in Psychiatry*. Ed.: Andrew Sims. Gaskell. London.
- Newton P, Reddy V, Bull R. (2000) Children's everyday deception and performance on false-belief tasks. *Br J Dev Psychol.* 297-317.
- Nickel M. (2006) Like a 'rolling stone': quantitative analysis of the body movement and skeletal dynamics of the sponge *Tethya wilhelma*. *J Exp Biol.* 209:2839-2846.
- Noguchi H, Moore JW. (1913) A demonstration of *treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis. *J Exp Med.* 17(2):232-8.
- O'Neill, D. K. (1996). Two-year-old children's sensitivity to a parent's knowledge state when making requests. *Child Dev*, 67, 659–677.
- O'Neill, D. K., & Topolovec, J. C. (2001). Two-year-old children's sensitivity to the referential (in) efficacy of their own pointing gestures. *J Child Lang*, 28, 1–28.

- O'Regan JK, Noë A. (2001) A sensorimotor account of vision and visual consciousness. *Behav Brain Sci* 24:939-1031
- Onishi KH, Baillargeon R. (2005) Do 15-Month-Old Infants Understand False Beliefs? *Science*. 308:255-258.
- Panksepp J. (2003) At the interface of the affective, behavioral, and cognitive neurosciences: Decoding the emotional feelings of the brain. *Brain Cogn* 52(1):4-14.
- Panksepp J. (2005a) Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Conscious Cogn* 14(1):30-80.
- Panksepp J. (2005b) Beyond a Joke: From Animal Laughter to Human Joy? *Science*. 308(April):62-63.
- Panksepp J, Burgdorf J. (2003) "Laughing" rats and the evolutionary antecedents of human joy? *Physiol Behav* 79:533 - 547.
- Pascolo P, Ragogna P, Rossi R. (2009) The Mirror-Neuron System Paradigm and its consistency. *Gait Posture*. 30S(Supp 1):S65.
- Pessoa L. (2008) On the relationship between emotion and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 9(2):148-58.
- Petitmengin C. (2006) Describing one's subjective experience in the second person: An interview method for the science of consciousness. *Phenom Cogn Sci*. 5(3-4):229-269.
- Petitmengin C. (2010) La dynamique pré-réfléchie de l'expérience vécue. *Alter –Revue de Phenomenologie*. 18 :165-182.
- Petitmengin C, Navarro V, Le Van Quyen M. (2007) Anticipating seizure: pre-reflective experience at the center of neuro-phenomenology. *Conscious Cogn*. 16(3):746-64.
- Pfeiffer UJ, Timmermans B, Vogeley K, Frith C D, Schilbach L. (2013). Towards a neuroscience of social interaction. *Front Human Neurosci*, 7(February), 1–2. doi:10.3389/fnhum.2013.00022
- Phillips ML, Kupfer DJ. (2013) Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*. 381(9878):1663-1671.
- Piaget J. (1936/1994) *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Grijalbo. Madrid.

- Ponterotto JG. (2006) Brief Note on the Origins, Evolution, and Meaning of the Qualitative Research Concept “Thick Description”. *The Qualitative Report*. 11(3):538-539.
- Premack D, Woodruff G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Sci* 1(4):515-526
- Quintner JL, Cohen ML, Buchanan D, Katz JD, Williamson OD. (2008) Pain medicine and its models: helping or hindering? *Pain Med*. 9(7):824-34.
- Radolf JD, Lukehart SA (Eds.) (2006) *Pathogenic Treponema. Molecular and Cellular Biology*. Caister Academic Press. Norfolk. UK.
- Raichle ME, Mintun MA. (2006) Brain Work and Brain Imaging. *Ann Rev Neurosci*. 29:449-76.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*, vigésima segunda edición, en <http://www.rae.es/rae.html>, consultado el 12/09/2013.
- Reddy V. (2001) Infant clowns: The interpersonal creation of humour in infancy. *Enfance*, 53:247-256.
- Reddy V, Williams E, Vaughan A. (2001) Sharing laughter: the humour of pre-school children with Down syndrome. *Down's Syndrome, Research and Practice*. 7(3):125-8.
- Reddy V. (2003) On being the object of attention: implications for self–other consciousness. *Trends Cogn Sci*. 2003;7(9):397-402.
- Reddy V. (2007) Getting back to the rough ground: deception and “social living”. *Phil Trans R Soc B*. 362(1480):621-37.
- Reddy V. (2008) *How infants know minds*. Harvard University Press. Cambridge.
- Reddy V, Morris P. (2004) Participants Don’t Need Theories: Knowing Minds in Engagement. *Theory Psychology*. 14(5):647-665.
- Reddy V, Williams E y Vaughan A. (2001) Sharing humour and laughter in autism and Down’s syndrome. *Br J Psychol* 93:219-242.
- Revuelto-Rey J, Egea-Guerrero J, Muñoz-Sánchez M, Murillo-Cabezas F. (2012) Cerebral microdialysis in the current clinical setting. *Medicina Intensiva*. 36(3):213-219.
- Rodriguez E, George N, Lachaux J, et al. (1999) Perception's shadow: long- distance synchronization of human brain activity. *Nature*. 397 (February).

- Rojas E. (1995) Afectividad. En: Vidal G, Alarcón RD y Lolas F. (Eds.) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Panamericana. Buenos Aires.
- Rümke HC, Neeleman J. (1990) The nuclear symptom of schizophrenia and the praecoxfeeling. *History of Psychiatry*, i:331-341.
- Sakkalis V. (2011) Review of advanced techniques for the estimation of brain connectivity measured with EEG / MEG. *Comp Biol Med*. 41(12):1110-1117.
- Schilbach L, Timmermans B, Reddy V, Costall A, Bente G, Schlicht T, Vogeley K. (2013). Toward a second-person neuroscience. *Behav Brain Sci*, 1–77.
- Sharrock W, Coulter J. (2004) ToM: A Critical Commentary. *Theory & Psychology*. 14:579-600.
- Sheets-Johnstone M. (2009) Animation: The fundamental, essential, and properly descriptive concept. *Cont Phil Rev*. 42:375-400.
- Sheets-Johnstone M. (2010) Thinking in Movement: Further Analyses and Validations. En: Stewart J, Gapenne O, Di Paolo E. (Eds.) *Enaction. Toward a New Paradigm for Cognitive Science*. Cambridge, London: MIT Press.
- Silberstein M, McGeeever J. (1999) The search for ontological emergence. *Philos Q*. 49(195):182-200.
- Silva H. (2000a) Esquizofrenia. En: *Psiquiatría Clínica*. Ed: A. Heerlein. SONEPSYN. Santiago de Chile.
- Silva H. (2000b) Karl Jaspers y la psiquiatría. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 54:147-148.
- Skarda CA, Freeman WJ. (1987) How brains make chaos in order to make sense of the world. *Behav Brain Sci*. 10(02):161-195.
- Slagter Ha, Davidson RJ, Lutz A. (2011) Mental training as a tool in the neuroscientific study of brain and cognitive plasticity. *Front Hum Neurosci*. 5:17.
- Stam CJ. (2005) Nonlinear dynamical analysis of EEG and MEG: Review of an emerging field. *Clin Neurophysiol*. 116:2266-2301.
- Stanghellini G, Fuchs T. (Eds.) (2013) *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford University Press. UK.
- Stern D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Paidós. Buenos Aires. Barcelona. México.

- Stewart J. (1996) Cognition = Life: Implications for higher-level cognition. *Behav Proc.* 35:311-326.
- Stewart J. (2001) Radical Constructivism in Biology and Cognitive Science. *Foundations of Science.* 6(1):99-124.
- Stewart J. (2010). Foundational Issues in Enaction as a Paradigm for Cognitive Science: From the Origin of Life to Consciousness and Writing. In: Stewart J, Gapenne O, Di Paolo E. (Eds). *Enaction. Toward a New Paradigm for Cognitive Science.* Cambridge, MA, London: MIT Press
- Suzuki LA, Ahluwalia MK, Arora AK y Mattis JS. (2007). The Pond you Fish In Determines the Fish You Catch: Exploring Strategies for Qualitative Data Collection. *Couns Psychol* 35:295-327
- Talwar V, Lee K. (2002) Development of lying to conceal a transgression: Children's control of expressive behaviour during verbal deception. *Int J Behav Dev.* 26(5):436-444.
- Thompson E. (2001) Empathy and Consciousness. *J Cons Studies.* 2001;8(1):1-32.
- Thompson E. (2005) Sensorimotor subjectivity and the enactive approach to experience. *Phen Cogn Sci.* 4:407-427.
- Thompson E, Stapleton M. (2009) Making sense of sense-making: Reflections on enactive and extended mind theories. *Topoi.* 28:23-30.
- Thompson E, Varela FJ. (2001) Radical embodiment: Neural dynamics and consciousness. *Trends Cogn Sci.* 5(10):418-425.
- Tomasello M, Carpenter M. (2007) Shared intentionality. *Dev Sci.* 1:121-125.
- Trevarthen C. (2010) What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development.* (Special Issue).
- Uexküll, Jv. (1934/2010) *A Foray into the Worlds of Animals and Humans.* University of Minnesota Press. Minneapolis.
- Vallin J y Meslé F. (2004) Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. *Demographic Rseearch.* Special Collection 2:11-44

- van Gelder T. (1999) Wooden Iron? Husserlian phenomenology meets cognitive science. En: Petitot J, Varela F, Pachoud B, Roy JM) (Eds.) *Naturalizing Phenomenology: Issues in contemporary phenomenology and cognitive science*. Stanford University Press. Stanford, CA.
- van Duijn M, Keijzer F, Franken D. (2006) Principles of Minimal Cognition. Casting Cognition as Sensorimotor Coordination. *Adapt Behav* 14(2):157-170
- Varela F. (1990) *Conocer*. Gedisa. Barcelona.
- Varela F. (2000) *El fenómeno de la vida*. Dolmen. Santiago de Chile.
- Varela F. (1996) Neurophenomenology: A methodological remedy to the hard problem. *J Conc Studies* 3:330-350. (Hay versión castellana en *El fenómeno de la vida*, Dolmen, 2000).
- Varela F. (1997) Patterns of life: Intertwining identity and cognition. *Brain Cog* 34:72-87.
- Varela F, Thompson E & Rosch E. (1992) *De cuerpo presente*. Gedisa. Barcelona.
- Varela F, Lachaux JP, Rodriguez E, Martinerie J. (2001) The brain web: phase-synchronization and large-scale integration. *Nat Rev Neurosci* 2:229–239
- Varga S. (2010) Vulnerability to psychosis, I-thou intersubjectivity and the praecox-feeling. *Phenom Cogn Sci*. DOI 10.1007/s11097-010-9173-z.
- Vidal G, Alarcón RD, Lolas F. (Eds.) (1995) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Panamericana. Buenos Aires.
- Vigotski L. (1934/2007) *Pensamiento y habla*. Colihue. Buenos Aires.
- Walter WG. (1950) An Imitation of Life. *Sci Am*. 182(5):42-45.
- Waytz A, Gray K, Epley N, Wegner DM. (2010) Causes and consequences of mind perception. *Trends Cogn Sci*. 14(8):383-388.
- Wellman HM, Brandone AC. (2009) Early intention understandings that are common to primates predict children's later theory of mind. *Curr Opin Neurobiol*. 19(1):57-62.
- Williams E. (2004) Who Really Needs a “Theory” of Mind? *Theory & Psychology*. 14(5):704-724.
- Wilson AD, Golonka S. (2013) Embodied cognition is not what you think it is. *Front Psychology*. 4(February):10.3389/fpsyg.2013.00058.

- Wilson AE, Smith MD, Ross HS. (2003) The Nature and Effects of Young Children's Lies. *Social Development*. 12(1):21-45.
- Wilson M. (2002) Six views of embodied cognition. *Psychon Bull Rev*. 9(4):625-36.
- Wimmer H, Perner J. (1983) Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*. 13:103-128.
- Winograd T & Flores F. (1986) *Understanding Computers and Cognition*. Ablex. Norwood, NJ.
- Wittgenstein L. (1967) *Zettel*. Blackwell. London. En: <http://ebookbrowse.net/wittgenstein-ludwig-zettel-pdf-d330143920>. Consultado el 15/10/2013.
- World Health Organization. (2010) *International Classification of Diseases. Current version*. En: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> Consultado el 12/09/2013.
- Yamada K, Sakai K, Akazawa K, Yuen S, Nishimura T. (2009) MR tractography: A review of its clinical applications. *Magn Reson Med Sci* 8(4):165-174
- Zarate CA, Mathews DC, Furey ML. (2013) Human Biomarkers of Rapid Antidepressant Effects. *Biol Psychiatry* 73:1142-1155