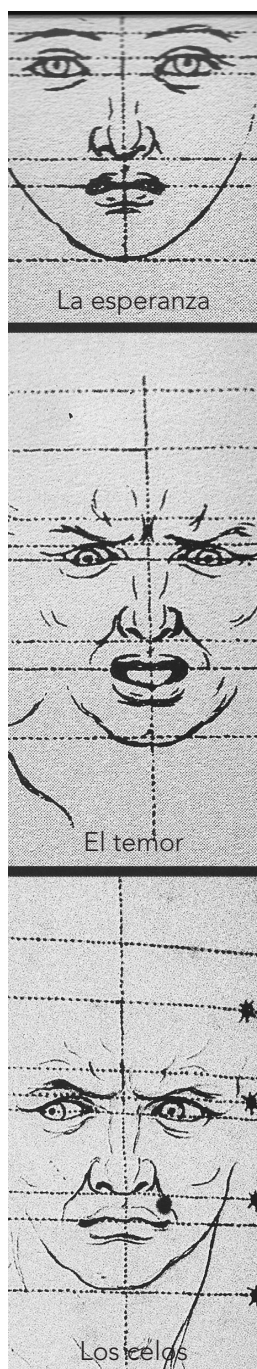


La psicopatología del sentido

Ramón Area Carracedo*



Le Brun,
*L'Expression des
passions*, 1668

*Psiquiatra
del Hospital
Psiquiátrico de Conxo.

La categorización:
generalizar y discriminar

Podemos contemplar la construcción de la psicopatología a lo largo de los siglos XIX y XX desde la perspectiva con la que, de manera general, procede el conocimiento humano. En las relaciones entre pensamiento y lenguaje establecidas por la semántica generativa cobra especial importancia el proceso de *categorización*¹. Tal proceso pretende simplificar la infinitud de lo existente a través de dos mecanismos complementarios, la generalización y la discriminación. *Generalizar* es obviar las diferencias entre las entidades y agruparlas según sus semejanzas mientras que *discriminar* es insistir en los rasgos diferenciales de dos entidades con la finalidad de no confundirlas entre sí.

Desde el loco (una pura diferencia de corte esencial), el alienismo comenzó un proceso de categorización doble. De un lado (en el plano universal), intentó discriminar distintas entidades dentro de la locura persiguiendo la identificación de enfermedades. De otro lado (en el plano particular), proyectó categorizar las distintas manifestaciones de la locura.

De esta forma, la psicopatología del sentido alcanza el presente a través de una doble categorización.

En el plano universal, la caracterización de "lo alucinatorio" tiene su origen (a

pesar de otros trabajos o autores previos) en las ideas de Esquirol:

*"...Un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación actual, percibida, cuando ningún objeto exterior propio para excitar esta sensación es llevado a sus sentidos, está en un estado de alucinación; es un visionario..."*².

Esquirol agrupó experiencias sensoriales diferentes (vista, audición, olfato...) en una misma categoría (la alucinación), afirmó que su origen no estaba en los órganos periféricos sino que la causa era central y no se posicionó en contra de entenderla como un error y a favor de su relación íntima con el psiquismo del sujeto.

Con posterioridad a Esquirol la alucinación es cuestionada como una categoría que permita una identificación de la locura o de los tipos (posibles) de locuras (denominadas ya, entonces, enfermedades).

— C.F. Nicolaï, librero alemán que publicó sus propias experiencias alucinatorias en el año 1799, suele considerarse como el caso que quiebra la relación entre lo alucinatorio y la locura. Briere de Boismont da nombre a esta posibilidad, es decir, discrimina aquellas alucinaciones próximas a la normalidad a través de la expresión "alucinaciones compatibles con la razón"³.

¹Cuenca Ordiñana MP, Hilferty J. Introducción a la lingüística cognitiva. Editorial Ariel; 1999.

²Cabaleiro-Goás, M. Temas Psiquiátricos, volumen 2. El problema de las alucinaciones. Editorial AGP, 1998.

³Brierre de Boismont A. Des Hallucinations. Editorial Baillière; 1862.

⁴Tamburini A. A theory of hallucinations. History of Psychiatry 1990; 1:145-156.

⁵Hagen FW. Zur Theorie der Hallucination. Allgem. Zeitschr. Fur Psychiat. 1868; 25: 1-113.

⁶Berrios GE, Dening TR. Pseudohallucinations: a conceptual history. Psychol Med 1996; 26: 753-63.

⁷Séglas, J. Las alucinaciones verbales en la clínica mental. En: El delirio en la clínica francesa. Colina, F. Alvarez, J.M. Editorial Dorsa; 1995.

⁸Ey, H. Traité des hallucinations. Editorial Masson; 1973.

— En segundo lugar debemos recordar a Tamburini⁴, quien en 1881 sugirió que las alucinaciones no eran un problema psiquiátrico, las desvinculó de la locura y las acercó a una alteración neurológica, sugiriendo una causa similar a la epilepsia sensorial, esto es, producto de la excitación de los centros sensoriales.

— En tercer lugar, cabe señalar la cuestión de las pseudoalucinaciones y la posibilidad de una psicopatología del sentido que permita la diferenciación entre la esquizofrenia y otros cuadros psicóticos. Aunque el término pseudoalucinación fue acuñado por Hagen⁵ en 1868, debemos a Kandinsky su descripción y definición más detallada al incidir, sobre todo, en la falta de realidad objetiva y en su intrusividad⁶. Estas características han reposado, con posterioridad, en las sucesivas tentativas de aislar una psicopatología puramente esquizofrénica, como por ejemplo, en el automatismo mental de Clérambault (o de Kandinsky-Clérambault) o en los síntomas de primer rango de Schneider.

En el plano singular, la problematicidad de una psicopatología del sentido surge en su intento de aislarla del resto de las psicopatologías de otras funciones mentales. Citaré dos ejemplos de las relaciones entre los síntomas categorizados dentro de la facultad “percepción/sentido” y otras facultades o funciones mentales.

Jules Séglas⁷ se ocupó de la descripción y de formular una teoría causal

de las llamadas alucinaciones verbales psicomotoras (los pacientes sienten formarse en la boca palabras que, básicamente, consisten en blasfemias, necedades, injurias, bien contra ellos mismos, bien contra los demás). En este tipo de síntoma alucinatorio se funden la percepción, el pensamiento (lo obsesivo) y lo motor.

Ey⁸, cuya base de toda su teoría etiopatogénica es la disolución de la conciencia, estableció en una alteración del pensamiento (el delirio) el fundamento de la alucinación que es, en esencia, uno de los modos de manifestarse: “... *la alucinación verdadera es un hecho de creencia...*”.

Referencias: significado, cuerpo y enfermedad

Un signo, en palabras de Peirce^a, es un *algo* que está en lugar de otro *algo*. Su presencia remite al observador a una o más realidades diferentes las cuales son sus referencias. Desde un punto de vista semiológico el primer análisis de una psicopatología del sentido debe analizar el número, el tipo y la clase de referencias que aspira a construir en cuanto a saber. Si atendemos a las pretensiones de la psiquiatría de nuestro tiempo tal análisis sería el siguiente:

— En primer lugar aspiraría a una definición precisa de cada uno de los síntomas posibles lo cual permitiría la construcción de un *diccionario* de la psicopatología del sentido. Por ello, la

^a Los escritos de Peirce traducidos al español pueden encontrarse en: <http://www.unav.es/gep/Signo.html>

primera referencia de un síntoma no es otra que su significado inscrito en este diccionario.

— En segundo lugar, cada uno de los síntomas inscritos en tal diccionario deberían poder explicarse de acuerdo a un mecanismo fisiopatológico. De ello se deriva la segunda de las referencias del síntoma, su sustrato corporal.

— En tercer lugar cada uno de los síntomas de esta psicopatología de los sentidos puede ponerse en relación con síntomas presentes en otros diccionarios (por ejemplo el diccionario de la psicopatología del pensamiento) para así alcanzar la última de las referencias, la enfermedad.

En conclusión, una psicopatología del sentido sería un *saber de diccionario*^b en el que cada entrada constaría de tres referencias fundamentales: *definición*, *cuerpo* y *enfermedad*. En términos propios de la lingüística se corresponderían con significado (definición), etimología (cuerpo) y diccionario ideológico^c (enfermedad).

Fronteras: la realidad, lo sentido y el sentido

Las psicopatologías que tratan de dar cuenta de las alteraciones en el proceso de aprehensión de la realidad suelen establecer diferencias entre (al menos) sensación, percepción y pensamiento.

A pesar de que no todos los autores han definido cada uno de estos conceptos de la misma manera, por lo general tiende a entenderse la sensación como aquel fenómeno psíquico originado por la excitación de un órgano sensorial, mientras que en la percepción existe una integración estructurada de los datos sensoriales en virtud de la cual el sujeto realiza una síntesis creadora y captadora de la realidad.

Debo señalar que esta teoría basal de la psicopatología ha generado diferentes tipos de hiatos que han tratado de ser explicados o suturados por las diferentes teorías. Un primer hiato es el resultante de la psicología de las facultades (la cual establece en el aparato psíquico una serie de *funciones* de manera similar a las señaladas por la medicina a propósito del cuerpo) que pone en marcha un proceso de parcelación en la mente humana. El segundo gran hiato se establece por la distinción entre realidad y mente. Así, hay teorías que afirman que la percepción refleja fielmente la realidad mientras que otras establecen que la aprehensión de la realidad siempre estará deformada y/o condicionada por lo mental.

En una psicopatología del sentido nos encontramos entonces con dos fronteras o límites: la fidelidad con la que el aparato psíquico da cuenta de la realidad (que entroncará con la cuestión filosófica de la verdad) y las relaciones

Una psicopatología del sentido sería un saber de diccionario en el que cada entrada constaría de tres referencias fundamentales: definición, cuerpo y enfermedad

^b La dicotomía entre saber de diccionario y saber enciclopédico fue propuesta por Umberto Eco en su obra *Semiótica y filosofía del lenguaje*.

^c Un diccionario ideológico agrupa las palabras de acuerdo a su conexión o vinculación con una determinada idea.

entre las distintas facultades mentales (en íntima relación con el problema de lo global y lo particular).

Sujetos, pacientes y enfermos

Cualquier teoría psicopatológica sobre el sentido nunca es completamente neutra desde un punto de vista antropológico o, si se prefiere, humanístico.

Cualquier teoría psicopatológica sobre el sentido nunca es completamente neutra desde un punto de vista antropológico o, si se prefiere, humanístico

Una psiquiatría que considere como referencias del síntoma (en la psicopatología del sentido) su definición, el cuerpo y la enfermedad está categorizando un objeto (la persona que requiere atención clínica) con unas determinadas características. Es por ello que las teorías no son neutras y, así entendida, la psiquiatría se decanta por enfermos frente a sujetos. El modelo de enfermedad sugerido es muy similar al de, por ejemplo, una enfermedad infecciosa: una persona sana es "atacada" por la causa de la enfermedad y el médico puede erradicar lo patológico a través de algún tipo de tratamiento. De manera parecida, una psicopatología por aparatos procede identificando los funcionamientos anómalos para permitir que sean restaurados.

Cuando la psicopatología del sentido se posiciona respecto a las referencias del síntoma y las fronteras de una función mental establece un ser-en-el-mundo diferente del ser-en-el-mundo de un sujeto. Por ello, la clínica que posibilita es un tipo de clínica determinada que pretende tres objetivos fundamentales:

— Contribuir, en cuanto a disciplina básica, al desarrollo de un conocimiento

teórico sobre las enfermedades mentales. Para ello confía en un refinamiento de la descripción de los fenómenos morbosos en un paciente y en el estudio de muestras amplias mediante métodos estadísticos. Ambas cuestiones permitirán la finalidad última: encontrar el correlato neurobiológico, es decir, cerrar el círculo de la referencia de los síntomas así entendidos.

— **Proceder a una clasificación ordenada de los síntomas** posibles que facilite el reconocimiento de los mismos y la exploración en los pacientes. La mayoría de los autores a lo largo del siglo pasado han recurrido a tres ejes fundamentales: el juicio de realidad, la modalidad sensorial y la posición respecto al campo de conciencia del paciente. Ello a pesar de establecerse que en alrededor de un 20% de casos las alucinaciones son multimodales, que no existe un modelo clínico o biológico sobre la cuestión de la certeza y que el campo de conciencia del sujeto introduce las dificultades de separación entre percepción y pensamiento.

Así, es común encontrar una clasificación de la psicopatología del sentido que incluye:

- ilusiones perceptivas: consisten en un proceso perceptivo viciado, erróneo, que proporciona al enfermo una representación inexacta de un objeto real.
- distorsiones perceptivas: se corresponden con un grupo bastante heterogéneo caracterizado por la presencia del objeto que es percibido de manera errónea. Suele establecerse

que existe un juicio de realidad conservado. Incluye: agnosias, dismorfosia, escisión perceptiva, aglutinación perceptiva, imagen mnémica, imagen eidética, imagen consecutiva e imagen parásita.

– alucinosis: el hecho fundamental de las mismas es la conservación del juicio de realidad.

– pseudoalucinaciones: lo definitorio y característico es la colocación de lo percibido en el espacio interno del sujeto. Sin embargo, y como hemos señalado, se han agrupado en este epígrafe síntomas con cualidades diferentes. Así, suele distinguirse entre pseudoalucinaciones verbales (que corresponden a la clásica descripción de oír voces “en la cabeza”) y pseudoalucinaciones verbales motrices (el paciente se ve obligado a pronunciar frases a su pesar). Este último fenómeno se observa también en relación a la escritura (pseudoalucinación verbal grafomotriz) y parece más relacionado con los fenómenos de imposición del pensamiento que con una alteración de la senso-percepción. Un tercer grupo de pseudoalucinaciones denominadas alucinaciones psíquicas visuales parecen definirse a través de otro eje, el contenido. Me estoy refiriendo a las imágenes en la alucinación aperceptiva o abstracta de Kahlbaum, a las ensoñaciones escénicas de las pseudoalucinaciones de Hagen

y a las imaginaciones muy intensas de la pseudoalucinación de Kandinsky.

– alucinación psicosenso-rial: se ajusta a los tres ejes que subyacen a este modelo clasificatorio, es decir, son definidas por una ausencia del juicio de realidad, por una certeza de su contenido y por una cualidad sensorial que corresponde a la división entre gusto, olfato, oído, tacto y vista.

– miscelánea: este grupo es cada vez más numeroso lo que puede reflejar la insuficiencia del modelo clasificatorio. Abarca, además, fenómenos muy dispares, entre otros las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, las alucinaciones liliputienses, las alucinaciones psicodélicas, las formication hallucinations^d, las alucinaciones musicales, las alucinaciones ictales... En todas ellas se precisa un eje más de los propuestos para su correcta descripción.

— **Establecer un saber clínico** en el que puedan establecerse algo similar a leyes que permitan una orientación (más o menos rápida) ante el paciente. La psicopatología del sentido es, desde esta perspectiva, un corte de segundo nivel en la exploración del paciente que pretende:

– identificar aquellos síntomas originados por un proceso orgánico cerebral.

^d Hasta donde conozco, nadie ha propuesto una traducción aceptable del término y ello a pesar de que hormiga, de acuerdo con el RAE también significa enfermedad cutánea que causa comezón. Posiblemente, el uso de “hormigueo” a una sensación vivida pasivamente por el sujeto lo inhabilita para su empleo en ese caso. Se ha propuesto el término parasitosis ilusoria que aleja el síntoma de una alteración perceptiva.

- sustentar un diagnóstico de esquizofrenia al proporcionar a las pseudoalucinaciones cierta exclusividad en este diagnóstico.
- identificar aquellas alucinaciones congruentes con el estado de ánimo para contribuir a establecer un diagnóstico diferencial entre los (ahora llamados) trastornos afectivos y la esquizofrenia.

En este saber clínico, otras posibilidades tienden con más frecuencia a ser obviadas o minimizadas, como por ejemplo, el rol en la evolución de las psicosis, las repercusiones comportamentales (más escorado hacia la psiquiatría legal o forense), las presentaciones en los estadios avanzados de la esquizofrenia, las variaciones en la modalidad sensorial, las relaciones con el pronóstico del cuadro...

La psicopatología desemeceista^e

Para las psicopatologías desemeceistas un síntoma se constituye como objeto de carácter universal, es decir, se presentará de manera idéntica en todos los sujetos y responderá a las mismas razones en todos los sujetos. Ello es así porque, desde un punto de vista ontológico, los síntomas tienden a caracterizarse de la misma manera que las enfermedades, es decir, como objetos, lo que debería hacernos reflexionar si los síntomas se cosifican de una manera parecida a la cosificación de las enfermedades.

Si bien en los orígenes de la medicina occidental la enfermedad era la *nosos*

hipocrática, una afección estrictamente individual y en la que los síntomas reflejaban la lucha entre la naturaleza del hombre y el mal, a partir de la segunda mitad del siglo XVII, en especial con la aparición del concepto de especie morbosa realizado por Thomas Sydenham comienza un proceso que prima lo universal de la enfermedad en el sujeto particular. El DSM V es el resultado final (hasta el momento) de ese proceso desde lo individual a lo universal, desde la especie morbosa al trastorno cosificado. Genera, desde estas consideraciones, una psicopatología galileana resultante de la construcción histórica de un universal (la enfermedad) desgajado del sujeto. Este paradigma resalta en la enfermedad todo aquello que es repetible, generalizable y medible tendiendo a descartar todo aquello que pertenezca a lo individual.

El paradigma galileano opera de manera preferente con un tipo de signos semióticos, los iconos. Recordemos que los iconos se definen como aquellos signos que presentan una relación de semejanza, en tanto se parecen al objeto que representan. La relación con aquello a lo que se refieren es directa, por ejemplo: pinturas, retratos, dibujos figurativos, mapas, etc.

— Sujeto y enfermedad mantienen una relación semiótica de tipo icónico cuando todo paciente tiende a ser considerado como un ejemplo de una determinada enfermedad a la que se asemeja.

— De las relaciones entre un signo y

Para las psicopatologías desemeceistas un síntoma se constituye como objeto de carácter universal

^e Desemeceista: neologismo derivado de la clasificación del DSM.

un sujeto también pueden resaltarse las basadas en la semejanza cuando se espera de los signos que icónicamente representen el “interior” o “el mecanismo” de funcionamiento del sujeto. Así, las técnicas de “imagen” y otros tipos de técnicas complementarias aspiran a generar signos icónicos que permitan identificar la enfermedad.

— Y por último, en las relaciones entre signo y enfermedad que resalta el paradigma interesa el signo que se asemeje a la enfermedad misma, a su aprehensión a través de la manifestación en el sujeto de lo que es semejanza. Es quizás éste el motivo último de la transformación de los síntomas en criterios, siendo éstos la descripción más o menos pormenorizada de la enfermedad ya que merced a una semejanza intensa entre listado de signos y enfermedad puede realizarse un diagnóstico. Además, al considerar como principalmente icónica la relación entre el sujeto y los signos, se posibilita la construcción de un manual de exploración psicopatológica formalizado. Este manual, El DSM, a través de priorizar lo icónico, mantiene que un proceso diagnóstico consiste en un razonamiento fundamentado en relaciones de semejanza.

La observación del sujeto que propone una psicopatología icónica (como es El DSM IV) se realiza a través de la descripción. Recordemos que descri-

bir es “*delinear, dibujar, figurar algo representándolo de modo que dé cabal idea de ello*”. La descripción es un proceso que básicamente consiste en seleccionar detalles para posteriormente organizarlos siguiendo un orden. El tipo de observación que propone la DSM es entonces una descripción de los sujetos a través de la identificación y el ordenamiento de los criterios, lo cual debería proporcionar una fotografía psicopatológica que es la que a posteriori permitirá la identificación de la enfermedad.

Todo ello y a pesar de que estos criterios no acontecen en el espacio físico, la realidad que describen no es un objeto al observador lo que en realidad se le presentan son no sólo iconos sino, sobre todo, indicios^f.

La(s) otra(s) psicopatología(s)

A lo largo de la historia de la psiquiatría diferentes escuelas han incidido en la necesidad de contemplar una referencia esencial de todo síntoma: la persona. En ocasiones tal referencia se constituye en lo biográfico (psicoanálisis), en otras en las circunstancias relacionales (sistémica) y en otras en lo vivencial (fenomenología).

Asímismo, también se han formulado teorías del aparato mental que establecen unas fronteras distintas entre lo universal y lo singular.

A lo largo de la historia de la psiquiatría diferentes escuelas han incidido en la necesidad de contemplar una referencia esencial de todo síntoma: la persona

^f A diferencia de las realidades físicas, su presencia es mucho más inconstante y mucho más condicionada. El síntoma (como realidad) siempre va a ser variable en su forma de mostrarse al asomarse a través de un sujeto (realidad compleja y mudable) y no a través de objeto material. Cuando se observa y se describe un síntoma éste se presenta en un espacio relacional en el que las relaciones entre síntoma, sujeto y observador son muy complejas.

Fronteras: Las fronteras en la psicopatología del sentido son las establecidas entre la realidad y la mente, que enlaza directamente con la cuestión de la verdad, y las existentes entre cada una de las facultades mentales que consideremos.

a) La cuestión de la verdad: Desde una perspectiva filosófica, el concepto de verdad puede abordarse desde seis perspectivas diferentes.

1.- La verdad como correspondencia: una de las maneras de entender la verdad más antiguas (y quizás también más extendida), ya formulada por muchas escuelas presocráticas y, de manera explícita, por Platón en el *Cratilo*: "verdadero es el discurso que dice las cosas como son, falso el que las dice como no son"⁹. La lógica contemporánea mantiene un concepto de verdad muy parecido. Así, Alfred Tarski¹⁰, utilizó la noción semántica de *satisfacción*, entendida como la relación entre los objetos y las expresiones enun-

ciativas. Cabe señalar que insistió en la diferencia fundamental de la verdad con otros conceptos como creencia, verificación o confirmación.

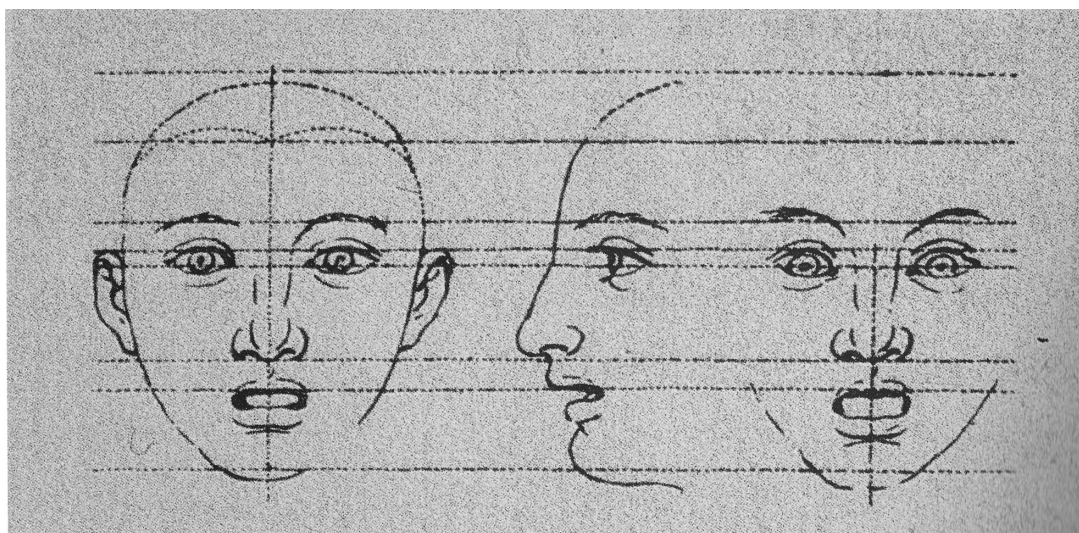
2.- La verdad como revelación o manifestación, bien de tipo empírico o bien de tipo metafísico: la forma empirista considera que la verdad se revela de forma inmediata al ser humano y es sensación, intuición o fenómeno (ejemplo, la escuela Cirenaica). La verdad metafísica aparece como manifestación de un principio supremo (ejemplo, Plotino). Heidegger entendió la cuestión de la verdad como una revelación o un descubrimiento.

3.- La verdad como conformidad: Aunque Platón o Agustín entendieron, en ocasiones, la verdad como algo conforme a una ley, quizás haya sido Kant el autor quien depositó la verdad como la norma a la cual el conocimiento debe adecuarse para ser verdadero.

⁹Platon. *Cratilo*. Editorial Losada; 2011.

¹⁰Tarski, A. The semantic conception of truth. En: *Reading in Philosophical Analysis*, pp. 52-84, 1949.

Le Brun,
L'Expression des passions, 1668



4.- La verdad como coherencia: desarrollado por el movimiento idealista inglés en la segunda mitad del siglo XIX partiendo del principio "lo contradictorio no puede ser verdad" hasta definir la verdad como "la coherencia perfecta". Bradley admitía diferentes grados de verdad en el pensamiento humano en función del grado de coherencia aún admitiendo que ésta siempre será aproximativa e imperfecta¹¹.

5.- La verdad como utilidad: A pesar de que fue Nietzsche el primer autor en formularla, fueron los autores incluídos dentro del Pragmatismo (James, Dewey) quienes desplazaron la definición de la verdad hacia lo válido y, por tanto, las limitaciones intrínsecas de todo el conocimiento humano.

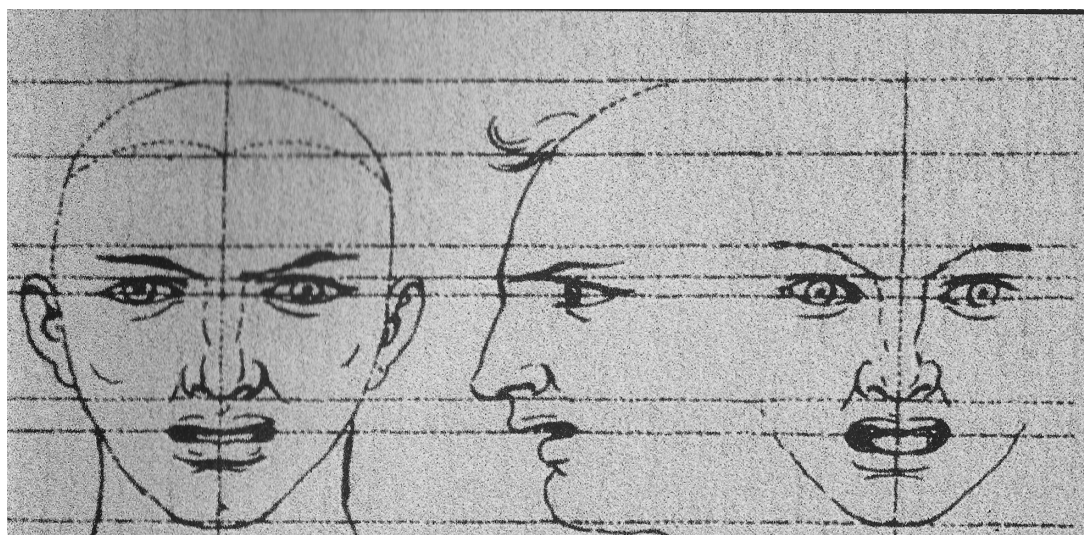
6.- La verdad como autoridad: Algo es verdad en función de quien lo afirma. Podemos encontrar esta formulación en la *emunah* judía aunque desde un punto de vista psicológico

este tipo de verdad también guardaría relación con la cuestión de la confianza en el que emite una proposición determinada.

La psicopatología ha establecido una diferencia binaria entre certeza/juicio de realidad conservado en algunos de los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios). Sin embargo, una psicopatología del sentido debería abordar al menos las seis posibilidades derivadas de las definiciones de la verdad en la historia del pensamiento. La verdad de "una percepción sin objeto" puede fundarse en la correspondencia, en la revelación, la conformidad, la coherencia, la autoridad o la utilidad.

b) La cuestión de lo global y lo particular: Un síntoma clasificable en la facultad del sentido siempre será también un síntoma del sujeto global. Los intentos de sutura creo que más rigurosos y profundos de este hiato entre lo global y lo particular han surgido desde una teoría de la mente encarnada, primero desde la fenomenología (en especial

¹¹Bradley H. On truth and coherence. *Mind* 1909; 18 (7): 329-342.



¹²Le Breton, D. El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos. Editorial Nueva visión; 2007.

¹³Siepeka SM, Yoo SH, Park J, Song W, Kumar V, Hu Y, Lee C, Takahashi JS. Circadian mutant Overtime reveals F-box protein FBXL3 regulation of cryptochrome and period gene expression. Cell 2007; 129 (5): 1011-1023.

¹⁴Macaluso E. Multisensory processing in sensory-specific cortical areas. Neuroscientist 2006; 12: 327-338.

Macaluso E, Driver J. Multisensory spatial interactions: a window onto functional integration in the human brain. Trends Neurosci 2005; 28: 264-271.

Ghazanfar AA, Schroeder CE. Is neocortex essentially multisensory?. Trends Cogn Sci 2006; 10: 278-285.

¹⁵Morrell F. Visual system's view of acoustic space. Nature 1972; 238: 44-46.

¹⁶Merleau-Ponty, M. Fenomenología de la Percepción. Editorial Planeta-Agostini; 1994, p. 362.

Merleau-Ponty) y en el presente quizás por autores como David Le Breton quien específicamente ha dedicado su estudio a la influencia de la cultura en el acto perceptivo¹².

Desde una perspectiva más neurobiológica debo señalar los trabajos sobre la percepción transmodal. Se ha señalado una conexión de los sentidos a través de tres maneras posibles: La transversalidad común general (las alteraciones de un sentido repercuten en los demás), la transversalidad concreta (que acomete el sentido del tacto, el cual se encuentra en todos y cada uno del resto de sentidos), y la transversalidad específica (la percepción del dolor), de tal manera que tanto las ondas de presión como las electromagnéticas, las térmicas y las sustancias químicas participan, a partir de sus diversas formas de manifestación, en la configuración de la percepción del sentido específico, del tacto y del dolor. Otra forma de clasificar esta transmodalidad de la percepción es considerar los fenómenos de: *Dependencia* (ciertos sentidos dependen del estado de otros para llevar a cabo su función: la audición puede depender de la función del sentido del equilibrio), *Resonancias* (un sentido influye en otro, sin necesidad de depender de él, por ejemplo cuando el tacto es influido por el olor), *Sinestias* (la activación de un sentido da por respuesta una percepción perteneciente a otro sentido: un sonido produce la visión de un color), y *Consonancias* (un sentido necesita de los otros para manifestarse plenamente: el gusto precisa del tacto).

De modo general, si establecemos como paradigma "un órgano, un sen-

tido", tanto la investigación científica como la indagación filosófica parecen avanzar hacia un paradigma nuevo. Citaré algunos trabajos experimentales.

— En el núcleo supraquiasmático está relacionado con la percepción del tiempo en los vertebrados y Siepeka y colaboradores¹³ han demostrado su conexión con fotorreceptores no visuales en lo que parece una manera de transmitir los ritmos de luz y oscuridad a los relojes internos.

— Estudios de neuroimagen en humanos han descubierto funciones multisensoriales en áreas corticales primarias¹⁴.

— Localización de grupos neuronales que responden a sonidos en todas las jerarquías de las áreas visuales, tanto en humanos como en primates (incluso en la región V1)¹⁵.

— Las áreas visuales que se creían específicas para el reconocimiento selectivo de las caras de personas familiares, parece que también reconocen sus voces.

La fenomenología de autores como Merleau-Ponty ha propuesto un camino similar. La experiencia perceptiva es caracterizada como una generalidad, una globalidad semejante a la de la conciencia (la percepción es también una ordenación de la experiencia a través del cuerpo fenoménico y por ello postulan la existencia de una conciencia encarnada que constituye un tercer tipo de ser, entre el objeto y el sujeto¹⁶).

De otro lado existe una profusa literatura relacionada con el concepto de *qualia*. Un *qualia* es definido como la

cualidad subjetiva de una experiencia individual y pretende aproximar la distancia existente entre el cerebro, en cuanto sistema físico, y la subjetividad de la experiencia perceptiva. Uno de los artículos más conocidos que explora esta idea es el realizado por Thomas Nagel y con un título muy sugerente: ¿Cómo es ser murciélago?. La experiencia subjetiva del murciélago es puesta en relación con las características corporales (por ejemplo en cuanto a las peculiaridades de su "audición"), de su anclaje en el mundo¹⁷.

Las aproximaciones a la pregunta *cómo es ser humano* han discurrido por una profundización de las características vivenciales de cada uno de los sentidos¹⁸.

Del olfato se ha señalado su estrecha vinculación con la memoria, la ausencia de una semántica bien desarrollada (no existen demasiadas palabras para describir los olores), su carácter envolvente y la imposibilidad de no oler (salvo tapándonos la nariz), una función identificatoria así como la tendencia a describir lo que olemos en función de cómo nos hace sentir, el ser un sentido "a distancia".

El tacto conforma un límite a través de la piel entre el Yo y la alteridad, permite el contacto, no es un órgano al uso sino que se distribuye por todo el cuerpo, su información básica (dolor, frío, calor, presión) es el cambio más que la presencia/ausencia, tiene un carácter tridimensional y otorga experiencia física del mundo (peso, forma...).

El gusto se ha definido como un sentido social, es íntimo (no es prototípica la experiencia de un gusto a distancia,

se trata más de una metáfora), se relaciona con la formulación de un juicio de valor sobre algo, es proactivo al ser la experiencia del gusto buscada, y guarda relación con expresiones culturales como el tabú o la tentación.

La experiencia auditiva se organiza a través de la figura y el fondo, es también un sentido a distancia, tiene una función de localización, su información casi siempre lleva la etiqueta de "esto es un mensaje" y por lo tanto nos introduce en la vivencia de "código" y es externo.

De lo visual cabe señalar que es el sentido con mayor densidad informativa, que percibe a distancia y que guarda relación con la cuestión de la verdad.

En esta exposición del "cómo es ser..." apreciamos las distintas posibilidades vivenciales que aporta la sensorialidad de los seres humanos. Trasladándonos al campo psicopatológico, la *over-inclusion* (por ejemplo), es propia del mundo visual, la autorreferencia correspondería al mundo auditivo, la certeza de una alucinación (aún auditiva) sería un modo de estar en el mundo visual, las emociones e identificaciones pertenecen a lo "olfatorio" y las filias o fobias al gusto. Por sorprendente que puedan parecer estas afirmaciones creo que apuntan hacia la necesidad de una transmodalidad en el estudio de la psicopatología del sentido, más necesaria aún si cabe en la cuestión de las psicosis.

Referencias

Las otras psicopatogías establecen una noción de signo en la que las referencias del mismo deben ser mati-

¹⁷Nagel T. What Is it Like to Be a Bat?. *Philosophical Review* 1974; 435-50

¹⁸Ackerman, D. Una historia natural de los sentidos. Editorial Anagrama; 1992.

¹⁹Ginzburg C. Morelli, Freud and Sherlock Holmes: Clues and scientific method. *History Workshop Journal* 1980; 9 (1): 5-36.

zadas por una serie de dependencias. Tales dependencias establecen dudas sobre las clásicas referencias de la psicopatología desemejista (significado, función mental, fisiopatología) al tiempo que postulan la necesidad de contemplar una serie de referencias “extendidas”.

— dependencia de contexto: la semiótica icónica considera que el signo es *captado* por un observador entrenado quien, gracias a una depurada técnica descriptiva, consigue aprehenderlo y trazar una relación de semejanza con su referente (para el caso de la psicopatología, el referente puede ser tanto la enfermedad como la alteración fisiopatológica). La semiótica indicial establece que es el signo el que en ocasiones se *muestra*, de manera repentina y hasta inesperada¹⁹. El observador consigue captarlo solamente si lo sitúa en un contexto que le otorgue una significación. Es un caso parecido al de una huella en medio del bosque. Para que un cazador capte tal signo debe establecer una referencia con la globalidad de la situación, con el contexto. El signo situado de una determinada manera en el contexto global adquiere un significado particular, un sentido y es éste sentido el que lo hace signo: un ALGO en un sujeto nos muestra la posibilidad de un delirio (ej. la certeza, o la manera de mirar, o una postura corporal, o un etcétera que alcanza casi el infinito). Desde esta perspectiva tendría poco sentido hablar de listados de síntomas ya que es una situación concreta en un momento determinado lo que alcanza el estatuto de signo gracias a reorganizar el sentido de lo observado.

— dependencia biográfica: el signo se muestra en y a través de un sujeto. La semiótica icónica postula que el signo emerge por encima del sujeto mostrándose ante el observador entrenado como tal, sin otra tarea que describirlo e identificarlo, siendo todo lo demás elementos que *contaminan* su captación. Las semióticas indiciales le otorgan a todo lo histórico-biográfico un estatuto de referencia del propio síntoma. Es de esta manera como pueden captarse algunos elementos cualitativos del síntoma que forman parte de la clínica: ruptura, invasividad, degradación, encapsulamiento, certeza...

— dependencia relacional: los síntomas pueden ser observados en la medida en que el observador conozca las características y peculiaridades de un espacio relacional. La manera en que un síntoma se expresa en estos espacios puede ser diferente y permite una suerte de clasificación posicional:

– Sufrimiento: la situación podría ser descrita como el relato por parte de un sujeto de algo que le genera malestar. Mientras que una psicopatología tipo criterio icónico sólo contempla que el sujeto emite la queja y el observador la describe y ordena, una psicopatología clínica debe considerar, al menos, la función otorgada al que escucha y que podría situarse en un punto de un eje culpable-depositario-interpretador-solucionador.

– Disrupción: la situación podría ser descrita como el relato por parte de un paciente (o, lo que es más frecuente, de otros observadores) de la presentación del algo en el sujeto que no se

ajusta a lo normativo. Una psicopatología tipo criterio icónico otorga al observador la cualidad de testigo neutro cuando no de juez que debe emitir un veredicto sobre la normalidad o anormalidad de ese algo. Una psicopatología clínica enmarca la disrupción en lo relacional otorgándole un sentido y que podría situarse en un punto de un eje daño-llamada-elaboración-huída.

- Sorprendente: la situación podría ser descrita como el relato por parte de un paciente de la presentación de algo que no alcanza a entender, incomprendible, y que aún sin ser sufrimiento ni disrupción debe ser contestado. Una psicopatología tipo criterio icónico otorga al observador la tarea de una respuesta casi pedagógica que desvele la naturaleza de lo sorprendente al sujeto bien para no darle importancia bien para encuadrarlo dentro de lo patológico y obrar en consecuencia. Una psicopatología clínica enmarca lo sorprendente en lo relacional y que podría situarse en un eje replegamiento-aislamiento-ayuda.
- Déficit: existe una imposibilidad para la ejecución de aquellas necesarias para el desempeño en una determinada área de funcionamiento. Mientras que una psicopatología icónica identificaría la falta respecto a un modelo prototípico (lo normal), una psicopatología indicial procedería a encontrarse con el síntoma a través de observar su funcionamiento singular como individuo.

Conclusiones

— Creo que la psicopatología del sentido debe modificarse en el trabajo clínico en dos direcciones principales.

La primera es la relativa a la cuestión de los contenidos del acto perceptivo, de tal manera que podamos ampliar nuestra mirada desde un contenido “informativo” a un contenido “experiencial”.

La segunda es la relativa a la cuestión del tipo de saber propuesto ya que si bien la psicopatología desemejista propone un saber de diccionario, la posición inherente a la actividad clínica debe impulsarnos hacia la construcción de un saber de enciclopedia.

— La psicopatología del sentido debe incorporar posibilidades relativas a la relación entre los diferentes sentidos, la llamada transmodalidad.

— Una psicopatología clínica debe considerar en relación a la psicopatología del sentido:

- la cuestión de la verdad.
- las relaciones entre lo particular y lo global.
- las dependencias del síntoma.
- la posición del síntoma en la vivencia del sujeto.

La psicopatología del sentido debe incorporar posibilidades relativas a la relación entre los diferentes sentidos, la llamada transmodalidad