

## ¿Pueden las neurociencias enseñarnos cómo vivir mejor?

DIANA I. PÉREZ

*Universidad de Buenos Aires*

*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas*

*IIF-Sociedad Argentina de Análisis Filosófico*

I 95

**Resumen:** En este trabajo me propongo responder negativamente a la pregunta ¿pueden las neurociencias enseñarnos a vivir mejor? Mi respuesta supone distinguir dos sentidos de “vida” que denomino “vida biológica” y “vida humana”. La argumentación se centrará en mostrar, por un lado, la irreducibilidad de estas dos nociones y, por otro, un punto epistemológico que en general se desatiende a la hora de extraer consecuencias de los hallazgos neurocientíficos. Este punto epistemológico está conectado con la forma en la que se recogen datos acerca de los mecanismos psicológicos estudiados en las neurociencias cognitivas. En efecto, las prácticas neurocientíficas presuponen una cierta descripción de nuestra vida psicológica que está atravesada por una cierta normatividad (las condiciones de normalidad) que vuelven esta descripción irreducible a un lenguaje puramente descriptivo como lo es el de las neurociencias. Mostraré este punto apelando a algunos ejemplos históricos.

**Palabras clave:** tipo normativo, histeria, DSM-IV, buena vida.

### ***Can Neuroscience Teach Us How to Live a Good Life?***

**Abstract:** In this paper, I give a negative answer to the question Can neuroscience teach us how to live a good life? In order to do this, I make two points, one metaphysical and the other epistemological. The metaphysical point is that there is a distinction between two meanings of “life”: “biological life” and “human life”. Biological and human life are irreducible to each other. The epistemological point is that neuroscientific practices presuppose a particular normative understanding of human psychological life (taken to be normal conditions) and as such it is far from being merely descriptive. I show this point by appealing to some historical examples and suggest that therefore, we should be reluctant to claim that knowledge of the brain can lead us to live a better life.

**Key words:** normative type, hysteria, DSM-IV, good life.

#### ***1. Vida humana y vida biológica***

Si algo hemos aprendido durante el siglo xx es que la ciencia puede (casi literalmente) hacer milagros. Los seres humanos pudimos pisar la Luna, descubrir el poder del átomo, entender el origen evolutivo de nuestra especie, pero por sobre todas las cosas hemos mejorado increíblemente las perspectivas de nuestra vida humana sobre la Tierra gracias al avance de la medicina y la biología. Tratamientos para el cáncer y antibióticos para curar enfermedades que eran una sentencia de muerte hace menos de un siglo, métodos anticonceptivos y cesáreas que aumentan considerablemente el promedio de vida de las mujeres, vacunas que evitan que contraigamos algunas enfermedades e incluso que han permitido erradicar otras de la faz de nuestro planeta, son algunas de las cosas que, como hoy son moneda corriente, olvidamos que no estaban a nuestro alcance hace muy poco, que no estaban al alcance de nuestros abuelos. Sin duda los avances científicos nos permiten vivir mejor.

Pero es importante tener presente que cuando hablamos de “la vida humana” podemos estar haciendo referencia a dos cosas diferentes. Por un lado, tal como en los casos mencionados en el párrafo anterior, podemos estar haciendo referencia a nuestra vida biológica, y entonces “vida” se opone a muerte, y “vivir mejor” en este contexto debe leerse como vivir más años, vivir con menos enfermedades, y por lo tanto con menos secuelas que hacen más complicada la vida, con menos dolores y menos sufrimiento. Pero muchas veces cuando hablamos de “la vida humana”

no pensamos en estas cuestiones que hacen al mantenimiento de nuestra vida biológica, sino a aquello que se relaciona con la calidad de nuestra vida. En este segundo sentido es que nuestra vida puede ser mejor o peor (no en el primero, que es cosa de todo o nada: o estamos vivos, o dejamos de estarlo).

Es claro, sin embargo, que estas dos nociones están relacionadas, porque la primera es precondition de la segunda; nuestra vida humana se desarrolla a lo largo de nuestra vida biológica, y los cambios físicos y biológicos a los que estamos sometidos dan forma al desarrollo de nuestra vida humana. Un primer objetivo de este trabajo es recordar que esta influencia va en los dos sentidos: es la búsqueda de una mejor calidad de vida, es decir el intento por mejorar nuestra vida *humana*, lo que motoriza muchos de los hallazgos científicos que han permitido prolongar nuestra vida *biológica*, pero son *políticas humanas* las que han permitido, por ejemplo, que los antibióticos o la anticoncepción estén al alcance de una gran cantidad de gente, y por lo tanto que la mayor cantidad de gente posible mejore su vida gracias a los avances científicos. Es porque muchos de nosotros consideramos que la maternidad debe ser una elección de las parejas (y también de los individuos sin pareja), y no una imposición biológica (o divina), que promovemos políticas de educación sexual, de distribución de anticonceptivos e incluso que proponemos reformar la legislación vigente para legalizar el aborto.

Tener en claro este punto, nos permite entender que un médico o un científico pueden indicarnos cómo vivir más años, pero vivir más años no necesariamente es vivir mejor. Ninguna disciplina científica puede enseñarnos a vivir mejor porque esto depende de qué sea una buena vida para cada uno de nosotros y este no es tema de indagación científica. La elección de un plan de vida que vuelva la propia vida significativa para los estándares de cada uno de nosotros, puede no ser la elección que permite conservar la salud o incluso prevenir la muerte. Porque los humanos entendemos algunas decisiones de nuestros congéneres que podrían ser biológicamente cuestionables: por ejemplo, podemos entender (y compartir o no) la decisión de una embarazada con cáncer que decide no iniciar su tratamiento y seguir adelante con su embarazo aun a costa de la propia vida, podemos entender que alguien le done un riñón a un hijo, podemos entender que alguien quiera llegar a la cumbre del Everest aunque ponga en riesgo su vida o que alguien vaya a la guerra para defender su patria, o que alguien interrumpa voluntariamente su embarazo porque considera que no está en condiciones de criar a su posible hijo como cree conveniente, y tantas otras cosas más.

Pero, como dije antes, las condiciones de nuestra vida biológica y las de nuestra vida humana están estrechamente relacionadas, y esta relación entre nuestra biología y nuestra humanidad es compleja. Nuestra humanidad está fundada en nuestra biología (nadie negaría que somos seres biológicos), pero de ahí no se sigue que llegar a descubrir todos los detalles acerca de cómo de hecho funciona nuestro cuerpo desde el punto de vista biológico, nos permita responder todas las preguntas

que nos hacemos acerca de nuestras vidas humanas, en particular no creo que podamos responder por este camino las preguntas que están relacionadas con cómo debemos hacer las cosas para vivir una buena vida. En este trabajo voy a tratar de mostrar por qué creo que esta tesis es correcta.

## ***2. La relación entre nuestra vida biológica y la humana***

Hay varias maneras de plantear la cuestión de la relación entre biología y humanidad. Una forma clásica desde el punto de vista filosófico es en términos del bien conocido “problema mente-cuerpo”. La historia de la filosofía nos provee de varias respuestas: diversos dualismos, y diferentes formas de fisicalismo, algunos reduccionistas y otros no, algunos eliminativistas y otros no, son las más conocidas. En general este problema se aborda como una cuestión metafísica: se entiende que se trata de una pregunta acerca de la existencia de la mente separada del cuerpo, o de la reductibilidad o no de propiedades mentales, etc. Pero es importante recordar que hay involucrado también un problema metodológico o epistemológico, relacionado con cuántos modos de acceso no reducible tenemos a la realidad (sea esta única o doble).

98 |

En este trabajo no me voy a ocupar del problema metafísico. Me voy a centrar en el problema metodológico/epistemológico. Tomemos algún estado psicológico (o mental, voy a usar indistintamente estos dos adjetivos) de un sujeto S y tratemos de acceder a él epistémicamente, tratemos de conocer este estado. ¿Qué hacemos? Dado que somos seres biológicos, parece que es la biología la que debería permitirnos conocer este estado. Entonces, ¿qué hacemos para saber qué estado mental tiene S ahora?

Una respuesta sensata sería: depende de cuál sea el estado psicológico por el que me estén preguntando. Seguramente nadie diría hoy que podemos saber si una persona está pensando que la nieve es blanca, o si desea tomar un chardonnay, examinando exclusivamente su cerebro. En estos casos el camino más efectivo para saber qué estado mental está teniendo S es preguntarle. Y lo extraño (o no) es que “preguntarle” sigue siendo (parte de) la respuesta adecuada en *todos* los casos. Si queremos averiguar si alguien tiene sueño, miedo, dolor de muelas o de cabeza, le preguntamos; y también los médicos les preguntan a sus pacientes por sus dolores para diagnosticarlos, y también el reporte del sujeto cuyo cerebro está siendo escaneado es lo que nos permite correlacionar las imágenes del cerebro que tomamos con los estados mentales del sujeto. Por supuesto, podemos realizar estudios complementarios acerca de la biología de la parte relevante del organismo en el que se da tal estado (el dentista revisará la boca del paciente, el neurocientífico escaneará la cabeza, para ver qué anda mal en el órgano relevante), pero estas prácticas surgen de –y tienen como piedra de toque última– la palabra (o más ampliamente, las acciones

comunicativas públicamente observables) del paciente. Puede que sigamos teniendo una muela careada y haya que sacarla aun cuando el dolor se haya ido (después de haber tomado antibióticos y analgésicos), pero por más que haya una alteración física, si el paciente dice que no siente dolor, y en general no se conduce como una persona dolorida, no diríamos que siente dolor.

Ahora bien, ¿es esto lo que ocurre con todos los estados mentales? ¿No hay casos en los que podamos detectar estados/procesos/condiciones psicológicas que están fuera del alcance del propio sujeto? La respuesta es que sí, que hay casos como estos. Porque hay estados psicológicos inconscientes (o sea que no “cruzan el umbral” de la conciencia). Tal es el caso de la percepción subliminal, cuando estamos expuestos a un estímulo visual por menos tiempo del necesario para que la información llegue a la conciencia, pero dado que el proceso psicológico se inicia, tiene efectos en nuestra conducta posterior, sesgando nuestras respuestas ulteriores. Este bien conocido fenómeno es la base de la publicidad subliminal; en estos casos se puede explicar por qué alguien prefirió una cosa en lugar de otra o por qué sus estados afectivos fueron afectados de cierta manera, sin que el propio sujeto sepa qué paso, y por lo tanto sin que pueda reportar cómo llegó a estar en tal estado, aunque sí podrá reportar el estado final, y nótese que es este reporte final el que permite verificar el rol que tal procesamiento inconsciente realiza comparando las respuestas de diversos sujetos experimentales sometidos a estímulos subliminales diferentes o sin ellos.<sup>1</sup>

I 99

Lo que quiero señalar a partir de estas consideraciones es que la piedra de toque de toda investigación tanto psicológica como neurocognitiva descansa en los reportes que los sujetos hacen (no solo en lo que dicen los sujetos, también en lo que hacen). Y la mayoría de los diagnósticos de trastornos psiquiátricos se hacen también en base a datos conductuales, no biológicos. Así, si estoy en lo cierto, por más que aceptemos que los seres humanos somos organismos biológicos, no alcanza la biología para dar cuenta de las conductas humanas, justamente porque para estudiar la biología humana nos basamos en lo que la gente hace, es decir en sus conductas. En este sentido, desde un punto de vista metodológico/epistemológico (e independientemente de la cuestión metafísica), no se pueden reducir las ciencias del comportamiento a la biología, porque no podemos identificar los estados biológicos relevantes con independencia de la conducta del sujeto.

Permítanme poner las cosas de otra manera: tomemos cualquier experimento psicológico o neurocientífico y atendamos a los reportes que hacen los sujetos experimentales. ¿Qué nos garantiza que el sujeto no está mintiendo? ¿Y si es un individuo que descrea de la ciencia y quiere decir que no cada vez que es

---

<sup>1</sup> Dehaene 2015: 63 y ss.

sí, para desacreditar los resultados? ¿Y qué nos garantiza que esto no ocurre muy menudo, no solo en casos aislados estadísticamente irrelevantes? ¿Qué nos hace pensar que las conductas humanas en este caso son transparentes, cuando sabemos que las conductas humanas no lo son en general? Estas preguntas no están destinadas a hacer un punto político, ni estoy ciertamente hablando del mundo real, estoy planteando un punto conceptual bien conocido para los teóricos de la acción humana,<sup>2</sup> que podría resumirse así: hay un hiato entre el movimiento corporal y la acción. En efecto, la acción es un movimiento corporal, pero es un movimiento corporal *interpretado de cierta manera* y no de otra. Pulsar el cursor en un experimento puede ser interpretado como una afirmación, pero puede ser interpretado de miles de otras maneras. Y las interpretaciones no se pueden hacer exclusivamente basándose en lo que ocurre “adentro” del sujeto, sino que son viables a la luz del contexto personal, social, histórico, etc. en que el sujeto está inmerso. Por *default* el contexto en el caso de la conducta de un sujeto experimental es colaborativo, sincero, etc. Pero sigue siendo el contexto el que nos lleva a hacer una interpretación y no otra. Y este es el punto conceptual que quiero hacer.

### **3. Algo más sobre la relación entre nuestra biología y nuestra humanidad**

100 |

Como dije en la introducción de este trabajo, creo que nadie negaría hoy que, dado que somos seres biológicos, todo lo que hacemos y todo lo que nos ocurre tiene como base un cambio (o varios) en nuestro organismo. Ningún estado o proceso psicológico se da en una parte “no material” de nuestro ser, algo inalcanzable por los métodos de observación pública de nuestro organismo de los que hoy disponemos (o dispondremos en el futuro). Así, cualquier cambio macroscópico, observable, en nuestra conducta tiene como correlato un cambio micro, en algún lado de nuestro cuerpo, y dado que el sistema nervioso es quien de alguna manera dirige todos los procesos biológicos en nuestro cuerpo, el correlato debe incluir algún tipo de cambio a nivel cerebral (probablemente no solo cerebral: también endócrino, etc.). También es claro que todo cambio en nuestro cerebro/sistema nervioso producirá efectos en diversas partes de nuestros cuerpos, incluyendo los movimientos de nuestro cuerpo como un todo: caminar, saltar, etc.

Como dije antes, nuestro acceso a los estados psicológicos habitualmente se da a nivel personal, es decir, atendiendo a conductas observables que involucran al sujeto como un todo: veo a alguien caminar y digo que está caminando (no

---

<sup>2</sup> Me refiero a las clásicas teorías de la acción como las plasmadas en Goldman 1970, von Wright 1979 y Davidson 1980, por mencionar algunas.

escaneo su córtex motor para saber que está caminando). Veo que alguien está caminando hacia la puerta y que extiende la mano y no solo sé que está caminando sino además sé que quiere abrir la puerta, que quiere salir de la habitación; incluso, si le pregunté antes qué iba a hacer, puedo llegar a saber que quiere ir a pasear al parque, o que está yendo a abrir el portero eléctrico (esto puedo hacerlo sin que me diga nada el sujeto, por ejemplo si lo escuche sonar antes). Supongamos ahora que escaneo el cerebro del individuo en cuestión. ¿Qué información puede darme este proceso aislado de la información relevante del contexto en el que el sujeto realiza la acción? El punto es que la actividad del córtex motor relacionada con su caminar es la misma si el sujeto esta: 1. caminando, 2. yendo a abrir la puerta (antes de empezar a levantar su brazo para hacerlo), 3. yendo a abrir el portero eléctrico, 4. yendo al parque, etc. La actividad del córtex motor está correlacionada con el movimiento muscular, pero las múltiples interpretaciones que podamos hacer de esa conducta incluyen factores externos al sujeto. Claro que cada uno de estos contextos alterará la acción del sujeto en la medida en que también haya hecho alguna diferencia en el cerebro del sujeto: por ejemplo, si el sujeto escuchó el timbre habrá habido una alteración en su córtex auditivo, etc. Y claro que si el sujeto en cuestión quiere ir al parque porque habló por teléfono con su novia y sabe que estará en el parque de alguna manera esos sucesos alteraron el cerebro del individuo, que retiene la información almacenada de alguna manera en el cerebro y es el cerebro, en última instancia, el lugar donde debe haber cambios que se correlacionen con las acciones y pensamientos del sujeto. Pero el modo de acceso a sus acciones y estados psicológicos nunca es escaneando su cerebro exclusivamente, sino interpretando su conducta a la luz de otra información relevante del entorno y de la historia del sujeto. Y, como dije antes, es sobre la base de este tipo de interpretaciones, haciendo uso de este tipo de lenguaje intencional cotidiano, que hacemos investigación y clínica psicológica, psiquiátrica y neurocognitiva.

I 101

#### ***4. Formas de vida y condiciones de normalidad***

Como intenté mostrar en el apartado anterior, la conducta es interpretable solo a la luz de un contexto y una historia, contexto que además de ser material es cultural, esto es incluye convenciones y normas fijadas por la sociedad en la que individuo vive. Se trata de la “forma de vida” en la que está inmerso el individuo que incluye, entre otras cosas, las normas implícitas silenciosas que están ahí aunque nadie las haya puesto premeditadamente y resulten habitualmente imperceptibles a nuestros ojos.

¿Cuáles son las condiciones “normales” o “típicas” sobre las cuales se moldean las interpretaciones de la conducta humana? Supongamos por un momento que estamos en un mundo en el cual abrir puertas es lo que la gente hace

cuando quiere asentir a lo que está escuchando. En lugar de mover la cabeza de arriba para abajo uno se levanta y abre la puerta en señal de asentimiento. En ese mundo, sería muy “natural” interpretar la acción del individuo del ejemplo anterior como una conducta de asentimiento. Claro que no estamos en *ese* mundo. Estamos en un mundo donde las interpretaciones “normales” –por *default*– son otras; pero mi punto se puede ver más claramente teniendo en cuenta este mundo posible: en todos los casos las interpretaciones de la conducta humana dependen de lo que es esperable en nuestro contexto habitual. (Piénsese en el caso del portero eléctrico: alguien que desconociera el funcionamiento de estos aparatos jamás hubiera hecho la interpretación mencionada arriba).

Alguien podría objetar que esto no prueba nada, que el cerebro de las personas de *ese* mundo sería diferente a los nuestros. Sí, claro. Y obviamente este es un punto *a priori*. Primero, porque no podemos someter a los humanos a condiciones de vida no humana para ver qué les pasaría a sus cerebros. Pero además, en segundo lugar, es *a priori* en el sentido de que es un supuesto de la investigación neurocognitiva contemporánea que toda diferencia en la conducta observable debe estar correlacionada con, porque depende de, algún cambio a nivel neuro: este es el motor de la búsqueda de las actividades cognitivas en el cerebro.

Así, y más allá de las limitaciones éticas de la investigación con humanos, hay un punto teórico anterior que es el que quiero destacar aquí, y que es el siguiente. Los estudios de los correlatos neurales de cualquier actividad intencional/psicológica se hacen tomando como punto de partida una u otra interpretación por *default* de la conducta humana, y esta interpretación por *default* depende de las conductas que son habituales en una sociedad. Y a partir de lo que es habitual en una sociedad y a partir de lo que de hecho resultan ser los modos de funcionamiento de los cerebros de quienes siguen las pautas habituales, se determina científicamente cómo funciona un cerebro humano (al menos el del adulto típico).

Para ilustrar la idea que quiero transmitir permítanme considerar un caso histórico, extraído de Tasca *et al.* “Women And Hysteria In The History Of Mental Health” (2012: 111). Cito:

Hipócrates (siglo V a.C.) fue el primero en utilizar el término histeria. Sostuvo que la causa de esta enfermedad radica en el movimiento del útero (“*hysteron*”). El médico griego proporcionó una buena descripción de la histeria, distinguiéndola claramente de la epilepsia. Hizo hincapié en la diferencia entre los movimientos compulsivos de epilepsia, causados por un trastorno del cerebro, y los de la histeria debidos a los movimientos anormales del útero en el cuerpo. Propone la idea de un útero inquieto y migratorio, e identifica la causa de la indisposición en ciertos humores estancados envenenados que nunca han sido expulsados, fundando este hecho en una vida sexual inadecuada. Hipócrates sostenía que el cuerpo de la mujer es fisiológicamente frío y húmedo y por lo tanto propenso a la putrefacción de los humores (en com-

paración con el cuerpo masculino que es seco y caliente). Por esta razón, el útero es propenso a enfermarse, sobre todo si se le priva de los beneficios que se derivan de las relaciones sexuales y la procreación que, ampliando los canales de una mujer, promueven la limpieza del cuerpo. Y va más allá; especialmente en las vírgenes, viudas, mujeres solteras, o estériles, este “mal” útero –¡ya que no está satisfecho!– no solo produce humores tóxicos, sino también que estos deambulan por el cuerpo, causando varios tipos de trastornos como la ansiedad, sensación de ahogo, temblores, a veces incluso convulsiones y parálisis. Por esta razón, se sugiere que incluso las viudas y las mujeres solteras deberían casarse y vivir una vida sexual satisfactoria dentro de los límites del matrimonio.

Creo que viendo un caso histórico como este, en el cual hay involucradas prácticas sociales que hoy no compartimos (al menos eso desearía yo, aunque no creo que el cambio sea mayoritario, por desgracia) se hace bien obvio el punto que estoy haciendo: Hipócrates, padre de la medicina, estudia una “enfermedad” que es tal en la medida en que la conducta exhibida por los sujetos “enfermos” se aparta de la conducta normal, y la recomendación (para vivir mejor, es decir curarse) es adecuarse a las pautas culturales: sexo obligatoriamente dentro del matrimonio, matrimonio para toda mujer. El deslizamiento que podemos ver claramente en este caso, parte de condiciones biológicas (condiciones relacionadas con la salud/enfermedad del cuerpo) a indicaciones acerca no ya de la vida biológica sino de las condiciones en las que desarrollar nuestra vida humana. Este deslizamiento es evidente a nuestros ojos del siglo XXI, después de las revoluciones feminista y sexual producidas en el siglo XX. Hoy muchas mujeres (y muchos hombres) nos resistiríamos a considerar que las indicaciones del médico (Hipócrates) para vivir mejor sean indicaciones que debamos adoptar para conservar la salud de nuestro cuerpo y vivir saludablemente muchos años.

Pero Hipócrates fue, se dice, el primer médico, y por ello buscaba causas orgánicas de aquellas conductas que eran consideradas “enfermedades” en su época. Y claro que hay correlatos orgánicos de las conductas denominadas histéricas (aunque no sea un útero moviéndose): si tomamos en cuenta los síntomas que Hipócrates consideró (ansiedad, sensación de ahogo, temblores, convulsiones y parálisis), es claro que deben tener una causa orgánica y en la medida en que causan malestar deben ser identificadas estas causas, y combatidas. El punto es que considerar a estos síntomas como conductas histéricas no depende del hecho de que alguna parte del cuerpo de la mujer esté o deje de estar de cierta manera, sino que la conducta es o no es histérica porque la sociedad en la que esa mujer actúa espera algo de ella, y no otra cosa, y en este contexto cultural identifica ciertos comportamientos de cierta manera. Demás está decir que hoy la histeria no existe como trastorno psiquiátrico, según el DSM-V. Lo cual obviamente no quiere decir que a veces las mujeres (y los hombres) no exhiban muchos de los síntomas men-

cionados: ansiedad, sensación de ahogo, temblores, convulsiones y parálisis, pero ya no se busca la causa orgánica en el comportamiento del útero, entre otras razones porque ya no se entienden estas conductas como síntomas histéricos sino, en todo caso, como síntomas de otras “enfermedades”.

Nótese que dado que la conducta humana está involucrada —en este caso, los modos de relacionarse las mujeres con los hombres— no parece tener sentido decir que términos como “histeria” puedan ser considerados términos de clase natural, cuya esencia la biología descubrirá en algún futuro,<sup>3</sup> por el contrario se trata de tipos normativos.<sup>4</sup> Es interesante entender la diferencia que hay entre este caso y la tuberculosis o el sarampión, cuya causa (una bacteria o un virus determinado, según sabemos hoy) puede ser descubierta con el avance de la biología. Es que en estos últimos casos el conjunto de síntomas no son conductas humanas, sino estados corporales como alta temperatura, manchas de cierto tipo en la piel, etc. En el caso de la “histeria” y de los “trastornos” psiquiátricos, en general los “síntomas” son conductas, más precisamente conductas “desviadas” de los patrones usualmente aceptados. Una vez más la única manera de estar autorizados a aplicar ciertos términos, como “histeria” depende de las normas sociales en las que el sujeto está actuando. Se me podría objetar que lo que está detrás de este caso es la discusión acerca de los límites entre salud y enfermedad, pero el caso del sarampión o la tuberculosis muestra que no es esta la cuestión en los casos que estoy considerando aquí. En efecto, creo que el de la histeria es solo un caso especial de una distinción más general que atraviesa toda la biología y la medicina (y la psicología y la psiquiatría) cuando quieren ocuparse de la conducta humana: el par normal-anormal.<sup>5</sup>

104 |

## 5. Lo “normal”

Veamos las consecuencias que tiene lo que dije hasta aquí para las neurociencias y sus indicaciones para “vivir mejor”. La clave en los ejemplos que propuse es considerar que para dar el salto de la biología a la psicología/psiquiatría/neurociencia cognitiva, es necesario involucrar conductas humanas que, como argumenté en los apartados anteriores, están fundadas en condiciones de normalidad. Es importante recordar en este punto que “normal” puede querer decir dos cosas diferentes. Por un lado, tiene una lectura puramente descriptiva (yo pre-

---

<sup>3</sup> Véase Putnam 1975.

<sup>4</sup> Desarrollo la idea de tipo normativo en Pérez 2013: cap. 8.

<sup>5</sup> Podría hacerse el mismo punto considerando como caso histórico el de la homosexualidad: hasta la década de los 90 seguía siendo un trastorno psiquiátrico para la OMS a pesar de que se excluyó del DSM-IV en 1973. Pero hasta entonces era una “enfermedad”.

fiero usar “típico”, para este caso, esto es para señalar aquellos casos en los que simplemente se detectan regularidades estadísticas). Pero hay una segunda lectura que es normativa; de acuerdo con esta lectura lo “normal” es lo que cae (y lo anormal lo que no cae) dentro de una norma. Y si se trata de normas sociales como en este caso, lo que se sale de la norma no solo es lo diferente (como lo sería en la lectura estadística), sino lo malo, lo incorrecto, lo inmoral. Como dije arriba, dado que somos seres biológicos toda diferencia en nuestra conducta va a estar correlacionada con una diferencia orgánica, la cuestión es qué es lo “diferente” y cuál la “norma”.

Podríamos entonces preguntarnos: ¿qué es primero, el huevo o la gallina: el cerebro de X es distinto y por eso X es diferente, o X es diferente y eso tiene un correlato en su cerebro? Hay una tendencia generalizada a elegir el primer disyunto, y considerar que es nuestro cerebro el fundamento del que dependen todas las conductas que realizamos, las normales, y las que no lo son. Pero bien podríamos pensar las cosas al revés, y sostener que es porque solemos hacer ciertas cosas (normales o no) que nuestro cerebro se activa igual o de manera diferente a otros. Nótese que en este segundo caso que X sea diferente depende no de cosas que pasen en el cerebro de X sino de cosas que pasan en el entorno social de X, normas y prácticas establecidas culturalmente que son las que permiten describir de una u otra manera la conducta macroscópica, observable, pública de X.<sup>6</sup>

Manes y Niro, en *Usar el cerebro*, se plantean exactamente esta pregunta cuando examinan el caso del cerebro de Einstein. En este caso reconocen que no está claro si su cerebro era distinto porque él hacía las cosas que hacía (diferentes a las que hacían los demás), o si hacía cosas diferentes porque su cerebro era diferente. Y sostienen que esta es una pregunta que está abierta.<sup>7</sup> En mi opinión, esta misma consideración debería aplicarse a *todos* los casos, tanto a los diferentes como Einstein,

I 105

---

<sup>6</sup> En su clásico *Acts of Meaning*, Bruner, discutiendo la posibilidad de encontrar universales psicológicos, nos dice: “La solución al problema de los universales yace en exponer la falacia ampliamente sostenida y un tanto pasada de moda que las ciencias humanas heredaron del siglo XIX [...] En esa versión [...] las causas de la conducta humana se suponía que se hallaban en el sustrato biológico. Por el contrario, lo que yo quiero argumentar es que la cultura y la búsqueda de significado dentro de la cultura son las verdaderas causas de la acción humana. El sustrato biológico, los así llamados universales de la naturaleza humana, no son la causa de la acción sino, como mucho, una *restricción* o una *condición* para ella. El motor del auto no “causa” que nos vayamos al supermercado para hacer las compras semanales, más de lo que nuestro aparato reproductivo “causa” que tengamos altas probabilidades de casarnos con alguien de nuestra misma clase social, grupo étnico, etc.” (Bruner 1990: 20-21, su subrayado.)

<sup>7</sup> Literalmente dicen: “Si estos cambios [se refieren a las diferencias anatómicas entre el cerebro de Einstein y otros 85 cerebros con los que se lo comparó] fueron causa o consecuencia de su brillantez no lo sabremos a ciencia cierta, pero es muy probable que se haya tratado de una combinación de ambas cosas: haber nacido con un cerebro que lo predispone a un procesamiento intelectual extraordinario y haber vivido experiencias que motivaron a ese cerebro privilegiado.” (Manes y Niro 2014: 111-112.)

como a los normales/típicos y a los “patológicos”. Es decir, en todos los casos hay que preguntarse si el registro de la actividad neuronal que las neurociencias hacen es la causa o el resultado de que ese cerebro se haya desarrollado y funcione en el contexto social en el que vive el individuo. Pero no es esto lo que las neurociencias suelen hacer; por el contrario, adoptan un punto de partida solipsista o individualista, esto es parten del supuesto de que es posible encontrar en el cerebro individual humano las causas de la conducta humana: “dime qué áreas del cerebro tienes activadas y te diré qué piensas y qué harás”, podría ser el lema. Muchos neurocientíficos, al menos cuando exponen al gran público los hallazgos de las neurociencias, suponen este principio. Aunque no todos, hay algunas excepciones: el viernes 21 de noviembre de 2014, Nora Bär publicó en *La Nación* un artículo con el título “Las neurociencias de la fe: en busca de respuestas” donde leemos:

Agustín Ibáñez, investigador del Conicet, del Instituto de Neurociencias Cognitivas (Ineco) y de la Fundación Favaloro, [...] advierte que hay que tomar con cautela las conclusiones obtenidas a partir de las neuroimágenes: “Sólo estamos empezando a entender cómo trabaja orquestadamente el cerebro. *Que un área se prenda o se active no nos dice mucho en sí mismo acerca de los procesos que ocurren en dicha activación.* Y algo más técnico: aunque todavía no está claro, la activación [que registra] la resonancia magnética funcional al parecer implica la actividad excitatoria e inhibitoria del cerebro sumadas. Por ende, tal vez tendemos a pensar que cuando un área se activa es un proceso unitario, mientras que podría tratarse de procesos diferentes, e incluso, en ciertas condiciones, opuestos” (mis itálicas).

106 |

El supuesto solipsista, que considero errado,<sup>8</sup> se ve claramente en juego cuando se analiza el caso del cerebro en desarrollo, donde el patrón explicativo propuesto habitualmente es claramente el inverso al que estoy proponiendo aquí. En Manes y Niro 2014 vemos cómo se explican los cambios evolutivos mencionando los cambios a nivel cerebral que se constatan. Pero mi sugerencia sería pensar las cosas exactamente al revés: hay cambios a nivel psicológico —que se realizan en los cerebros— porque los cambios conductuales repercuten en lo que ocurre a nivel cerebral, no al revés. Pensemos en el caso del proceso de aprendizaje de la lectoescritura: ¿cabe alguna duda de que cuando uno aprende a leer, el cerebro se modifica? ¿Pero, es la modificación del cerebro la causa de que aprendamos a leer, o la consecuencia? La causa de que aprendamos a leer es que nos escolaricen, que tengamos maestros que nos hacen hacer ciertas cosas, que estemos en un ambiente en el que nos estimulan/obligan a desarrollar ciertas habilidades, etc. Por

---

<sup>8</sup> No solo yo, véanse por ejemplo Hurley 1998 y Nöe 2009.

supuesto, si estudiamos el cerebro de un nene entre los 5 y 8 años vamos a ver enormes cambios, pero estos cambios son el *resultado* de que esté aprendiendo a leer y escribir, no la *causa*. Obviamente no cualquier cerebro puede aprender a leer y escribir (el cerebro de un lagarto no puede), pero los cambios en el cerebro no explican por qué aprendí a leer: lo que la maestra me pidió que haga y el entrenamiento que realicé, sí.

## 6. Normas para vivir mejor

MI punto, dicho muy brevemente, es que vivir bien/mejor es como leer y escribir: no es algo que sea causado por cosas que pasan en mi cerebro, aunque sí, claramente, son cosas que dependen de características biológicas de mi cerebro y que pueden afectar al funcionamiento de mi cerebro. Vivir bien/mejor es el tipo de cosas que pertenecen al orden de las normas, de los valores, de lo que considero bueno para mí, o de lo que una sociedad considera bueno para sus miembros. Por ejemplo, la lectoescritura es considerada una habilidad que nos permite vivir mejor, y por eso socialmente se admite que a los niños se les “cambie” el cerebro en las escuelas para que puedan hacerlo. Pero los filósofos hace rato que sabemos que del ser no se puede pasar al deber ser. Son órdenes diferentes. Las neurociencias pueden decirnos cómo las cosas son. Pero no cómo deberían ser. Muchas de las cosas que somos están determinadas por prácticas instituidas, por normas sociales implícitas o explícitas, y en este sentido las neurociencias solo pueden decirnos qué pasa en nuestros cerebros humanos adultos típicos; típicos (es decir, estadísticamente frecuentes) en esta sociedad en la que vivimos que ha moldeado nuestros cerebros buscando que seamos adultos normales (esto es, adecuados a las normas de la sociedad en la que vivimos). Pero la normalidad y *por lo tanto la tipicidad* son conceptos normativos, y por lo tanto sujetos a discusión, revisables, posibles de ser cambiados, si consideramos que hay prácticas sociales posibles fundadas en otras normas y valores que nos permitirían vivir mejor. Y esto no es algo que la ciencia pueda resolver. Es algo que depende de la sociedad en su conjunto.

I 107

En síntesis: hay un cierto conservadurismo que se destila de las neurociencias, o al menos de la difusión pública que se hace de los resultados neurocientíficos. Una cierta defensa solapada del *status quo*. Porque se da por sentado que tal como las cosas son es como deberían ser. Mi intento en este trabajo ha sido tratar de desarmar esta asociación, que considero nociva, no solo porque creo que siempre podemos aspirar a que las cosas sean mejores que como de hecho son, sino porque colapsar lo que de hecho es y lo que debería ser, fundando lo que debería ser en lo que es tal como es descripto por hallazgos científicos, impone una velada autoridad (aunque sea epistémica) a ciertos agentes (los científicos) en las discusiones acerca

de cómo las cosas deberían ser. Yo creo que todos los agentes sociales somos voces igualmente autorizadas cuando se trata de discutir cómo vivir mejor (individual y socialmente).<sup>9</sup>

## BIBLIOGRAFIA

- Bär, N.** (2014), “Las neurociencias de la fe: En busca de respuestas”, *La Nación*, 21/11/2014.  
URL = <<http://www.lanacion.com.ar/1745534-las-neurociencias-de-la-fe-en-busca-de-respuestas>>. Recuperado 27/03/2016.
- Bruner, J.** (1990), *Acts of Meaning* (Cambridge: Harvard University Press).
- Clark, A.** (1997), *Being There* (Cambridge: The MIT Press).
- Davidson, D.** (1980), *Essays on Actions and Events* (Oxford: Oxford University Press).
- Dehaene, S.** (2015), *La conciencia en el cerebro* (Buenos Aires: Siglo XXI).
- Goldman, A.** (1970), *A Theory of Human Action* (New Jersey: Princeton University Press).
- Hurley, S.** (1998), *Consciousness in Action* (Cambridge: Harvard University Press).
- Manes, F. y Niro, M.** (2014), *Usar el cerebro: Conocer nuestra mente para vivir mejor* (Buenos Aires: Planeta).
- Nöe, A.** (2009), *Out of Our Heads* (New York: Hill and Wang).
- Pérez, D.** (2013), *Sentir, desear, creer: Una aproximación filosófica a los conceptos psicológicos* (Buenos Aires: Prometeo).
- Putnam, H.** (1975), “The Meaning of ‘Meaning’”, en *Mind, Language and Reality, Philosophical Papers, Vol. 2* (Cambridge: Cambridge University Press).
- Tasca, C. et al.** (2012), “Women and Hysteria in the History of Mental Health”, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8: 110-119.
- Von Wright, G. H.** (1979), *Explicación y comprensión* (Madrid: Alianza).

Recibido: 09-2015; aceptado: 12-2015

---

<sup>9</sup> Este trabajo fue presentado en el II Simposio de neuroética “Cuestiones éticas y sociales planteadas por el conocimiento del cerebro” CIF-Universidad Di Tella, Buenos Aires, 1 y 2 de diciembre de 2014. Agradezco los comentarios realizados por quienes estuvieron allí y a Eduardo Rivera López y Diego Lawler, que leyeron versiones previas del trabajo.