

# Dolor

Murat Aydede

Modo de citar:

Aydede, Murat. 2016. "Dolor". En *Diccionario Interdisciplinar Austral*, editado por Claudia E. Vanney, Ignacio Silva y Juan F. Franck. URL=<https://dia.austral.edu.ar/Dolor>

Versión española de [Pain](#), de la Stanford Encyclopedia of Philosophy.

Traducción: Pablo Brumovsky

*Publicado por primera vez Viernes 30 de Septiembre, 2005; revisión sustancial: viernes 29 de Mayo, 2009.*

El dolor es el miembro más prominente de una clase de sensaciones conocidas como sensaciones corporales, las cuales incluyen las picazones, los cosquilleos, los hormigueos, los orgasmos, y así sucesivamente. Las sensaciones corporales se atribuyen típicamente a localizaciones corporales y aparentan tener características tales como volumen, intensidad, duración, y así sucesivamente, las cuales son ordinariamente atribuidas a objetos físicos o cantidades. Sin embargo, estas sensaciones son frecuentemente pensadas como lógicamente privadas, subjetivas, omniscientes, y fuente de un conocimiento incorregible para aquellos que las poseen. Por lo tanto, parece haber razones para pensar que los dolores (así como otras sensaciones corporales similares) son objetos físicos o condiciones que percibimos en las partes de nuestro cuerpo, así como para pensar que no lo son. Esta paradoja es una de las razones principales por las cuales los filósofos se hallan especialmente interesados en el dolor. Una manera cada vez más popular, pero aun así controvertida, de lidiar con esta paradoja es la defensa de una visión perceptual o representacional del dolor, mediante la cual la sensación de dolor no es, en principio, diferente de otros procesos perceptuales como la visión, la audición, el tacto, etcétera. Sin embargo, hay muchos que piensan que el dolor no es pasible de tal tipo de tratamiento.

## 1 Concepción de sentido común del dolor [↑](#)

Existen dos líneas de pensamiento en la concepción de sentido común del dolor que tiran en direcciones opuestas. Podríamos llamar a esta tensión dualidad acto-objeto (o ambigüedad), inserta en nuestra concepción ordinaria del dolor.

### 1.1 Primera línea de pensamiento: dolor como algo en una parte del cuerpo [↑](#)

La primera línea de pensamiento trata a los dolores como datos espacialmente localizados en regiones corporales, o más en general, como condiciones particulares de partes del cuerpo dotadas de características espaciotemporales así como de características tales como volumen e intensidad (entre otras). Esta línea de pensamiento se manifiesta en maneras comunes de atribuir los dolores a localizaciones corporales, tales como las siguientes:

(1) Tengo un dolor agudo en el dorso de mi mano derecha (2) Hay un dolor palpitante en mi muslo izquierdo (3) Me duele el hombro derecho (4) Mi muela de juicio duele intensamente.

De acuerdo a esta línea de pensamiento, los dolores son como objetos físicos, o condiciones específicas de objetos físicos. Nosotros también utilizamos comúnmente los verbos "sentir" o "experimentar" para describir nuestra relación epistémica con los dolores atribuidos a partes del cuerpo:

(5) Siento un dolor agudo en el dorso de mi mano derecha. (6) Estoy experimentando dolor en la parte superior de mi muslo izquierdo, etc.

(5) sugiere que nos hallamos en un cierto tipo de relación perceptual respecto de un dato espaciotemporal. Sin un artículo indefinido, (6) sugiere que yo percibo alguna característica cuantificable o condición en mi muslo. Cuando sentimos dolores en localizaciones corporales, nuestra atención y nuestro cuidado se dirigen hacia esas localizaciones.

Menos frecuentemente, nosotros también hablamos del mismo dolor que regresa o con duración intermitente:

(7) Yo tengo el *mismo dolor* en mi rodilla tan pronto como comienzo a correr. (8) Mi dolor de cabeza *regresó* apenas empecé a tener la misma discusión.

Entonces, de acuerdo a esta línea de pensamiento, cuando nosotros sentimos dolor en partes de nuestro cuerpo, percibimos algo o alguna condición en tales partes, y cuando las reportamos con oraciones como (1) a (8), pareciera que hiciéramos reportes *perceptivos*. Estos reportes parecen estar a la par con reportes perceptivos mucho más directos tales como:

(9) Veo una mancha oscura en el dorso de mi mano derecha (10) Veo la manzana roja sobre la mesa (11) Oí una gran explosión (12) Percibo el dulce olor que viene desde el jardín de rosas (13) Siento la textura suave de la superficie, etc.

Compárese, por ejemplo, (5) y (9): parecen tener la misma gramática de superficie que exige una lectura perceptiva similar de acuerdo a la cual yo me encuentro ante alguna clase de relación perceptiva respecto de algo.

Así, en nuestra concepción ordinaria, esta línea de pensamiento favorece la comprensión de los dolores como si los mismos fueran los *objetos* de nuestras percepciones. Cuando esto es combinado con nuestra práctica habitual de tratar los dolores como si tuvieran propiedades espacio-temporales junto con otras características similares típicamente atribuidas a objetos físicos o cantidades, entonces esto nos orienta hacia una comprensión de los dolores de acuerdo a la cual los dolores podrían posiblemente ser identificados con características físicas o condiciones de partes de nuestros cuerpo, probablemente con algún tipo de daño físico o trauma tisular. De hecho, cuando observamos las maneras en las que hablamos acerca del dolor, parecemos atribuirle algo malo a la locación corporal mediante el reporte somatosensorial en tal localización, del mismo modo en que reportamos la existencia de una manzana podrida sobre la mesa mediante la percepción visual.

Sin embargo, el mismo sentido común, aunque orienta en esa dirección, se resiste a la *identificación del dolor* con cualquier *característica física* o condición instanciada en el cuerpo. Así, parece también resistir la identificación del *sentir dolor* en una región corporal con *percibir* algo físico en esas regiones.

Un experimento mental rápido debería confirmar esto. Supongamos que nosotros de hecho atribuimos una condición *física*, llamémosla *CF*, cuando atribuimos el dolor a partes del cuerpo, y que *CF* es el objeto perceptual de tales experiencias. Entonces, por ejemplo, la experiencia dolorosa de John (llamémosla *E*) es causada por y representa una condición física en su muslo derecho y nuestro concepto ordinario del dolor aplica en primera instancia a esta condición en su muslo.

De esto se desprende que

(a) John no tendría ningún dolor si él tuviera *E*, pero no *CF* en su muslo (como es el caso, por ejemplo, de los dolores del miembro fantasma o los dolores crónicos generados de manera central, como en el caso de la ciática),

Y, por el contrario,

(b) John tendría dolor si él tuviera *CF*, pero no *E*

(como sería el caso, por ejemplo, si él hubiera tomado analgésicos efectivos o su muslo hubiera sido anestesiado).

Pero estas declaraciones son intuitivamente incorrectas. Las mismas parecen chocar con nuestro concepto ordinario o

dominante acerca del dolor, el cual parece basarse en la experiencia más que en la condición física. Esta resistencia a identificar los dolores con condiciones físicas localizables proviene de la segunda línea de pensamiento hallada en exactamente la misma concepción de sentido común del dolor.

## 1.2 Segunda línea de pensamiento: el dolor como experiencia subjetiva [↑](#)

Que el dolor es una experiencia subjetiva parece ser un axioma. Dada nuestra comprensión de sentido común del dolor, esta parece ser la línea de pensamiento dominante: en lugar de tratar a los dolores como objetos de experiencia perceptiva, los tratamos como experiencias en sí misma. De hecho, es esta la línea de pensamiento que la definición científica oficial sobre “dolor” toma y enfatiza, la cual ha sido formulada por primera vez en 1980 por un comité organizado por la International Association for the Study of Pain (IASP), y que ha sido, desde entonces, ampliamente aceptada por la comunidad científica: [1](#)

**Dolor:** Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño.

*Nota:* El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende el uso de la palabra a través de experiencias relacionadas con lesiones en etapas tempranas de la vida... Experiencias que asemejan el dolor, como por ejemplo el hormigueo, pero que no son desagradables, no debieran ser llamadas dolor. Una experiencia anormal desagradable (disestesia) puede también ser dolor pero no lo es necesariamente ya que, subjetivamente, puede que no tenga las cualidades sensoriales habituales del dolor. Muchas personas reportan dolor en ausencia de daño tisular o cualquier otra causa patológica probable; normalmente esto pasa por razones psicológicas. No hay manera de distinguir la experiencia de estas personas de aquella causada por daño tisular si tomamos en cuenta el reporte subjetivo. Si ellos refieren su experiencia como dolor y si ellos la reportan de la misma manera como lo hacen con el dolor causado por daño tisular, debiera ser aceptado como dolor. Esta definición evita atar el dolor al estímulo. La actividad inducida por un estímulo nocivo en el nociceptor y las vías nociceptivas no es dolor, el cual es siempre un estado psicológico, inclusive cuando podemos apreciar muy bien que el dolor tiene muy frecuentemente una causa física próxima (IASP 1986, 250; cfr. IASP-Task-Force-On-Taxonomy, 1994).

Al igual que otras experiencias como episodios conscientes, los dolores son interpretados como privados, subjetivos, omniscientes, y fuente de conocimiento incorregible. Estos elementos pueden ciertamente ser hallados en la caracterización de IASP, la cual agrega que las experiencias dolorosas son desagradables. De hecho, mediante la enfatización de que el dolor es siempre un “estado psicológico” la nota advierte sobre la concepción del dolor sugerida en la primera línea de pensamiento descrita más arriba.

Curiosamente, sin embargo, cuando hablamos acerca de los dolores como experiencias, nosotros también hablamos, al mismo tiempo, acerca de *sentirlos* como si estas experiencias fueran también el objeto de algún tipo de percepción interior, lo cual sugiere introspección. De hecho, la discusión sobre privacidad, subjetividad, omnisciencia e incorregibilidad nos fuerza naturalmente a hablar de esta manera.

Se dice que los dolores son *privados* respecto de sus dueños en el sentido concluyente de que nadie más puede acceder epistémicamente a los dolores en general, de la misma manera en que uno accede al dolor propio, es decir sintiéndolo y concientizándose sobre esa base que uno lo está sintiendo. Esto contrasta claramente con la naturaleza pública de objetos de percepción estándar, es decir, la percepción del ambiente extra-mental de cada uno, incluyendo el propio cuerpo. Llamemos a esto *exterocepción*, para contrastarlo con la *introspección*, la cual es el acceso a la propia actividad intramental. Entonces, por ejemplo, la misma manzana que yo veo sobre la mesa puede ser vista por otros, posiblemente, en la misma manera en que yo la veo; por lo tanto, en este sentido, no se considera un acto privado.

Los dolores también parecen ser *subjetivos* en el sentido que su existencia depende de que sean experimentados. Existe un aire de paradoja cuando se habla acerca de dolores no sentidos. Uno se siente naturalmente tentado de decir que si el dolor no es sentido por su dueño, entonces no existe. Una vez más, compárese la subjetividad de los dolores con la “objetividad” de los objetos de exterocepción estándar. La manzana que yo veo no depende de mi

percepción de la misma para existir: (con el permiso de Berkeley y los fenomenalistas) su existencia es independiente de si yo, o de hecho cualquier otro individuo, la está viendo.

Las personas no sólo parecen tener un acceso epistémico especial a sus dolores, sino que también parecen tener una *autoridad* epistémica sumamente especial respecto de su dolor: parecen ser *incorregibles*, o inclusive infalibles, acerca de sus dolores y sus reportes del dolor: necesariamente, si yo creo que tengo dolor, entonces, tengo dolor. Por el contrario, si yo siento dolor, entonces yo sé que tengo dolor. Nuevamente, esta condición parece ser necesariamente verdadera. Este es el aspecto *omnisciente* de las experiencias dolorosas.

En síntesis, parece no existir espacio para una posible brecha entre la apariencia del dolor y el tener dolor (es decir, no puede aplicarse una distinción apariencia/realidad al dolor). Como lo expuso Kripke en su famosa cita:

“El estar en la misma situación epistémica que se lograría si uno tuviera dolor, es tener dolor; estar en la misma situación epistémica que se lograría en ausencia del dolor es no tener dolor... El dolor... no se identifica según una de sus propiedades accidentales; más bien, se identifica por su cualidad fenomenológica inmediata... Si cualquier fenómeno es identificado exactamente en la misma manera que nosotros identificamos el dolor, entonces el fenómeno *se considera* dolor. (Kripke 1980, 152-53)

Si no existe una distinción apariencia/realidad aplicable al dolor, entonces parece que uno no puede estar equivocado respecto de nuestra creencia sobre nuestro propio dolor formada sobre la base de experimentar el dolor en la misma manera en que uno puede estar equivocado acerca de la existencia y propiedades de la manzana que se está observando. En el último caso, las apariencias pueden ser engañosas precisamente porque la apariencia perceptual de una manzana puede no corresponderse con cómo la manzana luce realmente. En un aparente contraste con el dolor, la exterocepción normal siempre involucra la posibilidad de la percepción errónea, y por ende la categorización errónea (es decir, la aplicación equivocada de conceptos a los objetos de la exterocepción).

### 1.3 La tensión entre las dos líneas [↑](#)

Ahora que las dos líneas de pensamiento en nuestra concepción tradicional del dolor están completamente expuestas, podemos apreciar con mayor claridad por qué estas líneas se encuentran en tensión. Las experiencias se localizan en la cabeza, si es que se ubican en algún lugar. De hecho, para la mayoría de los fisicalistas, estas experiencias se localizan en la cabeza al materializarse en el cerebro o en el sistema nervioso central. Entonces, nosotros no podemos localizar los dolores *qua* experiencias (o *qua* sensaciones) en partes corporales, cuando nosotros podemos formular oraciones como las de (1) a (6) – sin contar, tal vez, los dolores de cabeza. Pero entonces, ¿qué estamos localizando cuando parece que estamos atribuyendo dolores a partes corporales? Recordemos que, pese a que la primera línea de pensamiento en nuestra concepción razonable de dolor considera a los dolores como datos localizables espacio-temporalmente o como problemas particulares de nuestras partes corporales, no identifica los dolores con los mismos tan solo ejerce presión para la aceptación de dicha identificación ya que considera que a la luz del hecho parecería no existir ninguna otra alternativa aceptable (pero véase más adelante). Ya hemos realizado un pequeño experimento mental en la Sección 1.1 para ejemplificar el caso. La comparación entre las dos oraciones siguientes nos ayudará a entender mejor esta tensión:

(5) Siento un dolor agudo en el dorso de mi mano derecha. (9) Veo una coloración oscura en el dorso de mi mano derecha.

Queda suficientemente claro que para que (9) sea verdadero, me debo posicionar en la relación de ver (percibir) una coloración oscura en el dorso de mi mano derecha, por ejemplo, en relación a una cierta región del dorso de mi mano marcada por una coloración más oscura que la coloración usual de mi piel, una cierta región que puede ser vista por otros probablemente de la misma manera en que yo la estoy viendo. Notemos que si yo estoy alucinando una coloración oscura en el dorso de mi mano, entonces (9) es sencillamente falso. Notemos también que aunque la verdad sobre (9) no requiere poseer ningún concepto expresado por las palabras que componen la oración, enunciar (9) para *hacer tal reporte* normalmente sí lo requiere– si nosotros consideramos tal tipo de expresiones como expresiones de nuestros pensamientos y consideramos los pensamientos como compuestos por conceptos. En tal

caso, mi visión normalmente me induciría a identificar conceptualmente algo en el dorso de mi mano como una coloración oscura. Este es un caso típico de categorización de algo extramental bajo un concepto inducido por una experiencia exteroceptiva. Por supuesto, el enunciar la oración (9) significa mucho más que atribuir una propiedad física a una región del cuerpo, también reporta que la estoy viendo.

¿Qué condiciones deben darse para que (5) sea verdad? Cualquiera sea el análisis completo de oraciones como (5), una cosa parece ser razonablemente clara: las condiciones de verdad de (5) no implican ningún tipo de restricciones sobre cómo se encuentran los aspectos *físicos* de mi mano. Cualquier persona que tenga el conocimiento suficiente respecto de nuestro concepto tradicional de dolor no tiene dificultad en comprender que (5) podría seguir siendo verdad aunque no hubiera nada físicamente mal en nuestra mano, lo cual es el caso típico en síndromes de dolor crónico de causa central.<sup>2</sup>

Entonces, nosotros utilizamos de manera estándar oraciones como la (5) para realizar comentarios sobre el dolor percibido en una localización corporal inclusive cuando no hay nada malo en esa localización. En otras palabras, cuando decimos en dónde nos duele (atribuimos el dolor a localizaciones corporales), en sentido estricto lo que realmente hacemos es evitar comprometernos lógicamente con la idea de que exista algo malo en esas localizaciones a pesar de que normalmente nosotros esperamos que exista algún desorden físico en ellas. Comparemos esto con la formulación de (9) sobre la base de tener una alucinación visual muy vívida de mi coloración en el dorso de mi mano. En tal caso, lo que yo digo es incorrecto, porque al enunciar (9) me comprometo a encontrar algún tipo de condición física (es decir, una coloración oscura) en el dorso de mi mano. Cuando, y sólo si me doy cuenta de que he alucinado, entonces me corrijo y revierto a un modo introspectivo manifestando ideas tales como “Creí ver un cambio de coloración en el dorso de mi mano” o “Me pareció que había una coloración”, etc. Nada de esto sucede cuando nos damos cuenta o nos dicen que no hay nada físicamente mal en nuestra mano: Yo todavía continúo, correctamente, reportando el dolor que percibo allí formulando la misma oración, (5), o sus equivalentes. No necesito realizar ninguna corrección a mi reporte del dolor. Esto muestra que a pesar de la presión ejercida por la primera línea de pensamiento, es la segunda línea de pensamiento la que parece capturar el concepto dominante de sentido común sobre el dolor – como de hecho lo indica la definición de IASP mencionada con anterioridad.

Aun así, el dilema permanece: ¿qué es lo que estoy haciendo cuando parece que atribuyo algo al dorso de mi mano cuando enuncio correctamente (5) – si, como ya hemos aceptado, no le estoy atribuyendo una experiencia mental o una condición física a tal sitio? No queda claro si existe una respuesta sensata a esta pregunta. Del mismo modo en que la definición científica no afecta nuestra práctica común de localizar correctamente los dolores en partes sanas de nuestro cuerpo, el sentido común se quedaría en blanco si el problema fuera articulado más explícitamente y la pregunta fuera formulada de manera contundente.

O quizás no. De manera intuitiva y algo ingenua, lo que el sentido común nos llevaría a decir, bajo presión, *podría* ser algo similar a lo siguiente.<sup>3</sup> Por supuesto, al formular (5) yo no le estoy atribuyendo ningún tipo de cosa física o problema al dorso de mi mano, ni tampoco estoy localizando una experiencia mental allí – las experiencias y las sensaciones están, estrictamente hablando, en la cabeza, si es que están en alguna parte. Pero, cuando presto atención a mi mano con, digamos, mi ojo mental interior, siento claramente algo *allí*. Puedo examinar introspectivamente cualidades diferentes de esa cosa como ser su agudeza, volumen, intensidad, ardor, condición desagradable, etc. Puedo seguir sus cambios en tiempo real: ahora es un poco menos intenso y desagradable, ahora lo es más; ahora se vuelve más sordo, hace un momento era más nítido y brillante; parece moverse hacia mis dedos, etc. Claramente, parece que me enfrento o que estoy familiarizado con algo que puedo examinar cuidadosa e introspectivamente en tiempo real, y reportar sus varias cualidades. Es esta cosa, el objeto de mi atención interior, la cual está localizada en el dorso de mi mano, la cual parece ser esencialmente privada, subjetiva, y acerca de la cual no puedo estar equivocado.

Si esto es lo que uno quisiera decir intuitiva e ingenuamente, uno debería estar preparado para asumir sus extrañas consecuencias: este objeto de mi atención interior se halla localizado tanto en el espacio público como lógicamente en el privado, es decir, sólo yo puedo tener acceso epistémico al mismo a pesar de estar localizado espaciotemporalmente. También, la existencia de este objeto parece depender literalmente de mi acceso epistémico al mismo: parece dejar de existir cuando ceso de *sentirlo* (percibirlo). Por añadidura, si es el objeto *de* mi atención (separado de mi atención), ¿cómo podría ser que no puedo estar equivocado acerca del mismo? Y lo más importante,

si este objeto no es físico, ¿qué tipo de objeto podría ser? ¿Un fantasma mental determinado al que yo puedo atender introspectivamente el cual, sin embargo, se halla localizado espaciotemporalmente más allá de mi cabeza?

La dualidad acto-objeto inserta en nuestro concepto tradicional de dolor produce resultados extraños cuando se la sigue intuitiva e ingenuamente hasta su fin lógico. Pero quizás esta dualidad es un síntoma inequívoco de una verdad más profunda que subyace a toda percepción e introspección. Quizás el dolor es simplemente el ejemplo más paradigmático de un amplio rango de experiencias perceptuales donde este iceberg profundo subyacente muestra su punta de manera más prominente y reveladora – aunque confusamente. De hecho, este es precisamente el caso, de acuerdo a las llamadas teorías de los datos sensoriales, o más ampliamente, realismo indirecto.

## 2 Teorías de los datos sensoriales [↑](#)

### 2.1 Introducción [↑](#)

La percepción estándar (extrospección) puede analizarse como la percepción (acto) de un objeto público. El acto perceptual en el sujeto que percibe, asimismo, se analiza como una experiencia que induce típicamente a la categorización conceptual, por ejemplo, la aplicación de conceptos al objeto de percepción y sus cualidades – no a la experiencia. Así, las experiencias perceptuales parecen ser transparentes para quien percibe, de quien puede decirse que percibe la realidad extramental directamente, sin percibir primero o de alguna manera ser consciente de la experiencia en sí misma o sus cualidades. Esta visión es avalada por el sentido común y habitualmente se la denomina *ingenua* o *realismo directo*.

De acuerdo a los realistas *indirectos*, esta franqueza es una ilusión; nosotros somos de hecho conscientes de intermediarios experienciales, y percibimos el mundo extra-mental indirectamente, en virtud de ser directamente conscientes de estos intermediarios. La mayoría de los primeros realistas indirectos (por ejemplo, Moore 1903, 1939; Russell 1912; Price 1950) consideraban estos intermediarios datos fenomenológicos o mentales, habitualmente llamados datos de los sentidos. Considérese la alucinación de una manzana roja. Intuitivamente, la persona que tiene la alucinación cree ver algo. Este algo no es, por supuesto, una manzana. Pero es un objeto, de acuerdo a los teóricos sensoriales, el cual tiene la forma de una manzana y es realmente roja. Es un dato sensorial, un individuo fenomenológico (mental) que realmente posee esas cualidades que parece tener visualmente. Sin embargo, los datos sensoriales no son objetos comunes: son privados, subjetivos, omniscientes, y la fuente de conocimiento incorregible. De acuerdo a los teóricos sensoriales, los datos sensoriales son inherentes a nuestra consciencia: no existen antes de los propios órganos de los sentidos. Estas teorías sostienen que existe una estructura acto-objeto oculta en la propia consciencia perceptual. Cada consciencia perceptual involucra el acto de ser consciente de los objetos fenoménicos que caracterizan esta consciencia perceptual, sea esta consciencia o no una alucinación o una percepción real de objetos externos.

Entonces, en las teorías de datos de los sentidos, uno percibe indirectamente objetos externos y sus cualidades al percibir directamente (al estar consciente de o familiarizado con) los datos sensoriales internos respecto de la propia consciencia y que se asemejan en diversos grados a los objetos físicos que los causan. De acuerdo a los teóricos sensoriales, sin embargo, nosotros raramente, si alguna vez, somos conscientes de esta indirección en la exterocepción (verídica) habitual. Sólo la reflexión filosófica crítica acerca de las características de la consciencia perceptual revela que la indirección debe manifestarse. La importancia del dolor y otras sensaciones corporales (intransitivas) reside en el hecho que la indirección parece revelarse introspectivamente con facilidad como lo demuestra nuestra propia renuencia a identificar el dolor que atribuimos a partes del cuerpo con cualquier cosa física en esas partes.

Cualquiera sea el mérito que las teorías sensoriales puedan tener respecto de la percepción genuina (exterocepción) y la percepción errónea, su atractivo parece ser innegable en lo que respecta a su tratamiento de los dolores y otras sensaciones corporales “intransitivas” como las picazones, los cosquilleos, los hormigueos, etc. <sup>4</sup> De acuerdo a muchos teóricos sensoriales, los dolores son ejemplos paradigmáticos de fenómenos individuales, objetos mentales con cualidades fenoménicas cuya existencia depende del hecho de ser percibidas o sentidas, y así son lógicamente

privadas respecto de quienes las sienten. Esta posición presumiblemente explica por qué tenemos la dualidad o ambigüedad acto-objeto en la conversación sobre el dolor que ya hemos discutido con anterioridad: los dolores *qua* objetos localizables no pueden existir sin los actos correspondientes, es decir, sin los actos de alguien que los experimenta (Broad 1959).<sup>5</sup> En otras palabras, el concepto del dolor aplica plausiblemente tanto a la parte *objeto* del par acto-objeto y al *acto* de ser directamente consciente de estos objetos.

El rompecabezas de localizar los dolores en partes corporales puede abordarse en más de una forma dentro de este contexto. La forma más directa es simplemente tomar el fenómeno de acuerdo a su valor aparente y sostener que los dolores son objetos mentales o que los datos sensoriales se localizan, literalmente, en las partes corporales en dónde parece estar localizado el dolor, o inclusive en espacios vacíos en dónde hubiera estado una pierna o un brazo, por ejemplo, antes de una amputación. Que los dolores son datos mentales y dependen para su existencia de ser percibidos aparentemente no impide lógicamente su capacidad de tener, literalmente, una localización espacial (ver Jackson 1976, 1977 para esta oración).<sup>6</sup>

Una segunda y más popular manera de tratar el problema de la localización es decir que aunque los dolores no pueden literalmente localizarse en el espacio *físico*, los mismos pueden tener una localización o campo fenomenológico, el cual es en cierta manera isomórfico o está sistemáticamente relacionado con sus contrapartes (por ejemplo, el daño tisular) en el espacio físico. De hecho, esta manera también funcionaría para los datos sensoriales visuales que requiere algún tipo de marco espaciotemporal. En el caso de las sensaciones corporales, este espacio fenoménico en ocasiones se lo denomina el propio campo somático por analogía con el campo visual el cual se mapea sobre un espacio físico (Price 1950).<sup>7</sup>

## 2.2 Los problemas para las teorías de los datos de los sentidos [↑](#)

El punto más sólido de las teorías de los datos de los sentidos es que las mismas se ajustan a las peculiaridades de las experiencias de dolor así como a otras sensaciones corporales intransitivas que hemos discutido con anterioridad. De hecho, estas teorías parecen adoptar un concepto un tanto ingenuo, quizás algo confuso pero intuitivo de dolor enclavado en el sentido común, para transformarlo en una sólida teoría filosófica que se basa en una plataforma general e independiente que ejemplifica lo que implica la percepción. En otras palabras, estas teorías parecen vindicar la dualidad acto-objeto inserta en la concepción sensata de dolor.

Existe una ironía en esto. La ironía radica en que las teorías de los datos de los sentidos hallan su estado más natural en las sensaciones corporales como el dolor las cuales han sido tradicional e históricamente *contrastadas* con experiencias exteroceptuales estándar en lugar de ser *co-clasificadas* con ellas (para muchos, sentir el dolor no es, de ninguna manera, un asunto perceptual). Esto es irónico por dos razones. Primero, los principales defensores de las teorías de los datos de los sentidos introdujeron estas teorías principalmente como teorías de exterocepción, esto es, la percepción de realidades físicas externas. Segundo, cuando son aplicadas a la exterocepción estándar, las teorías de los datos de los sentidos no parecen apoyar de ninguna manera el realismo perceptual directo (ingenuo) del sentido común. De hecho, si nos basamos en el sentido común, cuando yo veo una manzana roja sobre la mesa, estoy viendo directamente la manzana (al menos esa superficie que tengo ante mi vista) y sus cualidades como por ejemplo su coloración roja. En síntesis, aunque las teorías de datos sensoriales, propuestas como teorías de percepción (exterocepción) no convencen demasiado, las mismas parecen ser más convincentes cuando son aplicadas a sensaciones corporales intransitivas como ser los dolores que usualmente *no* se los considera perceptuales.

A pesar del choque con el sentido común, varios filósofos han fomentado sólidos argumentos acerca de lo que la percepción implica en general en las teorías de datos de los sentidos (Moore 1903, 1939; Russell 1912; Price 1950; Broad 1959; Jackson 1977, entre otros). También hay sólidos argumentos en contra de las teorías de los datos de los sentidos. Ambos tipos tienden a ser argumentos generales no directamente relacionados con el dolor, por lo cual no los trataremos aquí (pero refiérase a la sección sobre datos sensoriales). Cualquiera sea el destino de las teorías de los datos de los sentidos como teorías generales sobre exterocepción, su atractivo como modelo para la comprensión de los dolores y otras sensaciones corporales intransitivas es muy fuerte. De hecho, como se indicó anteriormente, la introspección parece ser el modo adecuado de acceso al dolor. Entonces, incluso si los argumentos en contra de los

datos sensoriales se consideran convincentes y se rechaza el realismo indirecto de este tipo para la exterocepción estándar, aún queda espacio para adoptar una teoría sensorial para sensaciones corporales intransitivas, y para el dolor en particular.

Sin embargo, es posible argumentar que la fortaleza más importante de las teorías de los datos de los sentidos sobre el dolor es también una de sus mayores debilidades, ya que su función parece simplemente codificar las peculiaridades conceptuales del dolor en una teoría, más que para ofrecer una explicación. Una vez informados acerca de cómo las teorías de los datos de los sentidos tratan al dolor y a otras sensaciones corporales, nuestra comprensión de estas sensaciones no parece haberse profundizado o mejorado significativamente. Cualesquiera hayan sido las incógnitas que tuvimos al comienzo cuando sólo contábamos con la concepción del dolor basada en el sentido común, estas parecen haberse transformado en incógnitas acerca de lo que las teorías en sí mismas dicen o implican.

Por ejemplo, la pregunta acerca de qué es lo que creemos atribuir a nuestras partes corporales o localizar en ellas cuando afirmamos que padecemos dolores en esas partes se responde, según una de las versiones de la teoría, afirmando que literalmente localizamos objetos mentales con cualidades fenoménicas en esas partes. Pero los dolores, inclusive desde la óptica de las teorías de los datos de los sentidos, son objetos mente-dependientes, y muchos autores han tomado esto para implicar que los dolores son *internos* a nuestra conciencia o experiencia, y que son, en parte por esto, epistémicamente transparentes para los poseedores de los mismos (Perkins 1983, 2006).<sup>8</sup> Si los dolores se localizaran literalmente en el espacio físico, ¿no significaría esto que nuestra mente se extiende o superpone espacialmente con nuestro cuerpo? Alternativamente, ¿no debería ser posible para otros, al menos en principio, el “encontrarse” con estos dolores, es decir, acceder e interactuar con ellos físicamente? Una cosa es sostener que no existe inconsistencia lógica acerca de la presencia literal de los dolores en el espacio físico, pero otra muy diferente es considerar esta postura posible. Esto último exige proveer los argumentos positivos que demuestren por qué nuestras percepciones sobre esto podrían conducirnos por el camino equivocado.

En la otra versión de la teoría, nos dicen que aunque parecemos localizar algo en el espacio público, las apariencias engañan, y lo que hacemos es localizar objetos mentales privados en un espacio fenoménico privado. Entonces, los dolores no están, después de todo, localizados en partes corporales, como se entiende comúnmente. Pero no queda claro cómo estos dos espacios se supone que se relacionan o interactúan entre sí. El espacio fenoménico no es un espacio físico, ni tampoco es una subregión del mismo. Así, la pregunta acerca de cómo ellos pueden interactuar *causalmente* se convierte en un problema por dos razones. Primero, existe la preocupación estándar acerca de cómo un evento físico puede influenciar o ser influenciado por un evento no-físico en un espacio no-físico. Segundo, estos dos espacios necesitan ser sistemáticamente correlacionados entre sí, pero no queda claro si puede aportarse una función mapeada de principios para tal correlación, especialmente en ausencia de causación. De todos modos, estos constituyen grandes desafíos para los defensores de esta visión.

Además de sus extrañas consecuencias, las teorías del dato sensorial parecen impulsar a sus defensores hacia el anti-fisicalismo. Un naturalista que trata de entender el fenómeno del dolor en el marco fisicalista apenas podría admitir la existencia de objetos fenoménicos (Lycan 1987a, 1987b). Si existen los datos sensoriales, el fisicalismo parecería ser simplemente falso. Un fisicalista no puede admitir objetos reales, los cuales son, literalmente hablando, coloreados, con forma, con movimiento y así sucesivamente, de los cuales uno es directamente consciente, pero que no son idénticos a los objetos extra-mentales de la percepción. Con este enfoque, pareciera no haber datos sensoriales en el mundo físico.

### 3 Teorías perceptuales [↑](#)

Debido a que las teorías de los datos de los sentidos son más plausibles cuando se aplican a sensaciones corporales intransitivas, muchos filósofos, quienes creen que se puede dar una explicación naturalista de la percepción ordinaria sin introducir los datos sensoriales, han intentado comprender los dolores y otras sensaciones corporales como tipos de percepción ordinaria (exterocepción). Las llamadas teorías perceptuales del dolor han sido promovidas y defendidas con la esperanza de que los dolores y otras sensaciones corporales, contrariamente a la primera impresión, son especies de recolección de información las cuales operan bajo los mismos principios que gobiernan



otras modalidades sensoriales para las cuales se puede ofrecer una explicación directa realista exitosa.

### 3.1 Introducción [↑](#)

El compromiso primordial de cualquier visión perceptual del dolor, expresado de la manera más amplia posible, es que normalmente, mientras se tiene o siente dolor, uno está percibiendo algo *extramental*. En otras palabras, sentir dolor normalmente *involucra* la percepción de algo en el mismo modo en que uno percibe la manzana roja cuando la ve bajo buenas condiciones de iluminación. Involucra exterocepción. A veces, en lenguaje cotidiano, el término 'percepción' se utiliza conjuntamente con 'dolor' como la 'percepción del dolor' indicando consciencia del dolor, o simplemente la sensación/experiencia del dolor. Este es un uso *introspectivo* del término 'percepción' y debería ser claramente diferenciado de lo que los teóricos perceptuales refieren cuando proclaman que el sentir dolor involucra percibir algo. Ellos tienen la exterocepción en mente, y nosotros usaremos el término siempre en este sentido.

De acuerdo a los teóricos perceptuales, cuando uno siente, por ejemplo, un dolor agudo en el dorso de la mano, uno percibe alguna característica física o condición de su propia mano. La modalidad adecuada para esta percepción es la somatosensorial, similar a la modalidad sensorial del tacto o la propiocepción (la modalidad sensorial interna sobre el propio cuerpo que informa sobre la posición y el movimiento del propio cuerpo y las partes corporales). La mayoría de los teóricos perceptuales identifican esta característica con daño tisular o alguna condición del tejido que probablemente resultaría en daño si la condición se mantuviera. De un modo más abstracto, refiere a algún tipo de desorden físico debido a algún trauma tisular, irritación, inflamación, o alguna condición patológica similar, o a una condición similar al mismo. También es posible identificar el objeto de la percepción en el dolor con la activación de nociceptores que inervan el tejido dañado o irritado. (Los nociceptores son terminaciones nerviosas periféricas especializadas que responden, normalmente, sólo a estímulos potencialmente dañinos, por ejemplo, a estímulos nociceptivos). Utilicemos 'daño tisular' como un sustituto para cualquier condición física desordenada del tejido corporal que se cree percibir al sentir dolor, según lo afirman los teóricos perceptuales. Normalmente, cuando hablamos acerca de la localización de un dolor, estamos refiriéndonos a la localización de este objeto perceptual, por ejemplo, la localización en dónde ocurre o está por ocurrir un daño tisular.

Las teorías perceptuales del dolor como alternativas de las teorías de los datos de los sentidos fueron explícitamente formuladas y filosóficamente desarrolladas en la década del 60. Los defensores más influyentes y prominentes fueron Armstrong (1962; 1968) y Pitcher (1970; 1971). Hubo otros, pero en términos de establecer el tono y la agenda filosófica para la discusión en las décadas subsiguientes, es justo decir que nadie ha superado su enorme influencia.<sup>9</sup> En ese momento, la visión dominante era que los dolores y otras sensaciones corporales intransitivas no eran para nada perceptuales: estas eran concebidas como sensaciones o experiencias (de la misma forma que sucedía en las teorías de los datos de los sentidos) causadas de manera confiable por lesiones o daño (real o potencial) al tejido corporal u órganos internos. Por ende, las mismas son señales útiles de advertencia, pero no tienen mucho en común con las maneras estándar de percibir el mundo extramental. En la actualidad, esta visión aún posee algunos defensores: aunque la concepción de los dolores como datos sensoriales ha sido descartada en gran parte, aquellos que no simpatizan con las teorías perceptuales aún mantienen lo que podría llamarse la "visión de sensación o qualia del dolor", de acuerdo a la cual el dolor no es un *objeto* fenoménico sino una *qualidad* fenoménica de nuestra experiencia, o de modo alternativo, es una experiencia subjetiva con cierto carácter qualia o cualitativo del cual uno es directamente consciente cuando se siente dolor. Con este cambio de objeto a cualidad en mente, la mayoría de lo dicho acerca de las teorías de los datos de los sentidos puede aplicarse, *mutatis mutandis*, a la visión qualia del dolor. (Conee 1984 defiende una visión qualia del dolor. Pero él remarca una distinción entre el tener dolor y el contenido cualitativo de este estado, los qualia. El declara que utilizamos el término 'dolor' para ambos casos, dependiendo del contexto).

### 3.2 El problema apariencia/realidad [↑](#)

La principal fuente de resistencia hacia la visión perceptual del dolor proviene de la concepción de sentido común del

dolor de acuerdo a la cual los dolores son sensaciones con privacidad esencial, omnisciente e incorregible. Estas características aparentemente esenciales de los dolores imponen dificultades para cualquier teoría perceptual. De hecho, ellas pueden utilizarse para sugerir argumentos anti-perceptuales cuya estructura general podría ser la siguiente. La percepción genuina siempre involucra la posibilidad de percepción errónea del objeto perceptual que no es esencialmente privado y subjetivo. En otras palabras, existe siempre una distinción de apariencia/realidad aplicable a los objetos de la percepción genuina la cual conduce a la posibilidad de que la apariencia perceptual de este objeto nos lleve a conclusiones erróneas sobre lo que el objeto es en realidad. La razón principal de esta afirmación es que estos objetos tienen una realidad más allá de sus apariencias. Por ende, son objetos públicos y capaces de existir por sí mismos sin la percepción de nadie más. Pero el sentir el dolor no tiene ninguna de estas características. Por ende, no puede ser una percepción genuina.

Entonces, ¿cómo hacen las teorías perceptuales para encarar esta objeción, la cual reside detrás de la resistencia intuitiva a tratar el dolor como una forma de percepción? Dado el compromiso fundamental de los puntos de vista perceptuales (es decir, que el sentir dolor involucra la percepción de algo extramental), uno podría pensar que los teóricos perceptuales identifican el dolor con daño tisular. De hecho, si uno toma este punto de vista, la objeción descrita con anterioridad parece estar definitivamente en contra del mismo. Pero son relativamente pocos los defensores que toman esta vía – entre ellos, los más notables son Newton (1989), Stephens y Graham (1987), y Hill (2004, 2006). La mayoría de los otros autores, que incluyen a Armstrong y Pitcher, se rindieron a la comprensión de sentido común e identificaron los dolores como experiencias de dolor o sensaciones, entendidos de una manera realista directa. Si los dolores son identificados con las experiencias, y no con sus causas (por ejemplo, daño tisular), entonces la objeción que se menciona con anterioridad parece desaparecer (pero ver más adelante).

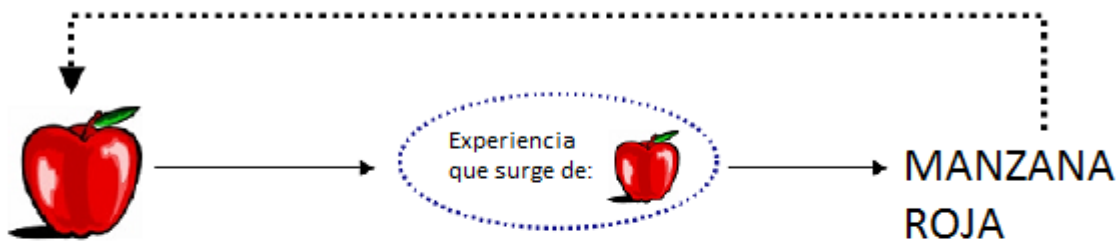
Es principalmente por esta razón que la mayoría de los teóricos perceptuales identifican la sensación de dolor con el tener una experiencia en primer lugar – así como lo hacen los investigadores de dolor (ver la definición de IASP mencionada con anterioridad) al seguir la segunda línea de pensamiento en nuestra concepción tradicional del dolor. Pero esta es la experiencia que media o se involucra en la *percepción* del daño tisular. En otras palabras, ellos aseguran que el concepto (dominante) del dolor es el concepto de la experiencia subjetiva, pero insisten en que tal experiencia es esencialmente perceptual: constituye nuestra percepción del daño tisular. Compárese la situación con la acción de ver. Al ver una manzana roja con buena iluminación, tengo una experiencia visual que es perceptual: constituye mi visión de la manzana roja. La diferencia radica no en el flujo de información, sino en la localización de nuestro interés espontáneo e identificación conceptual directamente inducida por la experiencia perceptual. Según la mayoría de los teóricos perceptuales, nosotros aplicamos el concepto de dolor, DOLOR, principalmente a la experiencia perceptual que estamos teniendo, no al objeto de la experiencia, por ejemplo, el daño tisular (a pesar de que, como se discutió con anterioridad, el sentido común también utiliza de manera confusa la misma palabra ‘dolor’ para indicar en dónde podría estar ocurriendo el daño tisular de modo tal de aplicarle una localización corporal – más de esto en breve). En otras palabras, ‘dolor’ indica una experiencia subjetiva. En el campo de la visión, sin embargo, la localización de la identificación conceptual es diferente: normalmente, estamos interesados en el objeto de nuestra experiencia visual, por ejemplo, una manzana roja vista bajo buena iluminación e identificada como tal. Así, nosotros nos enfocamos tanto perceptual como conceptualmente en ella y en sus propiedades visibles como ser su coloración roja, su forma redondeada, etc., mediante la aplicación de nuestros conceptos, ROJO, REDONDO, MANZANA, sobre la base de nuestra experiencia visual. Por supuesto, en ocasiones también nos interesa y podemos enfocarnos en nuestras experiencias visuales, pero esto usualmente sucede cuando no estamos seguros de lo que estamos viendo.

(En lo que se explica a continuación, es útil indicar conceptos mediante palabras mayúsculas que los nombren. Así, por ejemplo, ‘ROJO’ indica el concepto de rojo, el cual a su vez expresa la propiedad de ser rojo. En otras palabras, ROJO expresa la propiedad de ser rojo, o para abreviar, su rojez. A pesar de que aquí yo asumo por conveniencia un marco representacionalista para los conceptos según el cual los mismos son representaciones mentales realizadas en el cerebro – el cual es la manera preferida por los psicólogos, nada de gran importancia depende de esto: el lector puede sustituir con su propia interpretación preferida cómo deben ser entendidos los conceptos. Por ejemplo, los conceptos pueden ser meramente ciertos tipos de capacidades mentales o conductuales caracterizadas de manera funcional o disposicional).

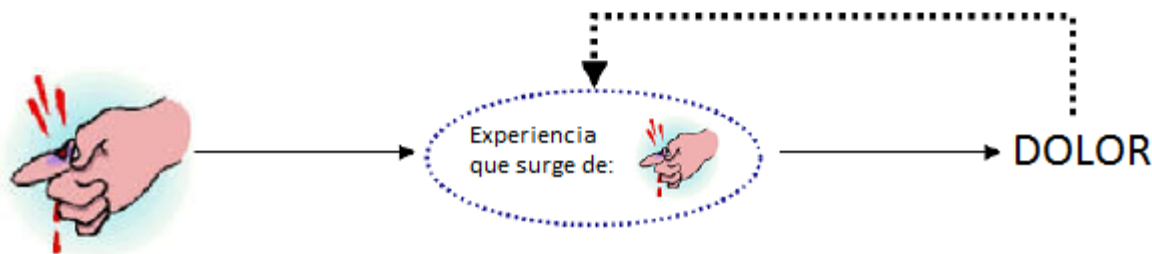
Existe, pues, una asimetría en nuestra reacción espontánea a los estímulos durante el ver y el sentir dolor; es decir, nuestro interés y enfoque espontáneos resultantes de las experiencias perceptuales es diferente en cada caso.

Podemos representar esta asimetría con un esquema (**Figura 1**).

### Percepción en situaciones normales (por ejemplo, visión):



### Sensaciones corporales intransitivas (por ejemplo, dolor):



**Figura 1:** Existe asimetría en la aplicación del concepto inclusive cuando se asume que la estructura del flujo de la información es simétrica en los casos de contraste.

Por consiguiente, la incorregibilidad mencionada con anterioridad se reduce a la propia incorregibilidad acerca de nuestras propias experiencias. En la medida en que somos incorregibles en discriminar e identificar conceptualmente nuestras propias experiencias, en tal medida no podemos equivocarnos acerca de nuestros propios dolores. De allí que la localización de la aplicación del concepto son las experiencias de dolor, aunque nos parezca que estamos aplicando el concepto del dolor a localizaciones corporales (ver más adelante). Por ende, en un (cierto) sentido, las alucinaciones o ilusiones son posibles, no respecto de la sensación/experiencia del dolor, sino respecto de si estas experiencias representan correctamente algún daño tisular, esto es, el objeto de percepción durante la sensación de dolor.

La privacidad y subjetividad de los dolores se explican de manera similar. Si los dolores son experiencias, las mismas no pueden existir sin ser parte del estado de la mente de alguien. En otras palabras, ellos existen en la medida en que uno los posee: son estados o eventos mentales, de allí que son esencialmente mente-dependientes. La privacidad de los dolores una vez más se reduce a la privacidad de las experiencias. Es posible que haya problemas filosóficos acerca de cómo la privacidad, la subjetividad y la incorregibilidad son posibles en un mundo completamente físico, pero si tal problema existe, en general son problemas relacionados con el tener experiencias perceptuales de cualquier tipo, no necesariamente pertenecientes a los dolores y otras sensaciones corporales intransitivas.

### 3.3 El problema de la localización del dolor [↑](#)

La identificación perceptualista de los dolores con las experiencias aún no se ha resuelto: el teórico perceptual tiene que explicar la práctica común de atribuir dolores a localizaciones corporales. Porque si los dolores son experiencias perceptuales, no pueden ser inteligiblemente (por no decir correctamente) localizados en partes corporales (excepto, quizás, en la cabeza).

El tratamiento perceptualista más común de este problema admite que no existe una manera de analizar oraciones que atribuyen dolor a partes del cuerpo, tales como (1) - (6), las cuales harían absoluta justicia a todos los aspectos de nuestra concepción razonable de dolor. Sin embargo, el resultado, como así se afirma, se acerca mucho. De acuerdo a la propuesta básica, cuando yo formulo una oración como

(5) Siento un dolor agudo en el dorso de mi mano derecha

atribuyo principalmente un cierto tipo de experiencia la cual tiene un contenido intencional (Armstrong 1962; 1968, 314-316; y Pitcher 1970, 383-385; 1971 - ver también Dretske 1999, 2006; Tye 1997, 2006a). Decir que una experiencia tiene contenido intencional es decir que representa una situación particular o un estado de las cosas (el cual puede ser bastante complejo). Entonces, por ejemplo, cuando yo veo una manzana roja sobre la mesa, estoy teniendo una experiencia visual la cual representa, entre otras cosas, una manzana roja sobre la mesa. Algunos perceptualistas podrían describir el contenido intencional o representacional apropiado de las experiencias en términos menos objetuales al no mencionar lo que se está representando en términos de objetos comunes como manzanas rojas o mesas. Para estos teóricos, es más apropiado caracterizar el contenido representacional de las experiencias perceptuales en términos de las maneras en las cuales las cualidades sensibles de esos objetos se representan o distribuyen en nuestro campo perceptual. Las experiencias detectan o están alineadas con estas cualidades. Por ejemplo, podría decirse que mi experiencia visual relaciona la representación de la coloración rojiza con la representación de cierta cualidad de forma (parecida a una manzana), etc. Pero ambas maneras de caracterizar este contenido tienen como fin el ser objetivas en el sentido que ellas representan realidades extramentales (al menos, parcialmente - todo depende de cómo uno concibe las llamadas cualidades secundarias). El tratar experiencias perceptuales como poseedoras de contenido intencional es apropiado y en línea con la motivación naturalista que existe detrás del desarrollo de conceptos perceptuales en general, porque esta es la manera en que sirven su función primaria de informar a sus poseedores acerca de su medio ambiente extramental, incluyendo su ambiente corporal.

Entonces, la propuesta es que, tal como con otras experiencias perceptuales, las experiencias del dolor también representan. Ellas representan un daño tisular similar al que ocurre en una cierta parte de nuestro propio cuerpo. La localización del dolor, entonces, es la localización del daño tisular como es representado por nuestra experiencia del dolor. La localización es una localización intencional. Entonces (5) debería analizarse como una experiencia auto-atribuida la cual representa un cierto tipo de daño tisular que ocurre en el dorso de mi mano. En otras palabras, a pesar de que la estructura superficial de oraciones como (5) sugiere que existe una atribución de dolor a una localización corporal (más estrictamente, que yo me encuentro en una relación de sensación respecto del dolor el cual está localizado en una parte de mi cuerpo), el análisis propuesto dice que esto *no* es lo que está ocurriendo. Lo que yo hago cuando expreso (5) es una atribución de tipo diferente: Yo me atribuyo a *mí mismo* un *estado de sensación* (una experiencia) el cual tiene un contenido intencional a tal efecto que una cierta región de mi cuerpo está en una condición física de cierto tipo.

Desde este punto de vista, existe entonces una confusión en la manera sensata de expresarnos, debido al hecho de que el dolor no está en mi mano; el dolor, al ser un estado de sensación o experiencia, está "en mi mente". Es la perturbación física en mi mano la que mi estado de sensación representa (en un modo confuso e indistinto, como Descartes lo describiría). Después de reflexionar, sin embargo, nos podemos dar cuenta de que al enunciar (5) de hecho atribuyo un *estado* de sensación intencional a *mí mismo* el cual a su vez atribuye una perturbación física a mi mano. El lenguaje coloquial tan sólo entremezcla el dolor con la perturbación, y por ende nos confunde y engaña. Los dolores, desde esta perspectiva, son experiencias, no objetos de nuestras experiencias. Más aún, dado que estas experiencias tienen contenido intencional, las mismas tienen condiciones de exactitud: pueden ser correctas o incorrectas, pueden representar o tergiversar verídicamente. Pero inclusive cuando tergiversan, estas experiencias son experiencias de dolor. Entonces yo puedo experimentar dolor genuino, a pesar de que no existe físicamente nada malo en mi mano.

Debemos notar que, de acuerdo a este análisis, existen, en cierto sentido, dos tipos de atribución de propiedad: la atribución de una experiencia y la atribución de un daño tisular a una parte del cuerpo. Pero al enunciar (5) yo hago sólo la primera atribución, no la última. La última atribución es hecha no por mí sino por mi experiencia, por así decirlo, al representarla como si estuviera sucediendo en mi mano. Por esto es que yo no estoy lógicamente

comprometido con *encontrar* un daño tisular en mi mano cuando realmente enuncio (5) – aunque esto es lo que yo normalmente *espero* encontrar allí. De hecho, como se menciona en la primera sección, si en última instancia no hay nada malo físicamente en mi mano, *yo* no me he equivocado. (5) todavía es verdad. Pero mi experiencia ahora es equivocada: representa erróneamente el dorso de mi mano como si tuviera algo físicamente malo, como si algún daño tisular estuviera ocurriendo allí. Yo estoy teniendo una ilusión acerca de mi mano pero continuo teniendo un dolor genuino. Las experiencias ilusorias o alucinatorias del dolor son aún dolores genuinos.

Las referencias perceptuales de Armstrong y Pitcher sobre la localización del dolor han sido muy influyentes. Tratar la localización del dolor como la localización intencional del daño tisular como es representada en la experiencia del dolor, en una u otra forma, parece dominar el pensamiento en esta área. Sin embargo, existe una amplia literatura filosófica sobre el problema de la localización del dolor o la espacialidad del dolor en general. Lo que sigue es un ejemplo. Para referencias previas a Armstrong y Pitcher, véase Baier (1964), Vesey (1965, 1967), Taylor (1965, 1966), Holborow (1966) y Coburn (1966). Para consideraciones más modernas, ver Holly (1986), Hyman (2003), Wyller (2005), y Bain (2007). Existe también un debate extenso entre Paul Noordhof y Michael Tye acerca de si el sentido en que nosotros localizamos dolores *en* partes corporales implica significados especiales de la palabra “*en*” que podrían no ser espaciales y si esto entra en conflicto con el representacionalismo acerca del dolor. Ver Noordhof (2001, 2002, 2006) y Tye (2002, 2006a, 2006b). Olivier (2006) ofrece un comentario crítico sobre el debate entre Noordhof y Tye.

### 3.4 Teorías perceptuales directas e indirectas [↑](#)

La visión perceptual del dolor presentada hasta ahora es una visión a la que inclusive un realista indirecto podría suscribir, aunque, de acuerdo a hechos históricos, muy pocos realistas indirectos lo han hecho (Perkins 1983, 2006; Maund 2003, 2006). Un teórico de los datos sensoriales es alguien que cree que toda percepción de realidad extramental es indirecta, mediada por una percepción directa de los datos sensoriales que se encuentran en cierta relación sistemática con objetos extramentales en el mundo, en virtud de lo cual los datos sensoriales los representan contingentemente. Entonces, es totalmente posible, de hecho razonable, el afirmar que los datos sensoriales del dolor son también representacionales. En otras palabras, la conciencia de los datos sensoriales del dolor podría constituir la percepción indirecta del daño tisular en regiones corporales las cuales normal y sistemáticamente causan tales datos sensoriales.

La razón por la cual esta línea no ha sido seguida por realistas indirectos probablemente tenga que ver con la resistencia intuitiva en contra de cualquier visión perceptual del dolor ya inserta en nuestra concepción tradicional discutida con anterioridad.<sup>10</sup> Los realistas indirectos como los teóricos sensoriales, como ya hemos visto, tienen los recursos teóricos para acomodar la comprensión intuitiva del dolor sin forzarla dentro de un molde perceptualista. Sin ningún reparo, ellos pueden afirmar que somos directa e inmediatamente conscientes del dolor *qua* un objeto o cualidad mental, ya sea o no que esto represente o señale daño tisular. Esto es lo mismo que afirmar que ellos ya tienen un locus de aplicación del concepto en su teoría del concepto del dolor: el DOLOR aplica directamente a la experiencia o su objeto directo *interno*, por ejemplo, ya sea al dato sensorial o su consciencia directa. Esto parece acomodar todas las intuiciones insertas en el sentido común; ¿por qué ir más lejos? Más aún, si uno no es un perceptualista, uno no tiene la obligación de hacer frente a lo que más adelante llamaremos el *foco del problema*, el problema de explicar por qué hay una asimetría en el foco conceptual entre el dolor y la exterocepción estándar si ambas son genuinamente perceptuales.

En la práctica, sin embargo, casi todos los defensores de la visión perceptual de los dolores son realistas directos. Sin embargo, si uno quiere desarrollar una versión realista directa de la teoría perceptual, se encuentra inmediatamente con la dificultad de encontrar un locus apropiado para la conciencia perceptual directa, por ende, un locus para aplicación inmediata del concepto; es decir, uno se encuentra con la dificultad de encontrar un objeto, estado, o evento al cual nosotros aplicamos espontáneamente el nombre de DOLOR, PICAZÓN, COSQUILLEO, etc., cuando somos introspectivamente conscientes de nuestros dolores, picazones, cosquilleos, etc., y los reportamos sobre esta base. Esta dificultad surge porque la presencia de cualquier realismo directo (temprano) en la teoría de la percepción es el rechazo de los intermediarios perceptuales conscientemente disponibles que median la exterocepción estándar: cuando veo una manzana roja sobre la mesa, no hay un objeto o cualidad distinta que la manzana y su coloración

rojiza de modo tal que veo la manzana en virtud de verla en *efecto* (o de modo más general, en virtud de percibirla directamente o estando consciente de *ella*). En esta visión, cuando veo una manzana roja, directamente percibo, o me encuentro directamente familiarizado con la manzana y sus cualidades tales como su coloración rojiza. Esta visión funciona bien en la percepción verídica: el locus de la aplicación del concepto es siempre el objeto público de percepción, como ser la manzana y sus propiedades. También esta postura explica por qué la aplicación espontánea del concepto es como es, inclusive cuando tenemos alucinaciones o ilusiones: inclusive cuando uno alucina una manzana roja, uno está naturalmente dispuesto a aplicar el concepto MANZANA ROJA a lo que uno toma o está tentado de tomar como el objeto público de su esfuerzo epistémico y sus características públicas disponibles, y raramente, si alguna vez, a lo que uno cree son objetos o cualidades mentales privadas.

Pero, ¿cómo puede esperarse que los intermediarios perceptuales conscientemente disponibles se reconcilien con la admisión de que el concepto del dolor es el concepto de una sensación/experiencia subjetiva de algún tipo? Recordemos que la mayoría de los teóricos perceptuales admiten que los reportes introspectivos del dolor en regiones del cuerpo son reportes de *experiencias* que representan desórdenes físicos de algún tipo en esas regiones. Esto simplemente significa que cuando uno siente dolor, uno es directamente consciente de una sensación o experiencia, es decir, del dolor. Esto a su vez significa que los conceptos que aplicamos espontáneamente al tener dolores y otras sensaciones corporales intransitivas aplican directamente a las sensaciones/experiencias que las provocan en primer lugar - apariencias de lo contrario. Entonces, ¿cómo deben entenderse los comentarios de los realistas directos acerca de las sensaciones o experiencias conscientes?

### 3.5 Teorías perceptuales adverbialistas [↑](#)

Los realistas directos rechazan el análisis acto-objeto de las experiencias perceptuales esgrimido por los teóricos sensoriales y otros realistas indirectos. De acuerdo a la mayoría de los primeros realistas directos (por ejemplo, Ducasse 1952, Sellars 1975), inclusive cuando estamos alucinando visualmente una manzana roja sobre la mesa, uno no ve directamente un dato mental privado o una constelación de cualidades mentales; por el contrario, uno está teniendo una experiencia visual que se asemeja a la experiencia que es normalmente evocada cuando uno de hecho ve una manzana roja sobre la mesa. Los realistas directos, en otras palabras, insisten normalmente en que tales casos *no* deberían analizarse en términos de un perceptor frente a cierta relación perceptual respecto de un objeto o cualidad mental privada. Más bien, el análisis involucra sólo un dato, el perceptor per se, y su estar en cierto tipo de estado o condición (perceptual, empírico) el cual normalmente surge como consecuencia de ciertas circunstancias en las cuales uno genuinamente percibe algo. En los casos estándar, cuando uno tiene una percepción verídica, el estado empírico del perceptor es provocado por el objeto real de su percepción, y el estado del perceptor se halla cualitativamente diferenciado por las influencias causales de las cualidades sensibles del objeto público. En casos no estándar como las alucinaciones y las ilusiones, los mismos tipos de estados son fenomenológicamente provocados por rutas causales diferentes, y la diferenciación cualitativa de nuestro estado experiencial en tales casos no-verídicos es el resultado de influencias causales desviadas. (Pitcher 1970, 384)

Este tipo de análisis de las experiencias es a menudo conocido como adverbialismo en la literatura porque al percibir un objeto rojo, se dice que uno está percibiendo algo “como-rojo”. La implicancia teórica de esta manera de hablar es que el percibir que algo es rojo es una *manera* de percibir ese objeto la cual sería diferente respecto de la manera en que sería percibido si el objeto fuera azul, en cuyo caso uno podría percibirlo “como-azul”. De manera similar, cuando uno alucina un objeto rojo, existe un solo objeto, y el perceptor percibe de cierta manera, como por ejemplo, como-rojo. En otras palabras, se dice que el ‘rojo’ cualifica no un objeto privado, más bien un estado o actividad de una persona, siendo tal estado una manera de percibir o sentir objetos físicos que son rojos.<sup>11</sup> Para nuestros propósitos, si conservamos la motivación naturalista general detrás del desarrollo de visiones realistas directas, podemos tomar el adverbialismo como un intento de deshacerse de objetos o cualidades mentales misteriosas en favor de estados o actividades de personas o maneras de percibir metafísicamente menos costosos que cualifican a las personas *qua* sujetos de experiencia. Entonces una experiencia dolorosa, para un realista directo, es una manera específica en la cual el daño tisular (somatosensorialmente) es percibido en una región corporal. Cuando reportamos el dolor, reportamos la ocurrencia de experiencias entendidas de esta manera - adverbialmente.

Esta clase de adverbialismo puede combinarse de manera efectiva con el intencionalismo o el representacionalismo sobre la experiencia (para más información sobre la conexión entre el adverbialismo y el representacionalismo, ver Kratu 1982, y Lycan 1987a, 1987b). Un adverbialista tiene que caracterizar de alguna manera estas vías o maneras de sensación/percepción para establecer una distinción entre ellas, y una vía natural de llevar esto a cabo es apelando a las condiciones estándar o canónicas bajo las cuales aquellos eventos perceptuales se originan (recordemos cómo los realistas directos desean encarar la alucinación visual: uno tiene una experiencia visual que se asemeja a la experiencia que normalmente tendría al ver una manzana roja sobre la mesa). Por ello, podría ser razonable argumentar que tales condiciones canónicas son lo que los eventos o actividades perceptuales específicas de las personas *representan*. De hecho, es plausible declarar que una actividad perceptual específica la constituye la percepción de rojo (= el evento perceptual que ilustra la representación de rojo) porque es la clase de evento psicológico regularmente (canónicamente) causado por las superficies rojas – de hecho, uno podría esperar que las modalidades sensoriales psicofísicas detallaran estas condiciones estándar o canónicas en términos objetivos. Aunque esta estrategia está abierta a los realistas directos, es opcional. Cuando uno toma esta opción el resultado es prácticamente una forma fuerte de representacionalismo – para lo cual ver la siguiente sección.

Existen varias dificultades técnicas con el adverbialismo, especialmente cuando se trata con experiencias fenomenológicamente complejas como por ejemplo el tener tres dolores con carácter cualitativo diferente ocurriendo simultáneamente en tres localizaciones diferentes del cuerpo. No queda claro si los enfoques adverbialistas pueden vincular con éxito los modos apropiados que corresponden a cualidades diferentes con el tipo correcto de dolores o daños tisulares en diferentes localizaciones. (véase Jackson 1975, 1977 para una crítica detallada de este tipo; Tye 1996, 74-77, contiene un resumen útil.) Más aún, inclusive cuando uno podría deshacerse exitosamente de esta estrategia adverbialista de objetos mentales misteriosos como los datos sensoriales, no queda claro si el adverbialismo podría aun así conducir a una forma de dualismo de propiedad de acuerdo al cual uno es directamente consciente de ciertas cualidades fenomenológicas (no-físicas) representadas por las experiencias realizadas por los estados cerebrales. Estas cualidades parecen ser necesarias para explicar cómo se puede diferenciar los distintos tipos de actividades perceptuales de un perceptor.

Existen otros focos de resistencia a las teorías perceptuales directas del dolor y otras sensaciones corporales intransitivas. Algunas objeciones se desprenden de consideraciones acerca de si las teorías perceptuales directas pueden dar cuenta adecuada de la percepción en general, con lo cual no son específicas en cuanto a su tratamiento del dolor. Una de las preocupaciones más discutidas acerca de las teorías perceptuales directas en general es si las mismas pueden hacerle justicia a la intuición internalista que sostiene que la experiencia perceptual es fenomenológicamente rica de una manera tal que no puede ser exteriorizada hacia el mundo extramental. En el caso de los primeros realistas directos como Armstrong y Pitcher, esta preocupación es aún más acuciante ya que fueron cognitivistas acerca de la experiencia perceptual en general; es decir, ellos intentaron explicar la percepción en términos de la adquisición de creencias (o, en términos de la adquisición de estados cognitivos del tipo creencia). Pero las creencias no parecen tener el tipo correcto de fenomenología asociada con las experiencias perceptuales y las sensaciones corporales (ver Everitt 1988 y Grahek 1991 para este tipo de crítica). Como ya fue mencionado con anterioridad, los primeros realistas directos minimizaron la importancia de la fenomenología experiencial y hasta incluso alguna vez negaron su existencia temiendo que su aceptación llevaría a la adopción de los datos sensoriales o qualia “irreductiblemente psíquicos”.<sup>12</sup> Pero esta preocupación acerca de los qualia condujo a muchos autores a alejarse de las primeras teorías directas (especialmente aquellos quienes no estaban demasiado interesados en el escepticismo y la epistemología en general) con la convicción de que estas teorías no eran adecuadas después de todo para capturar la rica fenomenología de las experiencias perceptuales.

## 4 Teorías representacionales [↑](#)

Frente a estas y muchas otras dificultades, es tentador adoptar una postura sólida de representacionalismo que admita abiertamente la existencia de experiencias fenomenológicamente ricas, mientras se preserva la intuición básica y la motivación naturalista detrás del realismo directo. De hecho, muchos han cedido a esta tentación.

## 4.1 Introducción [↑](#)

El representacionalismo acerca del dolor es la visión que toda la fenomenología de una experiencia de dolor es estrictamente idéntica a su contenido representacional o intencional. En otras palabras, los contenidos fenomenales y representacionales del dolor son una misma cosa, por lo cual no pueden separarse. Entre los defensores del representacionalismo del dolor entendido de esta manera están Harman (1990), Dretske (1995, 1999, 2003), Tye (1996, 1997, 2006a, 2006b), Byrne (2001), Seager (2002), y Bain (2003).<sup>13</sup>

La mayoría de las consideraciones realistas directas acerca de la percepción, como fuera mencionado con anterioridad, fueron tímidas a la hora de reconocer una fenomenología de peso para las experiencias. Esto es así principalmente porque la fenomenología experiencial era asociada en particular con las teorías de realismo indirecto y de los datos sensoriales. Muchos de los primeros teóricos directos abrazaron el adverbialismo porque el adverbialismo prometía una manera de ser *realista* acerca de las experiencias mientras se evitaba una visión acto-objeto de las mismas. Debido a que la mayoría de los realistas directos identificaba los dolores con experiencias sensoriales más que con sus objetos, los teóricos perceptuales del dolor necesitaban una noción de experiencia de peso (realista). El adverbialismo dio paso a una forma fuerte de representacionalismo al sugerir maneras por las cuales el contenido intencional podría ser naturalizado sobre la base de esas condiciones canónicas que controlan causalmente/legalmente la ocurrencia de experiencias perceptuales en virtud de las cuales ellas representan esas condiciones corporales. Esto abrió la posibilidad de defender al realismo directo de una fenomenología experiencial de peso con credenciales completamente naturalistas. El resultado fue un representacionalismo fuerte sobre toda fenomenología experiencial, de acuerdo a la cual todo el contenido fenomenal (cualitativo) o qualia de cualquier experiencia está constituido metafísicamente sin resabios de su contenido representacional.

Así, el representacionalismo acerca de los qualia en este contexto necesita entenderse en un sentido reduccionista. Como hemos visto, el realismo indirecto, especialmente en la forma de teorías de los datos sensoriales, fue avanzado también como teoría representacionalista (excluyendo quizás las sensaciones corporales intransitivas). De hecho, el antiguo nombre del realismo indirecto era “realismo representativo”. En estas teorías, al tener una experiencia perceptual nosotros nos relacionamos directamente con los qualia, entendidos ya sea como cualidades intrínsecas de las experiencias o como cualidades de individuales fenoménicos como los datos sensoriales. Pero, al menos en la exterocepción estándar, estas cualidades representan *contingentemente* propiedades sensibles objetivas de objetos públicos ya sea por asemejarse a ellos o por ser causadas regularmente por sus representaciones – o por ambas situaciones. En otras palabras, desde un enfoque realista indirecto, hay existencias inconfundibles: los qualia o los datos sensoriales representan objetos públicos y sus propiedades sensibles en virtud de algunas relaciones *contingentes* que existen entre ellos (similitud o causación).

Sin embargo, en su aceptación de la fenomenología, el realismo directo reduccionista no puede tener tal tipo de objetos fenoménicos de alguna manera internos a la mente o la experiencia propia, ni tampoco puede avalar la existencia de cualidades *intrínsecas* a las experiencias de las cuales podemos estar conscientes directamente en la introspección – la intuición perceptualista directa básica, recuérdese, es que nuestras experiencias son transparentes a nosotros mismos en que nos presentan el mundo exacta e inmediatamente (esta relación externa es primaria). Por ende, si los qualia deben ser conservados en nuestra imagen realista directa de la percepción, estos qualia tienen que reducirse al contenido representacionalista de los estados perceptuales. En determinadas ocasiones usaremos “representacionalismo fuerte” para distinguir esta visión de “realismo representativo” (ver Block 2006 – Block usa “representacionismo” para marcar la misma distinción).

Al igual que los primeros realistas directos, los representacionalistas fuertes tienden a ser naturalistas o fisicalistas. Por ello estas teorías normalmente aparecen con un enfoque naturalista de cómo estos estados (considerados como originados en el sistema nervioso central) adquieren su contenido representacional. El enfoque más común es ya sea una teoría de co-variación causal ideal (semántica informacional – véase Dretske 1981, Fodor 1987, Ayede y Güzeldere 2005) o una psicosemántica teleológica (véase Millikan 1984, Papineau 1987) o ambos (Dretske 1988, 1995; Tye 1996). Estas son teorías externalistas.<sup>14</sup>

Para recapitular, el representacionalismo fuerte es en estos tiempos el realismo directo sobre la percepción, en dónde el adverbialismo es reemplazado por el representacionalismo incluido en una historia naturalista acerca de cómo las



experiencias perceptuales adquieren su contenido representacional (análogo) el cual a su vez constituye su fenomenología. Entonces, de acuerdo al representacionalismo fuerte, las experiencias de dolor se sienten del modo en que lo hacen en virtud de su contenido representacional, y no por otro motivo. Ellas representan varios problemas diferentes del tejido corporal. El modo en que ellas representan estas condiciones es semejante al modo en que nuestro sistema visual representa los colores. Si los colores son características objetivas (al menos en parte) de las superficies como ser sus reflectancias espectrales de superficie, nuestras experiencias visuales no representan a los colores como tales, con lo cual nosotros no llegamos a conceptualizar los colores como reflectancias espectrales sobre la base de sus presentaciones visuales “uniformes”. Entonces, no es una objeción al representacionalismo el que nuestras experiencias de dolor no representan al daño tisular como tal, que es lo mismo que decir que nosotros no podemos conceptualizar necesariamente qué es lo que las experiencias de dolor representan como daño tisular solamente sobre la base de estas experiencias.

Con frecuencia se considera que las experiencias perceptuales representan *no conceptualmente* lo que ellas hacen, lo que en varias ocasiones se equipara con un contenido *analógico* (realizado en representaciones continuas a modo de fotografía). En este contexto, podemos tomar esto como una aseveración acerca del modo en que las experiencias están estructuradas representacionalmente: ellas no se estructuran desde los conceptos (representaciones discretas) como se considera normalmente a los pensamientos. Inclusive las modalidades sensoriales tienen un rango de cualidades propias que ellas pueden detectar. Las experiencias de dolor no son diferentes, aunque pueden ser menos ricas en términos de su contenido informacional comparado, por ejemplo, con la visión. Sin embargo, es razonable argumentar que las diferencias cualitativas en las experiencias de dolor se deben a que representan diferentes condiciones corporales. Tye enumera varios candidatos:

“... una punzada de dolor representa un caso de daño moderado y breve. Un dolor palpitante representa un desorden rápidamente pulsátil. Los dolores representan regiones de daño dentro del cuerpo más que en la superficie. Estas regiones son representadas como provistas de volumen, con comienzos y terminaciones graduales, con severidad creciente, con desaparición lenta. Los volúmenes así representados no son representados con límites precisos o agudos. Esta es la razón por la cual los dolores no se perciben como teniendo localizaciones precisas, a diferencia de, por ejemplo, los dolores por pinchazo. Un dolor punzante es aquel que representa un daño repentino sobre una región corporal bien definida. Esta región está representada como provista de volumen (en lugar de ser bidimensional), como provista de forma de algo con filo y punta (como la de una daga). En el caso de un dolor por pinchazo, el daño relevante es representado como provisto de un comienzo y fin repentinos en, o inmediatamente debajo de la superficie, y cubriendo un área muy pequeña. Un dolor atroz es uno que representa que el dolor involucra el estiramiento de partes internas del cuerpo (por ejemplo, los músculos)”. (Tye 1997, 333; cf. Tye 1996, 2006a)

El problema de la localización del dolor se trata de la misma manera en que fue manejado por las teorías perceptuales tempranas: la localización del dolor es la localización que las experiencias de dolor representan como el sitio en donde el daño tisular está ocurriendo. Este tipo de consideración se hace más atractiva bajo la luz del hecho de que nosotros ahora tenemos una noción mucho más sólida y realista de la experiencia cuyo contenido representacional/fenomenológico es una guía directa hacia la localización del daño tisular. La fenomenología de las experiencias de dolor ahora presentan directa/transparentemente el daño tisular al que lo sufre en virtud de su identidad con el contenido representacional (Tye 2006a, 2006b).

## 4.2 El problema del foco [↑](#)

Una de las dificultades centrales para cualquier visión perceptual/representacional del dolor es el explicar por qué, si el sentir dolor es percibir de modo genuino daño tisular en una parte del cuerpo, nosotros reportamos su experiencia más que el daño tisular (ver Pitcher 1970, 379-380; Armstrong 1962, 125; y Aydede, para una descripción de la dificultad).<sup>15</sup> Podríamos llamar a esta dificultad el problema del foco para las teorías perceptuales en general (incluyendo las visiones representacionalistas fuertes). De acuerdo a la concepción de dolor basada en el sentido común, y también de la mayoría de las teorías perceptuales, nosotros estamos, epistemológica y psicológicamente, más interesados en la experiencia que en el objeto, el daño tisular. Nuestra reacción conceptual espontánea también sigue este patrón: existe una diferencia marcada en la localización de la aplicación o identificación conceptual entre la

exterocepción estándar y el dolor. Como se representa en la Figura 1, existe una asimetría obvia entre las dos. Si el sentir dolor no es más que la percepción de daño en una región corporal comparable con la visualización de una manzana roja, entonces uno debería esperar naturalmente que cuando reportamos dolor en partes corporales, estamos reportando una relación perceptual que se obtiene entre el perceptor y una condición percibida extramental.

Pero esto no es lo que observamos, lo que encontramos es un reporte de un cierto tipo de experiencia cuya etiología informacional/representacional no es diferente de su propia clasificación conceptual. Un reporte de dolor es el reporte de una experiencia cuya certeza representacional carece de relevancia en cuanto a si el reporte por sí mismo es verdadero. Recordemos que, en la mayoría de las teorías perceptuales, cuando yo formulo una oración como la (5), estoy diciendo algo como “Estoy teniendo una experiencia que me dice que existe algún tipo de desorden físico en el dorso de mi mano”. En otras palabras, yo simplemente reporto una experiencia que me informa de algo. Sea que crea o no lo que me informa, es un asunto de factores que no deben ser traídos al análisis sobre qué condiciones de verdad existen respecto de (5). De hecho, este tipo de análisis propuesto por teóricos perceptuales se acerca muchísimo a capturar completamente la concepción ordinaria del dolor y por ello es un argumento a favor de tal tipo de teorías. Pero este es precisamente en donde existe el problema de las teorías perceptuales. ¿Por qué un reporte de dolor es un reporte de una experiencia en primera instancia, si la experiencia es genuinamente perceptual (exteroceptual)? ¿No es esto extraño? Nada de esto ocurre con la percepción genuina. De hecho, esta asimetría puede transformarse en un argumento de peso en contra de las teorías perceptuales (así como las representacionistas fuertes) en la manera siguiente – cf. Aydede (2009).

Cada caso genuino de percepción invita a reportar una instancia de percepción en la modalidad relevante por medio oraciones similares a (9)-(13), en donde el verbo perceptual es utilizado predominantemente como la opción más popular. Por ejemplo:

(10) Veo una manzana roja sobre la mesa.

Esto es así por una buena razón: la percepción esencialmente es una actividad en donde uno recaba información acerca del ambiente (extramental) propio de cada uno en tiempo real (incluyendo el ambiente corporal interno, por supuesto). Por ello, no sorprende que la forma predominante de reportar sea a modo de una relación entre el perceptor y lo percibido, en donde lo último son los objetos o condiciones extramentales de su propio ambiente. Tampoco sorprende que la percepción típicamente resulta en la categorización conceptual del objeto o condición percibidos en primera instancia: el resultado típico de un proceso perceptual es el colocar el objeto percibido bajo un concepto perceptual. La percepción genuina entonces pone el énfasis en el objeto percibido, no en la actividad perceptual por sí misma o en la experiencia perceptual en donde uno es normalmente colocado en contacto epistémico con el propio ambiente extramental. De allí que el resultado habitual de la percepción es la adquisición de creencias con contenidos comprensibles a través de oraciones como (9)-(13). Si las oraciones que reportan dolor en partes corporales no siguen este patrón, por ejemplo, si ellas no se construyen como reportes de relaciones perceptuales entre el perceptor y lo que es percibido, entonces los reportes de dolor no son, *prima facie*, reportes perceptuales, reportes en el sentido que uno se encuentra en una relación perceptual con algo extramental. Pero los reportes de dolor reportan la sensación de dolor. Entonces, el sentir dolor no es una forma de percepción genuina. Denominemos a este argumento del enfoque versus las teorías perceptuales.

Existe un sentido obvio en el cual el teórico perceptual está obligado a admitir que el reporte del dolor no es un caso del reporte del resultado de una relación perceptual entre el perceptor y el objeto extramental percibido.

Dado que en la medida en que el reporte del dolor es el reporte de una experiencia consciente y sólo eso, es en tal medida que resulta un reporte introspectivo, es decir, el reporte de una actividad *intramental*. Sin embargo, un teórico perceptual podría insistir en que esta experiencia que se reporta es una experiencia perceptual. Pero, ¿por qué reportar una experiencia, el mensajero, antes que su objeto, el mensaje? ¿Por qué estamos obsesionados aquí con el mensajero?

Una explicación natural que un teórico perceptual podría dar es que a diferencia de otras modalidades perceptuales, los actos de percepción de daño tisular involucrados en la sensación de dolor (por ejemplo, la experiencia) tienen una cualidad afectiva negativa pronunciada: los dolores son desagradables, horribles, hirientes, dolorosos (véase Pitcher 1970, 379 ss; y Armstrong 1962, 125 ss; 1968, 310 ss). Es este afecto negativo el que explica por qué estamos

obsesionados con la experiencia en sí misma, más que en que es una percepción de, por ejemplo, partes traumatizadas del cuerpo. En otras palabras, es esta cualidad negativa la que vuelca el foco de reconocimiento sobre sí mismo, y también sobre la experiencia que se le atribuye. Si esto es correcto, entonces, por supuesto, los dolores son igualmente desagradables cuando representan erróneamente. Esta es la razón por la cual nosotros escogemos nuestros actos de percepción (por ejemplo, las propias experiencias) antes que sus objetos externos, independientemente de sus etiologías informacionales: sean o no verídicas, ellas duelen igualmente.

En primera instancia, esta parece ser una explicación plausible. De hecho, un teórico perceptual puede dar inclusive, plausiblemente, una historia evolutiva acerca de por qué estas experiencias perceptuales deberían percibirse como desagradables: ellas representan o significan una propiedad de partes del cuerpo que tienden a atentar contra la supervivencia. Sin embargo, ¿puede darse el mismo tipo de explicación a otras sensaciones corporales intransitivas como la picazón, las cosquillas, los hormigueos y los orgasmos? Quizás puede darse una explicación para la experiencia del orgasmo, el cual es usualmente intensamente placentero y tiene beneficios evolutivos obvios. ¿Pero qué hay acerca de los otros? La picazón tiene una connotación desagradable la cual hace que uno quiera rascarse el punto en dónde pica. Pero las cosquillas y los hormigueos pueden ser a veces placenteros y otras veces desagradables, así como también neutrales desde el punto de vista afectivo en otras ocasiones. Aun así, el concepto de cosquilla se asemeja al concepto del dolor en que los mismos aplican a actos de percepción o experimentación, antes que a condiciones externas que estos actos puedan estar representando –si es que representan algo.<sup>16</sup> Más aún, las experiencias gustativas y olfatorias pueden ser placenteras, displacenteras o afectivamente neutrales, y aun así los actos de percepción involucrados en el ejercicio de estas modalidades sensoriales parecen ser mayormente transparentes en cuanto a que nosotros aplicamos los conceptos relevantes como DULCE, AMARGO, etc. a los objetos externos de estas experiencias en primera instancia, y sólo derivativa o incidentalmente a los actos de percepción o a las experiencias en sí.

Estas observaciones arrojan dudas sobre la plausibilidad de la explicación ofrecida por el teórico perceptual acerca de la asimetría en el enfoque. Sin embargo, el teórico perceptual todavía puede declarar que cualquiera sea la explicación en el caso de otras sensaciones corporales intransitivas, la explicación que se ofrece para el dolor es esencialmente correcta, y dicho teórico puede entonces concluir que se ha removido el peso de la prueba al declarar que el experimentar dolor es involucrarse con una exterocepción genuina. Esta respuesta tiene alguna plausibilidad inicial ya que las experiencias de dolor casi siempre poseen un afecto negativo. Sin embargo, si se sospecha –como debería hacerse– que la intransitividad de ciertos tipos de sensación corporal como un todo deben tener una explicación unificada, se debería concluir sensatamente que la explicación ofrecida no es probablemente toda la historia, y, por ende, no sea adecuada en sí misma.

Existe también importante evidencia científica acerca de la existencia de fenómenos anormales de dolor en donde los aspectos sensoriales y afectivos de las experiencias de dolor se encuentran disociados entre sí –ver la Sección 6.1 más adelante. El caso más típico se conoce como el síndrome de dolor asimbólico, en dónde la persona que sufre tal síndrome tiene experiencias de dolor sin componente afectivo negativo. Curiosamente, estas personas aún pueden identificar su experiencia como dolor, pero no muestran signos corporales, emocionales o conductuales típicamente asociados con los aspectos desagradables del dolor. ¡Ellos sienten un dolor que no duele! Si los dolores no son necesariamente desagradables, como lo parece demostrar este síndrome, queda una pregunta abierta e interesante acerca de si el sentir dolores sin componente afectivo aún mantiene su naturaleza intransitiva. (Para consideraciones de que sí las mantendría, véase Aydede y Güzeldere 2005.)

Pero el problema real para esta respuesta que apela al afecto negativo es que inclusive si la explicación propuesta fuera correcta, aun así no salvaría a la teoría perceptual. El *explanandum* (es decir, que el foco semántico de la aplicación espontánea del concepto durante el reporte de dolores es la experiencia más que el objeto extramental de esta experiencia) puede interpretarse plausiblemente como una admisión de que el sentir dolor en una parte del cuerpo no es percibir algo extramental allí. Lo que justifica esta interpretación es una condición lógica sobre la percepción genuina: un tipo de experiencia es genuinamente perceptual sólo si da lugar a correctas aplicaciones conceptuales cuyo enfoque semántico es el propio objeto de tal tipo de experiencia. En otras palabras, se necesita un determinado tipo de aproximación cognitiva para que el proceso sensorial se convierta en genuinamente perceptual. Generalmente, los conceptos de cualidades secundarias son tomados como privados para cada modalidad sensorial. De hecho, estos conceptos aplican principalmente a objetos de experiencia normalmente generados por estas

modalidades, más que a las experiencias en sí mismas (o si lo hacen, son sólo derivativamente). Pero en el caso del dolor, no parece que nosotros apliquemos semánticamente DOLOR, o “dolor” para tal caso, al daño tisular. Una vez más, esto se evidencia por las condiciones de verdad de las oraciones atributivas del dolor, como vimos anteriormente. Entonces, el *explanans* puede ser correcto, pero parece errar el objetivo, el *explanandum*: resulta ser una explicación de por qué el sentir dolor no es genuinamente perceptual. (Véase Aydede 2009, para una elaboración extensa de este tipo de argumento contra el perceptualismo, así como contra teorías representacionistas.)

Otro tipo de respuesta al problema del enfoque puede ser el tratarlo como un pseudoproblema que se desprende de nuestras prácticas lingüísticas sin afectar al fenómeno. Podría argumentarse de la siguiente manera (en correspondencia con Chalmers; cf. Hill 2006). Podemos inventar una palabra ‘ver<sub>2</sub>’ de modo tal que uno puede ver<sub>2</sub> inclusive cuando el objeto perceptual no está presente (entonces ‘ver<sub>2</sub>’ aplica a la experiencia visual, contrariamente al ‘ver<sub>1</sub>’ tradicional). También podemos inventar el nombre “sentir<sub>1</sub>” de modo tal que el sentir<sub>1</sub> requiere la presencia del objeto perceptual, daño tisular (entonces, ‘sentir<sub>1</sub>’ es diferente que el ‘sentir<sub>2</sub>’ tradicional). Como se desprende, en nuestro lenguaje, ‘ver’ expresa ‘ver<sub>1</sub>’ y ‘sentir’ expresa ‘sentir<sub>2</sub>’, pero esto es sólo terminología. A nivel del fenómeno, los dos casos se encuentran en el mismo nivel.

Pero el problema no desaparece con esta estrategia. Por un lado, no aborda el argumento anti-perceptualista del enfoque ya tratado. Por el otro, la pregunta no es si podemos o no inventar nuevos términos o formar nuevos conceptos para que dos fenómenos terminen siendo idénticos. Las prácticas lingüísticas reflejan nuestras prácticas conceptuales, cómo pensamos y respondemos conceptualmente a la información perceptual entrante. De hecho, nuestras prácticas conceptuales tratan el ver y otras exterocepciones estándar de modo diferente al que tratan el sentir dolor, a pesar del hecho de que los tipos de flujo de la información parecen idénticos en ambos casos. La pregunta es: ¿por qué? Porque estas prácticas están modeladas por nuestras necesidades epistémicas y preferencias psicológicas que muestran nuestra conducta. Ellas no son arbitrarias. Si la percepción es un proceso psicológico por medio del cual nosotros colectamos información acerca de nuestro mundo extramental y alineamos de alguna manera nuestras respuestas conceptuales y conductuales sobre esta base, es una pregunta justa la de si un proceso psicológico que se desvía de este curso se puede denominar percepción, especialmente cuando la desviación parece reflejar que nuestras necesidades epistémicas y preferencias psicológicas son marcadamente diferentes de aquellas involucradas en la exterocepción. La pregunta de si sentir dolor es percepción no es puramente metafísica o filosófica, sino también en parte y de manera importante, una pregunta (psicológica) empírica.

#### 4.3 El problema de los qualia afectivos [↑](#)

Los dolores no son sólo experiencias sensoriales o perceptuales, también son experiencias afectivo-emocionales, o al menos parecen tener un aspecto afectivo. Sentir dolor es normalmente tener una experiencia horrible, dañina, ‘dolorosa’. Entonces, podemos decir que los dolores tienen un valor hedónico o afectivo negativo.

Los representacionistas fuertes están decididos a proclamar que todo qualia es representacional. Entonces, si este aspecto afectivo negativo del dolor (por ejemplo, la cualidad dañina, dolorosa de los dolores) es una parte adecuada de la fenomenología cualitativa del dolor en general, entonces tiene que ser también representacional. Pero ¿qué representa? La fenomenología del dolor parece ser compleja en tanto parece consistir en al menos dos dimensiones, afectivo-emocional y sensorio-discriminativa. Los representacionistas, junto a teóricos perceptuales tempranos, proclaman que los aspectos sensoriales del dolor son representacionales: daño tisular. Pero ¿qué es lo que el aspecto afectivo representa? No parece haber un candidato plausible.

Los primeros teóricos perceptuales, especialmente los realistas directos, eran *cognitivistas* acerca del afecto negativo del dolor. A grandes rasgos, ellos declaraban que el mismo refiere a las reacciones cognitivo/conativas espontáneas a las experiencias de dolor de quien las experimenta. Esas reacciones fueron concebidas como formadoras de actitudes proposicionales conativas. En otras palabras, lo doloroso de los dolores estaba constituido por su poder para inmediatamente “evocar en [uno mismo] el deseo perentorio de que la percepción [del dolor] debía desaparecer” (Armstrong 1968, 314-316). (Véase también, Stephens y Graham 1985, 1987; Nelkin 1986, 1994; Hall 1989. Parfit 1984. De acuerdo a la presentación de Chisholm en 1987, Brentano también sostuvo que los dolores y los placeres

son reacciones parcialmente conativas a los elementos sensoriales).

A pesar de que el cognitivismo es teóricamente una opción para el representacionalismo, su adopción parece violar el espíritu del representacionalismo fuerte. Todo depende de cómo uno quisiera desarrollar la línea cognitivista. Una opción es decir que el aspecto afectivo del dolor no es cualitativo ni fenomenológico. Estamos bajo la ilusión de que es así porque estamos diseñados para reaccionar cognitivamente y conductualmente al contenido sensorial del dolor en una manera determinada. Esta opción tiene la ventaja de preservar el representacionalismo fuerte: si el afecto no es cualitativo, no hay presión para tratarlo como representacional –cfr. Tye (1996, 99. 111-16 y 134-36; 1997, 332-3). Pero si se admite que el aspecto afectivo del dolor es tan cualitativo como su contenido sensorial, entonces el cognitivismo aparece como un compromiso para el representacionalismo fuerte, porque admite que no todos los qualia son representacionales. Esta última opción podría conducir a enfoques representacionales-cum-funcionalistas de los dolores y otras experiencias afectivamente no-neutrales en las que el contenido sensorial de una experiencia podría ser dotado con una explicación puramente representacional mientras que su dimensión afectiva podría ser objeto del procesamiento funcional de este contenido para el establecimiento de parámetros motivacionales (bajo la suposición de que las actitudes cognitivas pueden ser capturadas funcionalmente) – ver más adelante.

El problema con el cognitivismo en general es que sufre de inverosimilitud intuitiva: ciertamente no parece que el aspecto dañino de las experiencias de dolor sean sólo el resultado de nuestras *reacciones cognitivas* hacia ellas, como se entiende *tradicionalmente*. Las reacciones cognitivas en forma de actitudes proposicionales no parecen tener ninguna fenomenología cualitativa. Pero más importante aún, esta movida parece localizar erróneamente el problema. La pregunta es: ¿En qué consiste lo doloroso, la cualidad dañina de los dolores? La respuesta ofrecida parece ser: en nuestra reacción cognitiva/conativa de la experiencia, algo como tener el deseo de que se detenga, por ejemplo. Pero uno quisiera pensar que uno desea que termine porque la experiencia es dolorosa, no a la inversa.

La manera más directa de tratar con los qualia afectivos para un representacionista es afirmar que ellos también son representacionales, tal como los qualia sensoriales. En un trabajo reciente, Tye parece proponer tal visión:

“Las personas con dolor tratan de deshacerse del mismo o disminuirlo. ¿Por qué? La respuesta es seguramente porque el dolor se *siente* desagradable o malo, porque es *experimentado* como tal. Pero, ¿qué es exactamente lo que es experimentado como desagradable? La atención de uno, cuando uno siente dolor, se dirige a un sitio diferente de aquel en el cual se localiza la experiencia del dolor. Las cualidades que son experimentadas como desagradables se localizan en una parte del cuerpo a la cual uno le presta atención (en circunstancias normales). Las personas cuyo dolor carece de dimensión afectiva atraviesan representaciones puramente sensoriales, no-evaluativas del daño tisular de algún tipo en una parte localizada del cuerpo. Aquellos cuyos dolores son normales experimentan las mismas cualidades, pero ahora esas cualidades se experimentan como desagradables. Precisamente *porque* las cualidades se experimentan como desagradables o malas es que la gente tiene el tipo de reacciones cognitivas que poseen hacia ellas, como ser el deseo de parar el dolor. Experimentar el daño tisular de manera tan negativa es atravesar una experiencia que representa que el daño es malo. Asimismo, desde mi punto de vista, la dimensión afectiva del dolor es tanto más parte de un contenido representacional del dolor, como lo es la dimensión sensorial”. (Tye 2006a)

Entonces, la experiencia que atravieso cuando experimento un dolor agudo en el dorso de mi mano se siente de la manera en que se siente porque representa daño tisular en mi mano y representa que es malo. En otras palabras, representa el daño tisular como dotado de una cualidad de ser malo.

Por supuesto, el tener daño tisular es normalmente malo. También, nosotros normalmente lo pensamos/juzgamos como malo. No sólo eso, la experiencia del daño tisular (por ejemplo, el sentir dolor), es mala. Y nosotros lo pensamos/juzgamos así también. Pero no se desprende de estos truismos (sin premisas adicionales) que la experiencia *representa* al daño como *malo*. Estos truismos no deberían confundirse con esta última afirmación, la cual es una afirmación sustancialmente metafísica. Pero, ¿qué significa para la experiencia de uno el representar el daño físico como malo?

Esta no es una pregunta trivial para un representacionista fuerte que aspira a ser naturalista. Recuérdese que el representacionalismo fuerte usualmente se presenta con una historia naturalística acerca de cómo las experiencias adquieren su contenido representacional. Así, es importante que la representación del daño tisular como malo pueda

ser aprovechada en términos de cualquier historia naturalística que un representacionista pueda tener a su disposición. Muchos representacionistas incluyendo a Tye defienden (o al menos comienzan con) una teoría informacional. Pero, ¿qué es la propiedad natural del daño tisular per se que es detectado o rastreado por la experiencia, que nos permite decir que la experiencia contiene información acerca de *ello*? La propiedad de ser malo no parece ser el tipo de propiedad que puede ser detectada o transducida informacionalmente. Podría decirse que, una versión teórica informacional del representacionismo puede no ser apropiada para los qualia afectivos (pero ver Tye 2006b para una respuesta).

Pero quizás una semántica de rol funcional podría ser de utilidad para entender mejor lo que significa para las experiencias de dolor el representar el daño tisular como malo. La idea es que las experiencias de dolor juegan un cierto rol funcional/causal en la economía conductual y mental de sus poseedores. En particular, dado que estas experiencias normalmente señalan daño, las mismas son típicamente asociadas causalmente con cierta batería de efectos cognitivos y conductuales. Podría decirse que este perfil causal o funcional como un todo (más que como una unión meramente informacional) es lo que hace que las experiencias de dolor *representen* al daño tisular como malo.

No queda claro, sin embargo, si el representacionismo está haciendo alguna mella en esta propuesta una vez que se hace un llamado al funcionalismo. Por un lado, transforma al representacionismo fuerte en una teoría internalista parcial. Por el otro, ¿por qué no decir simplemente que el rol funcional por sí mismo *constituye* la fenomenología afectiva del dolor? De hecho, el funcionalismo (o mejor: el psicofuncionalismo) en la filosofía de la mente ha tratado siempre los dolores como ejemplos paradigmáticos de estados mentales cualitativos cuya fenomenología puede ser plausiblemente capturada por propuestas funcionalistas. Lo que hizo esto prima facie plausible fue la fenomenología afectiva del dolor (al contrario de su fenomenología sensorial), la cual está esencialmente conectada con el hecho de que el dolor es un motivador intrínseco. Pero una vez que se le da paso al funcionalismo, no necesitamos desviarnos a través del representacionismo. De hecho, es difícil ver cómo una experiencia que representa algo como malo puede ser un motivador intrínseco por sí mismo. Para explicar cómo, un representacionista tiene que recurrir a mecanismos (¿aprendizajes?) adicionales para conectar el contenido representacional con la unidad y la motivación.

## 5 Teorías evaluativas y motivacionales [↑](#)

Aunque un tratamiento funcionalista de los qualia afectivos parece problemático para los representacionistas puros, podría ser bien recibido por los teóricos perceptuales en general, los cuales están buscando dar una respuesta naturalista al dolor como percepción. Todo lo que ellos necesitan hacer para acomodar la fenomenología afectiva del dolor es decir que la sensación de dolor involucra la percepción, aunque la percepción no agota su naturaleza: sentir dolor es también una experiencia afectivo/emocional que puede explicarse en términos del rol funcional del contenido sensorial/representacional del dolor. (Véase por ejemplo, Lycan 1987a, 60-61, Aydede 2000, y Clark 2006, para propuestas similares a esta línea). Esta visión, como recordamos, es lo que la definición de la IASP parece recomendar. También parece estar incluida en la concepción razonable del dolor.

De hecho, un cierto número de teóricos han abrazado este tipo de abordaje el cual podría denominarse en última instancia 'teorías mixtas del dolor'. Estas se manifiestan en una variedad de formas, a veces motivadas por diferentes tipos de preocupaciones, y de acuerdo a esto, enfatizando diferentes aspectos del dolor. Pero la idea básica es que la naturaleza del dolor es compleja ya que la constituyen al menos dos elementos mentales. Generalmente, un elemento se caracteriza por el uso de uno o más de los siguientes grupos de términos: sensorial, perceptual, representacional, discriminativo, descriptivo, o informacional. El otro es caracterizado por uno o más de los términos: afectivo, emocional, motivacional, evaluativo, o imperativo. Hasta ahora nos hemos enfocado en aquellas teorías que se han centrado el primer aspecto. De hecho, esto ha sido el estilo abrumadoramente dominante de teorización – al menos en la tradición filosófica. Pero existe un creciente reconocimiento del hecho que el dolor tiene un aspecto afectivo y motivacional el cual parece ser prima facie diferente de su aspecto sensorial o perceptual (ver la siguiente sección para evidencia científica). Como fuera observado, la mayoría de los teóricos perceptuales y representacionistas suaves han logrado, como evidencia la historia, resolver el aspecto afectivo del dolor con diferentes grados de éxito – en su mayor parte, y como se describiera con anterioridad, adoptando la postura cognitivista.

Sin embargo, una parte de dichos teóricos se ha enfocado más en el aspecto afectivo de las experiencias del dolor más que en sus aspectos sensoriales/perceptuales, quizás al percibir que este aspecto es el que transforma las experiencias de dolor y otras sensaciones corporales en únicas y distintivas. Existen precedentes históricos para este tipo de abordaje (por ejemplo, Marshall 1982, 1984a, 1984b; Duncker 1941), pero nos enfocaremos en los desarrollos contemporáneos de esta perspectiva.

Un buen ejemplo es Nelkin 1994. Nelkin denomina su teoría, la 'teoría evaluativa del dolor', de acuerdo a la cual el dolor consiste en dos componentes, uno de los cuales es un estado fenomenal recurrente que representa varios problemas en partes del cuerpo. El segundo componente es una evaluación simultánea sin características ilativas de este estado fenoménico. Nelkin concibe esta evaluación como una forma de juicio espontáneo *de re* acerca del estado fenomenal como una representación de daño en el cuerpo. Nelkin piensa que ambos elementos son necesarios para la experiencia del dolor. Sorprendentemente, sin embargo, Nelkin declara que el componente evaluativo no debería equipararse con el afecto y la motivación involucrados en la experimentación del dolor. De acuerdo a Nelkin, estos dos se encuentran relacionados sólo contingentemente con las experiencias del dolor. (Se presenta una perspectiva similar en Hall 1989.)

Otra teoría evaluativa es ofrecida por Helm (2002) quien desarrolla la perspectiva en una manera más integrada. De acuerdo a Helm, los dolores corporales y los placeres son simplemente evaluaciones sentidas, evaluaciones espontáneas de lo que está pasando en nuestro cuerpo como bueno o malo. De acuerdo a Helm, estas evaluaciones no son juicios comprendidos habitualmente. Sin embargo, los mismos tienen contenidos intencionales racionalmente sensibles a un rango más amplio de estados conativos y cognitivos de fondo del experimentador. Por ende, al ser evaluaciones sentidas, las mismas motivan y racionalizan intrínsecamente la conducta típicamente asociada al dolor y el placer. Entonces, ellas no son un componente separado o separable del dolor. Los dolores y el placer *son* simplemente evaluaciones sentidas. La perspectiva de Helm está matizada de muchas maneras ya que depende de su teoría bastante bien elaborada de las emociones (Helm 2001).

Hall (2008) y Klein (2007) también ofrecen descripciones del dolor que pertenecen a esta clase de teorías evaluativas. Ellos llaman sus perspectivas teorías 'imperativas', de acuerdo a la cual los dolores son experiencias con contenido puramente intencional. De acuerdo a Hall, los dolores tienen un contenido intencional compuesto, compuesto en parte por contenido descriptivo, y en parte por contenido imperativo. Desde su perspectiva, las experiencias de dolor *representan* el daño real o potencial de partes corporales y *demandan* ciertas acciones que involucran esas partes, como ser: "¡Alto! Deja de hacer lo que estás haciendo con esta parte del cuerpo" (Hall 2008, 534).

Klein (2007) desarrolla aún más esta perspectiva imperativa del dolor en una manera más radical: él propone que las experiencias de dolor se agotan únicamente por su contenido imperativo. Él sostiene que ellas no tienen ningún contenido descriptivo (en sus palabras, representacional). El autor presenta su perspectiva con el mismo espíritu metafísico con el cual los representacionistas fuertes presentan sus propuestas: la diferencia radica en el tipo de contenido intencional que posee el dolor. De acuerdo a los representacionistas fuertes (en la terminología de Klein, intencionalistas), este contenido es puramente descriptivo. De acuerdo a Klein, es puramente imperativo: una proscripción contra la acción de partes del cuerpo en donde se siente dolor.

Gustafson (2006) desarrolla un argumento extendido y de varias etapas en contra del entendimiento del dolor como experiencia sensorial. Desde su perspectiva, los dolores son esencialmente emociones.

Cuando se explora la base naturalista de estas teorías evaluativas, las reducciones funcionalistas o psicofuncionalistas de la dimensión afectivo/evaluativa podrían terminar siendo la opción más natural para estas teorías.

## 6 El eliminativismo sobre el dolor [↑](#)

### 6.1 El argumento que parte de la disociación reactiva para eliminar el dolor [↑](#)

Daniel Dennett, en su influyente artículo, "Por qué no se puede fabricar una computadora que sienta dolor" (1978; del

Inglés “Why you can’t make a computer that feels pain”), argumentó que el concepto tradicional de dolor es irremediabilmente incoherente y debería ser abandonado. Su argumento se basó en algunos síndromes clínicos de dolor los que él apodó de “disociación reactiva” del componente afectivo del dolor respecto de su aspecto sensorial.

Se sabe fehacientemente que ciertos procedimientos quirúrgicos, algunas drogas y ciertas condiciones patológicas reducen o eliminan la sensación desagradable del dolor mientras que preservan los aspectos sensorio-discriminativos. Esta información normalmente proviene de pacientes que han tenido una lobotomía prefrontal (Freeman et al. 1942; Freeman y Wattz 1946, 1950; Hardy et al. 1952; Barber 1959; Bouckoms 1994) o una cingulotomía (Fotz y White 1962a, 1962b; White y Sweet 1969) como último recurso para su dolor crónico intratable (como el que se observa frecuentemente en el dolor por miembro fantasma, la neuralgia, la causalgia, en los dolores psicogénicos severos y por cáncer), de pacientes bajo los efectos de sugestión hipnótica (Barber 1964; Rainville et al. 1997, 1999), el óxido nitroso (gas de la risa), y algunos derivados de los opioides como la morfina (Barber 1959). Estos pacientes en su mayoría están de acuerdo en que cuando sienten dolor, lo pueden reconocer e identificar como tal, pero no lo sienten o parece importarles o los estresa del modo en que es característico cuando se experimenta dolor.

No obstante, aunque no se las reconocen usualmente existen, en la literatura, importantes diferencias entre los fenómenos que afligen a estos pacientes, los cuales son manifestados en los reportes de los pacientes y sus conductas. Por ejemplo, la asimbolia del dolor produce también típicamente un tipo de disociación –un tipo bastante importante– a veces similar al de los pacientes con cingulotomía, aunque curiosamente diferente del de los pacientes con lobotomía (Rubins y Friedman 1948; Hurt y Ballantyne 1974; Berthier et al. 1988, 1990; Devinsky et al. 1995; Weinstein et al. 1995). De hecho, existe evidencia que la asimbolia del dolor puede que sea la única forma genuina de disociación (Grahek 2007). Estos pacientes, por ejemplo, no reaccionan ni siquiera a dolores momentáneos como el alfilerazo, cortes pequeños o quemaduras. Los estímulos dolorosos experimentales fallan en producir cualquier reacción afectiva reconocible. Sin embargo, los pacientes insisten que el estímulo les causa dolor –ellos identifican la experiencia como dolor (Rubins y Friedman 1948; Berthier et al. 1988, 1990; Dong et al. 1994; Weinstein et al. 1995). Los pacientes con lobotomía o bajo los efectos de la morfina, por otra parte, muestran usualmente reacciones afectivas y síntomas cuando son momentáneamente estimulados por un estímulo normalmente doloroso. Pero a ellos no parece importarles o ser molestados por sus dolores persistentes o crónicos. Probablemente, ellos aún sienten el aspecto afectivo negativo pero no les importa, mientras que el dolor de los pacientes con asimbolia ni siquiera sienten el contenido afectivo negativo momentáneo.

Estos dos casos también deben ser distinguidos de la llamada insensibilidad congénita del dolor, una condición en la cual los pacientes ni siquiera reportan cualquier tipo de experiencia de dolor bajo varios tipos de nocicepción –estos pacientes no viven mucho (McMurray 1955, 1975; Baxter y Olszewski 1960; Stembach 1963; Brand y Yancey 1993).<sup>17</sup>

En su publicación, Dennett se basa principalmente en el tipo de disociación observada en los casos de lobotomía o bajo la influencia de la morfina y los trata como si los mismos implicaran el mismo tipo de disociación importante presente en el dolor asimbólico. Dennett presenta también ciertos aspectos de la teoría del control de la compuerta de la transmisión del dolor desarrolladas por Melzack y Wall la cual ha comenzado a revolucionar la investigación científica sobre el dolor (Melzack y Wall 1965; Melzack 1973). Inspirado por esta teoría, él presenta una teoría funcional especulativa sub-personal del procesamiento del dolor, de acuerdo a la cual el procesamiento del dolor ocurre en muchos componentes funcionales diferentes (inclusive anatómicamente) del sistema nervioso central, mayormente en paralelo, de modo tal que los mismos pueden verse dañados selectivamente. Este tipo de daño selectivo, él dice, puede producir no sólo la disociación del tipo con el cual estamos familiarizados, sino también muchos otros fenómenos bizarros que podemos esperar encontrar e imaginar que ocurren. Su perspectiva es que nuestra noción habitual del dolor con sus intuiciones esencialistas no puede afrontar las implicancias de tales desarrollos científicos en la investigación del dolor.

De acuerdo al concepto de dolor basado en el sentido común, Dennett argumenta,

(14) Las experiencias de dolor son *esencialmente* dolorosas, horribles, abominables, de modo tal que es una imposibilidad lógica el tener una experiencia afectivamente neutral del dolor.

Pero es también parte del sentido común que



(15) el acceso de una persona a sus experiencias de dolor es esencialmente “privilegiado o infalible o incorregible” (1978, 226).

En el caso de pacientes con disociación reactiva (DR), estos dos pilares principales de nuestra concepción tradicional del dolor caen en un conflicto irremediable de acuerdo a Dennett. Un paciente DR totalmente alerta y conceptualmente competente sinceramente cree que (a) está teniendo una experiencia de dolor, y que (b) su experiencia de dolor no es para nada dolorosa. Dado (14) y (a), nosotros, así como el paciente, podemos concluir que el paciente está teniendo una experiencia de dolor dolorosa. Pero esto contradice su creencia (b) la cual se garantiza es cierta dado (15). Entonces, tenemos un concepto contradictorio del dolor, lo que significa que nada puede ser un dolor –un objeto o evento con propiedades esencialmente contradictorias no existe ni puede existir. Dennett también argumenta que la noción tradicional del dolor no puede sobrevivir al renunciar ya sea a (14) o (15). Entonces los dolores, entendidos como habituales, no existen. Este es el eliminativismo acerca del dolor de Dennett.

También debemos notar que los investigadores de dolor mismos, quienes escribieron la definición del ‘dolor’ de IASP y su nota adjunta, parecen estar del lado de Dennett sobre la verdad de (14). Esto es bastante interesante ya que ellos deben conocer muy de cerca los casos de disociación reactiva. Hoy, casi veinte años después que la definición de la IASP fuera adoptada, nosotros sabemos que estos casos son reales y tenemos buenas explicaciones científicas que se aproximan al espíritu de las especulaciones de Dennett. Pero, extrañamente, la definición no ha sido nunca atacada desde estos ángulos –al menos según entiendo. Entonces, ¿deberíamos darnos por vencidos (15)?

Una manera de responder al desafío de Dennett es decir que si la concepción razonable del dolor de hecho necesitaba de (14) y (15), entonces era simplemente errónea (Kaufman 1985). Por ello, estrictamente hablando nada se corresponde con la noción habitual del dolor. Pero dado que las experiencias de dolor son casi siempre desagradables (de hecho, siempre desagradables en casos no-patológicos), podemos reemplazar fácilmente la concepción defectuosa con una nueva, la cual es lo bastante cercana como para no causar alarma por ser en sí misma vacía – leer (14) con ‘normalmente’ en lugar de ‘esencialmente’. Se puede ejercitar una línea similar para (15).

Alternativamente, uno podría argumentar en contra de Dennett que (14) y (15) no son realmente parte del concepto de sentido común del dolor (Conee 1984, Kaufman 1985, Guirguis 1998). De hecho, cuando nos proveen los detalles completos de lo que ocurre en los casos DR, no existe una tendencia a concluir que los dolores no existen. Más bien, en tales casos nos damos cuenta de que la fenomenología del dolor puede ser compleja: lo que parece ser una fenomenología simple y homogénea en la introspección causal, termina teniendo una estructura compleja a la inspección cercana y entrenada (desafiando una lectura estricta de (15)). Entonces lo que los casos DR muestran es que el aspecto afectivo no es esencial para clasificar una experiencia como dolor. De hecho, tal conclusión fue instada por los primeros psicólogos introspeccionistas mucho antes del descubrimiento de la disociación reactiva. Entonces, aprendemos que la identidad del dolor se relaciona con su aspecto sensorial más que con su aspecto afectivo (como, de hecho, el estudio del caso de Ploner en 1999 parece demostrar). Sorprendente, sí, pero nada parecido a una importante confusión conceptual. Aunque debería darse de todos modos parte del crédito a la observación general de Dennett: el límite de lo que puede ser revisado conceptualmente o abandonado como resultado del desarrollo científico podría estar mucho más cerca de la realidad de lo que pensamos habitualmente.

## 6.2 Otros argumentos para el eliminativismo [↑](#)

En su libro, *“El mito del dolor”* (1999; del inglés *“The Myth of Pain”*), Valerie Hardcastle argumentó a favor de la eliminación de la comprensión de sentido común del dolor y mucho de la charla habitual del dolor. Ella argumenta que la noción de sentido común del dolor concibe los dolores como sensaciones subjetivas simples desprovistas de complejidad. De acuerdo a Hardcastle, el dolor es un fenómeno complejo que consiste en muchas dimensiones disociables. A los dos componentes (sensorio-discriminativo y afectivo-emocional) ya discutidos, ella agrega, en línea con Melzack y Wall (1988) y otros, un componente cognitivo (involucrando juicios, creencias, memorias, percepción del ambiente y la propia historia del paciente). Hardcastle declara que del mismo modo en que estos componentes son ignorados por la concepción razonable del dolor, del mismo modo tal concepción es inadecuada. Más aún, desde su perspectiva, es un error fatal el tomar esta sensación subjetiva del dolor como la naturaleza del dolor porque piensa que una comprensión biológica más realista que involucre los varios sistemas de procesamiento de la

información nociceptiva servirá a nuestros propósitos científicos mucho mejor y que la comprensión razonable del dolor debería adherir a esto.

Existen otras maneras de ser eliminativista acerca de los dolores desde la perspectiva de la naturaleza de los qualia o la existencia presunta de objetos fenoménicos aparentes. Algunos filósofos, sintiendo que los qualia o los objetos fenoménicos no pueden ser explicados por un naturalismo científico emergente, tienden a concluir que los mismos simplemente no pueden existir del modo en que nosotros los concebimos filosóficamente (Dennett 1988, Rey 1997). Esta es una preocupación particularmente vívida para las sensaciones corporales intransitivas en general y para el dolor en particular, ya que parecen impactar en nosotros como si al tenerlas estuviéramos literalmente enfrentados con objetos fenoménicos que no pueden ser parte del orden natural del mundo. Si llegamos a la conclusión de que ninguna de las teorías ofrecidas tienen chances de ser exitosas en ayudarnos a entender cómo el mundo puramente físico puede contener dolores, cosquillas, picazones, orgasmos, etc., entonces una manera de encararlo es decir que no existen –más que renunciar al naturalismo o al fisicalismo. Pero los temas aquí son más generales, y pertenecen a inquietudes más amplias en la filosofía de la mente.

## 7 Conclusión [↑](#)

Cuando observamos la ciencia del dolor, especialmente a lo ocurrido desde las publicaciones de Melzack y Wall (1995) y Melzack y Casey (1968), las cuales revolucionaron la investigación sobre dolor, vemos que la ciencia del dolor concibe cada vez menos al dolor como la percepción de una realidad objetiva, y más como una emoción, primero mediante el trazado de la distinción sensorial/afectiva, y luego mediante un mayor resaltado de sus aspectos afectivos. (Para una revisión, ver Price 1999 y Aydede 2006. Ver Gustafson 2006 para una discusión substancial del dolor principalmente como una emoción. Basándose en la ciencia, A.D. Craig 2003 declara que los dolores son emociones homeostáticas. Ver también Chapman y Nakamura 1999, así como también Vogt 2005 para las bases científicas que relacionan al dolor con la emoción.) Como hemos visto, la tendencia en filosofía, por otro lado, ha sido en la otra dirección: como el naturalismo ha comenzado a convertirse en ortodoxia en la segunda parte del siglo 20, los filósofos han buscado progresivamente modos para lograr conectar el dolor con la percepción ordinaria como la visión, la audición, etc.

Una de las motivaciones principales detrás de las perspectivas perceptuales/representacionales del dolor en filosofía es la creencia (o esperanza) de que la percepción como un tipo de recolección de información puede ser entendida en su totalidad en términos fisicalistas. Por supuesto, esta es una proclamación controvertida. Hay muchos que piensan que la percepción que involucra, como lo hace, la experiencia fenoménica consciente, no puede ser un fenómeno puramente físico.<sup>18</sup> Sin embargo, inclusive estos teóricos podrían aceptar que es una estrategia teórica plausible el perseguir la comprensión del dolor y otras sensaciones corporales intransitivas en términos perceptuales/representacionales. Esta estrategia, si funciona, minimiza la diversidad de los fenómenos mentales, y así ofrece potencialmente el panorama de una teoría de la mente más unificada. Si esta teoría logra una armonía con el resto de nuestras ciencias y sus presunciones metodológicas y metafísicas fundamentales, mucho mejor. De hecho, fue la plausibilidad de esta estrategia y la creencia de que eventualmente lograremos comprender la percepción en términos puramente naturalistas lo que impulsó a muchos filósofos a proponer teorías perceptuales/representacionales del dolor. Muchos de hecho creen que la filosofía ha hecho grandes progresos en la segunda mitad del último siglo en el desarrollo de herramientas conceptuales para una comprensión mejor y más naturalista de la percepción y la mente en general –por ejemplo, la noción de la representación mental y su procesamiento computacional (en sentido amplio).

Pero, la tendencia científica en pos de la comprensión del dolor como una experiencia subjetiva, menos como una percepción y más como una emoción con una relación variable con estímulos nocivos, ¿afecta el proyecto filosófico? No existe una respuesta simple. Podríamos decir, “sí, lo hace”, si tomamos las teorías perceptuales/representacionales desde su contundente afirmación de que el dolor no es, estrictamente, más que una percepción, tal cual lo son otras percepciones estándar. Podríamos decir, “no, no lo hace” si tomamos la declaración en su sentido más débil en que el dolor *involucra* la percepción entendida en una determinada manera (si asumimos que los perceptualistas pueden responder otros argumentos en contra de sus perspectivas, tales como el argumento del enfoque). Nada en la

comprensión científica del dolor por sí mismo parece mostrar que el dolor no involucre ningún tipo de percepción. Al contrario, tal como la ciencia del dolor ha descubierto alrededor de los últimos cuarenta años, existen sistemas fisiológicos especializados que procesan el estímulo nociceptivo desde el momento del efecto sobre receptores periféricos hasta el procesamiento central de estas señales en la médula espinal y el cerebro. Esto es lo que pasa en *todas* las cinco modalidades sensitivas, incluyendo el tacto. De hecho, el dolor podría ser clasificado como una submodalidad del tacto.

Si tomamos la proclamación más débil de que la sensación de dolor involucra percepción sensorial pero no agota su naturaleza debido a su dimensión afectiva, podríamos preservar aún una perspectiva naturalística del dolor dando una explicación funcionalista (o, psicofuncionalista) de su aspecto afectivo. De acuerdo a esta propuesta, a pesar de que el aspecto sensorio-discriminativo del dolor puede *quizás* ser tratado representacionalmente,<sup>19</sup> el aspecto afectivo se reduce a la manera en que se procesan las propiedades sensorio-discriminativas del estímulo, no para el análisis de la extracción de información acerca de las propiedades proximales y distales del estímulo, sino más bien por su significancia en los sistemas efectores o motores, para establecer parámetros motivacionales de acción sobre la base del contenido información del estímulo. Existe, de hecho, evidencia sólida que apoya tal tesis en las historias evolutivas de los diferentes organismos en diferentes jerarquías del desarrollo. La evidencia neurocientífica acerca del cerebro afectivo parece apoyar también esta idea en general.<sup>20</sup>

Esta es una perspectiva que trata al dolor como un estado tanto representacional como funcional. Tal perspectiva aún tiene que proveer una buena respuesta al problema del enfoque que hemos visto afecta todas las perspectivas perceptuales/representacionistas. ¿Por qué existe una asimetría en la aplicación del concepto, o en el foco de la categorización conceptual? El sostener que el dolor tiene un afecto negativo profundamente pronunciado parece no ser totalmente adecuado, inclusive cuando tenemos una consideración adecuada de en qué es lo que este afecto consiste.

Estas son las preguntas principales a las que una consideración perceptual adecuada del dolor debería dar respuesta. Así, a pesar de los significativos avances en nuestra comprensión filosófica y científica del dolor en los últimos cincuenta años, aún queda mucho camino por recorrer antes de poder desarrollar un concepto completamente satisfactorio del dolor.

Existen otras preguntas filosóficas, como así científicas, acerca del dolor. Los animales, ¿sienten dolor? Si lo hacen, ¿es comparable con el modo en que nosotros sentimos dolor? ¿Cuáles son las implicancias sociales, económicas, éticas y religiosas de las respuestas afirmativas a estas preguntas? ¿Cómo puede un animal ser estudiado científicamente? ¿Cuál debería ser la metodología de estudio científico en animales en general, y del dolor animal en particular? ¿Cómo podemos proyectar los resultados obtenidos en investigación del dolor en animales sobre los humanos? Preguntas paralelas o similares emergen en el caso de los fetos e infantes jóvenes que resultan inclusive, por razones obvias, más relevantes y urgentes. ¿Cuál es la relación entre dolor y placer, o dolor y emociones en general? ¿Cuáles son las implicancias y estatus ético y religioso del dolor? Estas y muchas otras preguntas siguen siendo el foco de muchos investigadores en este campo de estudio. (La literatura que se ocupa de estas preguntas es enorme y crece rápidamente; para trabajos representativos, consúltese la Bibliografía sobre Dolor citada en la sección “Herramientas académicas” más adelante).

## 8 Notas [↑](#)

1.- Aunque su aceptación no es universal, la controversia que aún existe parece relacionarse con su formulación y detalles, no con su substancia. De hecho, inclusive aquellos que han sido críticos de esta definición la consideran un avance importante sobre una concepción del dolor sobre la cual la *Nota*, anexa a la definición principal, nos alerta. Para una discusión crítica ver Melzack (1988), Price (1988, 1989), Fields (1999), Hardcastle (1999), y Aydede y Güzeldere (2002). El término ‘nociceptor’ usado en la definición se refiere a terminales nerviosas libres bajo la piel o que inervan otras partes del cuerpo o tejido orgánico que están diseñadas especialmente para responder sólo a estímulos dañinos.[Volver al texto](#)

2.- Tales síndromes no se restringen a dolores crónicos que se perciben en miembros fantasmas luego de un accidente o amputación, ni tampoco se refieren a dolores tales como el dolor en el brazo izquierdo debido a una condición cardíaca. 40% de todos los Americanos sufren de dolor crónico al menos una vez en sus vidas –hay más de 1500 clínicas especializadas en dolor sólo en los Estados Unidos, dedicadas a tratar dichos casos y otros síndromes de dolor como ser el dolor por cáncer. Un elevado número de estos tipos de dolores se deben a alguna patología en los nervios aferentes periféricos, o más típicamente, son causados centralmente (por ejemplo, sentir dolor en una región particular del cuerpo causado por el sistema nervioso central cuando no existe nada físicamente malo en esa parte del cuerpo). En tales casos, a pesar de que quizás no haya nada físicamente malo en la localización corporal en dónde se siente el dolor, existe obviamente algo malo con los mecanismos neurales que generan tales experiencias –pero esto es otro tema. [Volver al texto](#)

3.- De hecho, algunos de mis estudiantes con frecuencia expresan esto cuando les enseño este material y los desafío con la pregunta. Sin embargo, es importante notar que lo que sigue es una mera especulación y que no debería considerarse como parte del sentido común –de hecho, no lo es. [Volver al texto](#)

4.- La palabra ‘intransitivas’ proviene de Armstrong (1962, 1968). Armstrong contrasta estas sensaciones intransitivas con sensaciones corporales ‘transitivas’ tales como el sentir la temperatura o suavidad de un objeto, en donde la experiencia tiene un objeto perceptual no-mental directo. [Volver al texto](#)

5.- Broad (1959) defiende una de las versiones más sofisticadas de la teoría de los datos sensoriales. Curiosamente, sin embargo, los dolores y sufrimientos, de acuerdo a Broad, son menos abiertos a un análisis acto-objeto. Él escribe:

“No resulta obvio en lo absoluto que una sensación de dolor de cabeza incluya un acto de percepción y un objeto ‘de dolor de cabeza’; por el contrario, parece en general más plausible describir la experiencia completa como un estado mental ‘de dolor de cabeza’. De hecho, la distinción del acto y objeto parece haberse desvanecido; y como hay *algo* claramente mental en el sentir un dolor de cabeza, tal como lo hay en percibir una mancha roja, parece plausible sostener que una sensación de dolor de cabeza es un hecho mental no analizable, dentro del cual no puede encontrarse una distinción entre acto y objeto. (1959, 99. 254-55)”.

Quizás por este motivo es que los dolores de cabeza y otros tipos de dolor son muy difusos espaciotemporalmente. Pero no queda claro si es de hecho más plausible hacer el mismo planteo acerca de los dolores agudos que son temporal y espacialmente bien delimitados, tales como un dolor punzante repentino en el dorso de nuestra mano derecha o el dolor causado por el pinchazo causado por un alfiler en nuestro muslo izquierdo, etc. [Volver al texto](#)

6.- La postura de Jackson (1976, 1977) es una defensa desvergonzada y técnicamente sofisticada de la perspectiva del dato sensorial en general y los dolores en particular. Véase también Addis (1986) para más información sobre una línea similar. Jackson ya no defiende la teoría de los datos de los sentidos: él ha rechazado recientemente el anti-fisicalismo y ha aceptado una perspectiva representacionista fisicalista similar a la que se discutirá más adelante. Véase Jackson (1998). [Volver al texto](#)

7.- H. H. Price (1950) parece defender este tipo de perspectiva. Él introduce la noción de un ‘campo de sentido’ de acuerdo al cual “los datos sensoriales no están en *ningún lado*, aunque tengan sus lugares en sus propios campos de sentido” (Price 1950, 248). Sin embargo, Price no trata los dolores como datos sensoriales en sí mismos, sino como “partes destacadas de un dato sensorial (en otras palabras, de un total somático) el cual muestra un tipo particularmente llamativo de cualidades sensibles” (Price 1950, 232). Para Price, cuando se refiere a sensaciones somáticas y sentimientos, existe sólo un dato sensorial con su propio campo de sentido somático único de modo tal que todos los sentimientos y sensaciones corporales son cualificaciones o modificaciones del mismo. [Volver al texto](#)

8.- Perkins (1983) no es un teórico de los datos sensoriales, aunque es un realista indirecto. Él prescinde de objetos fenoménicos a favor de cualidades fenoménicas representadas por nuestra propia experiencia o que nosotros incorporamos de alguna manera. Pero aun así, él toma el modelo del acto-objeto como el análisis apropiado de la experiencia sensorial excepto que el acto ahora es dirigido no hacia un *objeto* mental sino más bien hacia una instancia de una *cualidad*. Por consiguiente, no todas las teorías realistas indirectas son teorías de los datos de los sentidos, pero esta sutileza, aunque importante para algunos propósitos, no hará a la diferencia para lo que sigue –pero véanse las Secciones 3.1 y 3.5. [Volver al texto](#)

9.- Otros teóricos perceptuales (en la tradición realista directa) incluyen McKenzie (1968), Wilkes (1977), Fleming (1976), Graham y Stephens (1985) y Stephens y Graham (1987), Newton (1989), Hardcastle (1997; 1999). Para críticas de algunas de las perspectivas perceptuales del dolor, véase Vesey (1964a, 1964b), Margolis (1976), Mayberry (1978, 1979), Everitt (1988), y Grahek (1991). Grice (1962) ha argumentado ya que existe una distinción fundamental entre las sensaciones corporales y la percepción estándar. Véase Armstrong (1994), y Pitcher (1978) para críticas del trabajo de otro teórico perceptual, McKenzie (1968), el cual declara que 'el dolor puede ser aceptado como un sentido en el modo en que el olfato es un sentido' (McKenzie 1968, 189). Para una defensa reciente y bastante radical de la perspectiva perceptual del dolor, véase Hill (2004, 2006). [Volver al texto](#)

10.- Pitcher expresa así su sorpresa en el párrafo de apertura de su influyente artículo:

"Debo defender la tesis general de que el sentir, o el tener, un dolor, es involucrarse en una forma de percepción, que cuando una persona tiene dolor, está percibiendo algo. Esta perspectiva perceptual del dolor impactará en muchos como bizarra. Pero los teóricos de los datos sensoriales, al menos, no deben encontrar nada extraño en esto: de hecho, estoy intrigado en por qué los filósofos de tal escuela no subscriben a la perspectiva perceptual del dolor *por rutina*. Sin embargo, ya que no soy un teórico de los datos sensoriales sino un realista directo, adhiero a lo que en principio parece ser una posición irremediamente perversa –en otras palabras, una versión realista directa de la perspectiva perceptual del dolor. (Pitcher 1970, 368). Ver el siguiente texto de por qué Pitcher llama su posición realista directa una "posición irremediamente perversa". [Volver al texto](#)

11.- Compárense las siguientes analogías:

i.- Judy está bailando un vals ii.- La sonrisa en la cara de John era maliciosa

Sería un error analizar estas oraciones respectivamente de la siguiente manera:

(i-a) Existe un objeto que es un vals tal que Judy se encuentra en una relación de danza con el mismo.

(ii-a) Existe un único objeto el cual es una sonrisa y esta es maliciosa de manera tal que John se encuentra en una relación de tener en la cara la misma.

En cambio, resulta obvio que dichas oraciones deberían interpretarse de la siguiente manera:

(i-b) Judy está bailando *valseadamente*.

(ii-b) John se sonreía maliciosamente.

La ontología de (i-a) y (ii-a) parece ser más costosa que la de (i-b) y (ii-b) en que la primera requiere dos datos misteriosos *además de y distinto de* Judy y John, mientras que la última, al menos *prima facie*, sólo dos datos conocidos, Judy y John, y su estar involucrados en una actividad de un cierto tipo o de una cierta manera. El propósito del adverbialismo en la filosofía de la mente y de la percepción es utilizar esta estrategia con la esperanza de que, cualquiera sea la forma verdadera en que la semántica formal de los adverbios ocurra, no nos conduzca a tipos extraños de datos: en suma nos sentimos confiados acerca de lo que ocurre ontológicamente cuando expresamos un estado de las cosas al formular una oración en la cual uno califica adverbialmente un verbo.

Así que de manera similar cuando uno está viendo una imagen residual azulada, uno no se posiciona en relación visual con un determinado dato misterioso que es azul de la manera en que las teorías de los datos de los sentidos exigen. En cambio, en el adverbialismo, uno está en un estado de experimentación en cierta manera, por ejemplo, 'azulmente'; esto suele ser propuesto como estar en un estado de percepción de un cierto tipo, el tipo en el que uno está típicamente haciéndolo cuando está viendo algo de hecho de color azul. En otras palabras, 'azul' en el reporte de una imagen residual azulada no califica como un dato físico o mental de hecho azul, sino más bien califica como una actividad de la persona *qua* perceptor estándar.

La semántica formal apropiada de los adverbios aún es un tópico controversial en la lingüística. Pero el adverbialismo es principalmente propuesto como una tesis ontológica en la filosofía de la percepción, aunque los temas interactúan entre sí. También, en términos estrictos, puede no ser cierto que el adverbialismo acerca de las experiencias

perceptuales pueda conformarse con una sola persona, el perceptor. Una versión de gran importancia del adverbialismo es la teoría de modificación de los eventos, la cual cuantifica eventos primitivos y toma adverbios para modificar estos eventos –véase Davidson (1980). En esta perspectiva, hay dos individuos: el perceptor y el evento de percepción de un objeto. Pero muchos defensores de esta perspectiva podrían tomar este compromiso como inocuo si se compara con el compromiso de los objetos fenoménicos como el de los datos sensoriales.

Para defensas tempranas del adverbialismo, véase Ducasse (1952) y Sellars (1975). Aune (1967) puede interpretarse como una variante del adverbialismo explícitamente aplicado al dolor. Chisholm (1957) defiende una perspectiva (la “teoría de la apariencia”) la cual tiene afinidades cercanas con el adverbialismo. Kraut (1982), Lycan (1987a), y Tye (1984a) son defensas más recientes y técnicamente más sofisticadas del adverbialismo en general. Tye (1984b) y Douglas (1998) defienden específicamente el adverbialismo sobre el dolor. El último es una respuesta adverbialista a Langsam (1995) quien intenta dar una explicación de por qué pensamos y hablamos acerca del dolor como objetos mentales. Para una crítica poderosa del adverbialismo, véase Jackson (1975; 1977), Robinson (1994), y Foster (2000). [Volver al texto](#)

12.- De hecho, cuando Pitcher introdujo por primera vez la noción de lo desagradable como una razón por la cual nuestro concepto del dolor funciona del modo en que lo hace (ver más adelante), él escribe en una nota entre paréntesis:

“(Cuando me refiero al acto, o estado, de sentir dolor como una *experiencia*, por supuesto, no me refiero a que es un hecho exclusivamente mental o similar: Me refiero a ‘experiencia’ en el mismo sentido que tiene andar en bicicleta o estar acostado sobre una alfombra junto al fuego –es decir, simplemente como algo que hacemos o nos ocurre.)” (Pitcher 1970, 379-80, *itálica en el original*).

Quizás las experiencias perceptuales no son hechos exclusivamente mentales. Sin embargo, uno no puede evitar pensar que son episodios empíricos conscientes en un sentido mucho más sólido que cuando se anda en bicicleta. [Volver al texto](#)

13.- Dretske y Tye son probablemente los representacionistas del dolor y otras sensaciones corporales más conocidos. Lycan (1987a, 60-61) contiene una declaración breve sobre una consideración representacionista del dolor; sin embargo, él no declara que los aspectos *afectivos* del dolor pueden también ser manejados representacionalmente. Parece tener en mente una teoría mixta representacionista cum psicofuncionalista acerca del dolor y otras sensaciones corporales. Ver más adelante. [Volver al texto](#)

14.- Aydede y Güzeldere (2005) ofrecen una semántica informacional pero no son externalistas acerca de los qualia. También, un rol funcional naturalista psicosemántico (internalismo) no parece quedar fuera de la cuestión. Véase Carruthers (2000, cap. 9) para una declaración representacionista del dolor que se acerca a esto –lo que él llama una psicosemántica del consumidor. Rey (1997, cap. 11) contiene una declaración de la experiencia sensorial de acuerdo a la cual las propiedades fenoménicas se identifican con roles funcionales limitados de estados sensoriales los cuales se identifican entonces con el contenido representacional limitado de estas sensaciones. Véase también White (1986) para una declaración funcionalista limitada similar. [Volver al texto](#)

15.- Los primeros realistas directos como Pitcher y Armstrong, entre otros, reconocieron esta dificultad y la encararon explícitamente. Nosotros no encontramos este tipo de reconocimiento acerca del dolor en los representacionistas fuertes (pero véase Tye 2006a, 2006b). Hill (2006) contiene una discusión extendida sobre este problema, pero su solución involucra el rechazo de la idea que el concepto del dolor aplica a la experiencia: él argumenta que éste aplica al daño tisular, no obstante las apariencias. [Volver al texto](#)

16.- De hecho, si las mismas fueran percepciones genuinas de condiciones corporales, estas serían formas raras de percepción: nadie parece tener la menor idea acerca de percepciones de qué son, lo cual queda de manifiesto por el hecho de que no tenemos conceptos que apliquen a lo que estas experiencias podrían representar. El concepto que tenemos no es otro que conceptos de COSQUILLO, HORMIGUEO, los cuales, tal como el DOLOR, no parecen localizar las condiciones físicas de partes del cuerpo para las cuales se aplican –ellos parecen localizar sus experiencias. [Volver al texto](#)

17.- Ver Price (1999, 2000, 2002) para una discusión clarificadora de tales casos y los mecanismos subyacentes. Price distingue entre el disgusto inmediato de la experiencia de dolor y lo que él llama el afecto secundario del dolor, el cual consiste de la evaluación cognitiva consciente de las consecuencias del dolor y su causa, el cual involucra varias reacciones emocionales (por ejemplo, preocupación, pánico, ansiedad, excitación, depresión, etc.) que típicamente dura mucho más que el comienzo del dolor. Piensa que la asimbolía del dolor involucra casos en donde el disgusto inmediato y el afecto secundario están ausentes, mientras que en otros casos, aunque el disgusto inmediato se halla presente, el afecto secundario está ausente.

Existe sólida evidencia de que la disociación entre los componentes sensoriales vs. los componentes afectivos del dolor también va en otra dirección: además de los casos en donde la intensidad del componente sensorial puede ser reducido sin afectar el disgusto de la experiencia (Gracely et al. 1979), existe al menos un caso bien documentado y estudiado en donde el paciente experimenta algo muy desagradable al recibir el estímulo nociceptivo, sin ser capaz de identificar su experiencia como dolor (Ploner et al. 1999). Vale la pena citar este estudio para ilustrar los resultados contra-intuitivos *prima facie*, los cuales proveen un fuerte apoyo para la naturaleza bidimensional de la experiencia del dolor:

"(A más altas intensidades de estimulación cutánea con láser) el paciente describió espontáneamente una sensación intensidad-dependiente 'claramente desagradable que surgía de un área mal localizada 'en algún lugar entre la punta de mis dedos y el hombro' que él quería evitar. El paciente, completamente cooperativo y elocuente, era completamente incapaz de describir más la cualidad, localización, e intensidad del estímulo percibido. Sugerencias de una lista provista que contenía 'tibio', 'caliente', 'frío', 'toque', 'quemazón', 'similar a un pinchazo', 'dolor leve', 'dolor moderado', 'dolor intenso' fueron negados". (Ploner et al. 1999, 213).

En comunicación personal, Donald Price ha indicado una característica importante de los hallazgos: el disgusto reportado por el paciente emergió sólo cuando la intensidad del estímulo con láser alcanzó los 350 mJ; esto es 150 mJ más que el umbral normal de dolor establecido para una mano derecha normal. Tal como lo enfatiza Price, esto parece indicar que la disociación entre el afecto y la sensación no es sólo una cuestión de que un sistema paralelo se descarga, sino que deja espacio para una interpretación serial de la interacción entre el afecto y la sensación. Price (2002) contiene información útil acerca de estos casos. [Volver al texto](#)

18.- Ver Robinson (1982), Jackson (1982, 1986), Chalmers (1996) entre otros. [Volver al texto](#)

19.- Quizás, porque contrariamente a lo que sucede con otras modalidades sensoriales exteroceptivas, existe una enorme variabilidad entre el estímulo nociceptivo y las experiencias de dolor. Esto podría ser tomado como evidencia de que inclusive el aspecto sensorial-discriminativo del dolor puede no ser representacional, o podría no ser *enteramente* representacional. Un representacionista fuerte tiene que argumentar su caso de cara a la aparente contra-evidencia científica -ver Hill (2006), que es sensible a este tema. [Volver al texto](#)

20.- Véase particularmente el trabajo de Kent Berridge y sus colegas de la Universidad de Michigan, (Berridge y Pecina 1995; Berridge 1996, 1999; Berridge y Robinson 1998). [Volver al texto](#)

## 9 Bibliografía [↑](#)

Addis, L. 1986. "Pains and Other Secondary Mental Entities". *Philosophy and Phenomenological Research* 47(1): 59-74.

Armstrong, D. M. 1962. *Bodily Sensations*. London: Routledge and Kegan Paul.

Armstrong, D. M. 1964. "Vesey on Bodily Sensations". *Australasian Journal of Philosophy* 42: 247-248.

Armstrong, D. M. 1968. *A Materialist Theory of the Mind*. New York: Humanities Press.

Aune, B. 1967. *Knowledge, Mind, and Nature: An introduction to Theory of Knowledge and the Philosophy of Mind*. New York: Random House.

- Aydede, M. 2000. "An Analysis of Pleasure vis-à-vis Pain". *Philosophy and Phenomenological Research* 61(3): 537-570.
- Aydede, M. 2006. *A Critical and Quasi-Historical Essay on Theories of Pain. Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Aydede, M. 2009. "Is Feeling Pain the Perception of Something?". *Journal of Philosophy* Vol CVI (10): 531-567.
- Aydede, M. y G. Güzeldere. 2002. "Some Foundational Issues in the Scientific Study of pain". *Philosophy of Science* 69(Suppl.): 265-283.
- Aydede, M. y G. Güzeldere. 2005. "Cognitive Architecture, Concepts, and Introspection: An Information-Theoretic Solution to the Problem of Phenomenal Consciousness". *Noûs* 39(2): 197-255.
- Aydede, M., Editor. 2006. *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study. A Bradford Book*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Baier, K. 1964. "The Place of a Pain". *The Philosophical Quarterly* 14(55): 138-150.
- Bain, D. 2003. "Intentionalism and Pain". *Philosophical Quarterly* 53(213): 502-522.
- David Bain 2007. "The Location of Pains". *Philosophical Papers* 36(2): 171-205.
- Barber, T. 1963. "The effects of 'hypnosis' on pain: A critical review of experimental and clinical findings". *Psychosomatic Medicine* 25: 303-333.
- Barber, T. X. 1959. "Toward a theory of pain: Relief of chronic pain by prefrontal leucotomy, opiates, placebos, and hypnosis". *Psychological Bulletin* 56: 430-460.
- Baxter, D. W. y J. Olszewski. 1960. "Congenital universal insensitivity to pain". *Brain* 83: 381-393.
- Berridge, K. C. 1996. "Food reward: Brain substrates of wanting and liking". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 20(1): 1-25.
- Berridge, K. C. 1999. "Pleasure, pain, desire, and dread: Hidden core processes of emotion". En *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, editado por D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz, 525-557. New York: Russell Sage Foundation.
- Berridge, K. C. y S. Pecina. 1995. "Benzodiazepines, appetite, and taste palatability". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 19(1): 121-131.
- Berridge, K. C. y T. E. Robinson. 1998. "What is the role of dopamine in reward: Hedonic impact, reward learning, or incentive salience?". *Brain Research Reviews* 28(3): 309-369.
- Berthier, M. L., S. E. Starkstein y R. Leiguarda. 1988. "Pain Asymbolia: A Sensory-Limbic Disconnection Syndrome". *Annals of Neurology* 24: 41-49.
- Berthier, M. L., S. E. Starkstein, M. A. Noguez y R. G. Robinson. 1990. "Bilateral sensory seizures in a patient with pain asymbolia". *Annals of Neurology* 27(1): 109.
- Block, N. 2006. "Bodily Sensations as an Obstacle for Representationism". En *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Bouckoms, A. J. 1994. "Limbic Surgery for Pain". En *Textbook of Pain*, editado por P. D. Wall y R. Melzack, 1171-87. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Brand, P. W. y P. Yancey. 1993. *Pain: The Gift Nobody Wants*. New York: Harper Collins Publishers.



- Broad, C. D. 1959. *Scientific Thought*. Paterson, NJ: Littlefield Adams.
- Byrne, A. 2001. "Intentionalism Defended". *Philosophical Review* 110(2): 199-240.
- Carruthers, P. 2000. *Phenomenal Consciousness: A Naturalistic Theory*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Chalmers, D. J. 1996. *The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory*. New York: Oxford University Press.
- Chapman, C. R. y Y. Nakamura. 1999. "A Passion of the Soul: An Introduction to Pain for Consciousness Researchers". *Consciousness and Cognition* 8: 391-422.
- Chisholm, R. M. 1957. *Perceiving: A Philosophical Study*. Ithaca: Cornell University Press.
- Chisholm, R. M. 1987. "Brentano's Theory of Pleasure and Pain". *Topoi* 6: 59-64.
- Clark, A. 2006. "Painfulness is Not a Quale". En *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Coburn, R. C. 1966. "Pains and Space". *Journal of Philosophy* 63(13): 381-396.
- Conee, E. 1984. "A Defense of Pain". *Philosophical Studies* 46: 239-248.
- Craig, A. D. (Bud). 2003. "A New Theory of Pain as a Homeostatic Emotion". *Trends in Neuroscience* 26(6): 303-307.
- Davidson, D. 1980. *Essays on Actions and Events*. Oxford, New York: Oxford University (Clarendon) Press.
- Dennett, D. C. 1978. "Why You Can't Make a Computer that Feels Pain". En *Brainstorms*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Dennett, D. C. 1988. "Quining Qualia". En *Consciousness in Contemporary Science*, editado por A. Marcel y E. Bisiach. Oxford: Oxford University Press.
- Devinsky, O., M. J. Morrell y B. A. Vogt. 1995. "Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour". *Brain* 118(1): 279-306.
- Dong, W. K., E. H. Chudler, K. Sugiyama y V. J. Roberts. 1994. "Somatosensory, multisensory, and task-related neurons in cortical area 7b (PF) of unanesthetized monkeys". *Journal of Neurophysiology* 72(2): 542-564.
- Douglas, G. 1998. "Why Pains Are Not Mental Objects". *Philosophical Studies* 91(2): 127-148.
- Dretske, F. 1981. *Knowledge and the Flow of Information*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Dretske, F. 1988. *Explaining Behavior: Reasons in a World of Causes*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Dretske, F. 1995. *Naturalizing the Mind*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Dretske, F. 1999. "The Mind's Awareness of Itself". *Philosophical Studies* 95(1-2): 103-124.
- Dretske, F. 2003. "How Do You Know You Are Not A Zombie?". En *Privileged Access: Philosophical Accounts of Self-Knowledge*, editado por B. Gertler. Hampshire, UK: Ashgate Publishing.
- Dretske, F. 2006. "The Epistemology of Pain". En *Pain: New Essays on its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Ducasse, C. J. 1952. "Moore's Refutation of Idealism". En *The Philosophy of G. E. Moore*, editado por P. A. Schilpp. New York: Tudor.

- Duncker, K. 1941. "On Pleasure, Emotion, and Striving". *Philosophy and Phenomenological Research* 1(4): 391-430.
- Everitt, N. (1988). "Pain and Perception". *Proceedings of the Aristotelian Society* 89: 113-124.
- Fields, H. L. 1999. "Pain: An Unpleasant Topic". *Pain Suppl*(6): 61-69.
- Fleming, N. 1976. "The Objectivity of Pain". *Mind* 85(340): 522-541.
- Fodor, J. 1987. *Psychosemantics: The Problem of Meaning in the Philosophy of Mind*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Foltz, E. L. y E. W. White. 1962a. "The Role of Rostral Cingulotomy in 'Pain' Relief". *International Journal of Neurology* 6: 353-373.
- Foltz, E. L. y L. E. White. 1962b. "Pain 'Relief' by Frontal Cingulotomy". *Journal of Neurosurgery* 19: 89-100.
- Foster, J. 2000. *The Nature of Perception*. Oxford: Oxford University Press.
- Freeman, W. y J. W. Watts. 1950. *Psychosurgery, in the treatment of mental disorders and intractable pain*. Springfield, IL: Charles.
- Freeman, W., J. W. Watts y T. Hunt. 1942. *Psychosurgery; intelligence, emotion and social behavior following prefrontal lobotomy for mental disorders*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Freeman, W. y J. W. Wattz. 1946. "Pain of Organic Disease Relieved by Prefrontal Lobotomy". *Proceedings of the Royal Academy of Medicine* 39: 44-447.
- Gracely, R. H., R. Dubner y P. A. McGrath. 1979. "Narcotic Analgesia: Fentanyl Reduces the Intensity but not the Unpleasantness of Painful Tooth Pulp Sensations". *Science* 203:1261-63.
- Graham, G. y G. L. Stephens. 1985. "Are Qualia a Pain in the Neck for Functionalists?". *American Philosophical Quarterly* 22: 73-80.
- Grahek, N. 1991. "Objective and Subjective Aspects of Pain". *Philosophical Psychology* 4: 249-266.
- Grahek, N. 2007. *Feeling Pain and Being in Pain*. Cambridge, Mass.: MIT Press. [Primera edición: *Feeling Pain and Being in Pain*. Oldenburg, Denmark: BIS-Verlag, University of Oldenburg. 2001.]
- Grice, H. P. 1962. "Some Remarks About the Senses". En *Analytical Philosophy*, editado por R. J. Butler, 133-151. Oxford: Blackwell.
- Guirguis, M. M. 1998. "Robotoid Arthritis or How Humans Feel Pain". *Philosophical Writings* 7: 3-12.
- Gustafson, D. 2006. "Categorizing Pain". En *Pain: New Essays on its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Hall, R. J. 1989. "Are Pains Necessarily Unpleasant?". *Philosophy and Phenomenological Research* 49(4): 643-659.
- Hall, R. J. 2008. "If it itches, scratch!". *Australasian Journal of Philosophy* 86(4): 525-535.
- Hardcastle, V. G. 1997. "When a Pain is Not". *The Journal of Philosophy* 94(8): 381-409.
- Hardcastle, V. G. 1999. *The Myth of Pain*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Hardy, J. D., H. J. Wolff y H. Goodell. 1952. *Pain Sensations and Reactions*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Harman, G. 1990. "The Intrinsic Quality of Experience". En *Philosophical Perspectives: Action Theory and Philosophy of Mind*, editado por E. Villanueva. Atascadero: Ridgeview. 4.

- Helm, B. W. 2001. *Emotional Reason: Deliberation, Motivation, and the Nature of Value*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Helm, B. W. 2002. "Felt Evaluations: A Theory of Pleasure and Pain". *American Philosophical Quarterly* 39(1): 13-30.
- Hill, C. 2006. "Ow! The Paradox of Pain". En *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Hill, C. S. 2004. "Ouch! An Essay on Pain". En *Higher Order Theories of Consciousness*, editado por J. Gennaro, 339-362. Amsterdam: John Benjamins.
- Holborow, L. C. 1966. "Taylor on Pain Location". *The Philosophical Quarterly* 16(63): 151-158.
- Holborow, L. C. 1969. "Against Projecting Pains". *Analysis* 29:105-108.
- Holly, W. J. 1986. "The Spatial Coordinates of Pain". *The Philosophical Quarterly* 36(144): 343-356.
- Hurt, R. W. y H. T. Ballantyne. 1974. "Stereotactic Anterior Cingulate Lesions for Persistent Pain: A Report on 68 Cases". *Clinical Neurosurgery* 21: 334-351.
- Hyman, J. 2003. "Pain and Places". *Philosophy* 73(1): 5-24.
- IASP. 1986. "Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Pain". *Pain* 3(Suppl): 216-21.
- IASP-Task-Force-On-Taxonomy. 1994. "IASP Pain Terminology". En *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*, editado por H. Merskey y N. Bogduk, 209-214. Seattle, WA: IASP Press.
- Jackson, F. 1975. "On the Adverbial Analysis of Visual Experience". *Metaphilosophy* 6: 127-135.
- Jackson, F. 1976. "The Existence of Mental Objects". *American Philosophical Quarterly* 13: 33-40. [Reimpreso en *Perceptual Knowledge*, editado por Jonathan Dancy, 113-126. Oxford: Oxford University Press. 1988; y en *The Nature of Mind*, editado por David M. Rosenthal, 385-391. Oxford: Oxford University Press. 1991.]
- Jackson, F. 1977. *Perception: A Representative Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jackson, F. 1982. "Epiphenomenal Qualia". *The Philosophical Quarterly* 32(127): 127-136.
- Jackson, F. 1986. "What Mary Didn't Know". *The Journal of Philosophy* 83(5): 291-295.
- Jackson, F. 1998. "Mind, Method and Conditionals: Selected Essays". *International Journal of Philosophical Studies* 8(2): 259-261.
- Kaufman, R. 1985. "Is the Concept of Pain Incoherent?". *Southern Journal of Philosophy* 23: 279-284.
- Klein, C. 2007. "An Imperative Theory of Pain". *Journal of Philosophy* 104(10): 517-532.
- Korsgaard, C. M. 1996. *The Sources of Normativity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kraut, R. 1982. "Sensory States and Sensory Objects". *Noûs* 16(2): 277-293.
- Kripke, S. A. 1980. *Naming and Necessity*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Langsam, H. 1995. "Why Pains are Mental Objects". *The Journal of Philosophy* 92(6): 303-313.
- Lycan, W. G. 1987a. *Consciousness*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

- Lycan, W. G. 1987b. "Phenomenal Objects: A Backhanded Defense". En *Philosophical Perspectives*, editado por J. E. Tomberlin, 513-526. Atascadero: Ridgeview.
- Margolis, J. 1976. "Pain and Perception". *International Studies in Philosophy* 8: 3-12.
- Marshall, H. R. 1892. "Pleasure-Pain and Sensation". *The Philosophical Review* 1(6): 625-648.
- Marshall, H. R. 1894a. *Pain, Pleasure, and Aesthetics: An Essay Concerning the Psychology of Pain and Pleasure*. London y New York: Macmillan.
- Marshall, H. R. 1894). "Pleasure-Pain". *Mind* 3(12): 533-535.
- Maund, B. 2003. *Perception*. Chesham: Acumen.
- Maund, B. 2006. "Tye on Pain and Representational Content". *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Mayberry, T. C. 1978. "The Perceptual Theory of Pain". *Philosophical Investigations* 1: 31-40.
- Mayberry, T. C. 1979. "The Perceptual Theory of Pain: Another Look". *Philosophical Investigations* 2: 53-55.
- McKenzie, J. C. 1968. "The Externalization of Pains". *Analysis* 28: 189-193.
- McMurray, G. A. 1955. "Congenital insensitivity to pain and its implications for motivational theory". *Canadian Journal of Psychology* 9(2): 121-131.
- McMurray, G. A. 1975. "Theories of pain and congenital universal insensitivity to pain". *Canadian Journal of Psychology* 29(4): 302-315.
- Melzack, R. 1973. *The Puzzle of Pain*. New York: Basic Books.
- Melzack, R. y K. L. Casey. 1968. "Sensory, Motivational, and Central Control Determinants of Pain: A New Conceptual Model". En *The Skin Senses*, editado por D. Kenshalo, 223-243. Springfield: Charles C. Thomas.
- Melzack, R. y P. D. Wall. 1965. "Pain Mechanisms: A New Theory". *Science* 150(3699): 971-979.
- Melzack, R. y P. D. Wall. 1988. *The Challenge of Pain*. London - New York: Penguin Books.
- Millikan, R. G. 1984. *Language, Thought, and Other Biological Categories: New Foundations for Realism*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Moore, G. E. 1903. "The Refutation of Idealism". *Mind* 12: 433-53.
- Moore, G. E. 1939. "Proof of an External World". *Proceedings of the British Academy* 25: 273-300.
- Nelkin, N. 1986. "Pains and Pain Sensations". *Journal of Philosophy* 83(3): 129-148.
- Nelkin, N. 1994. "Reconsidering Pain". *Philosophical Psychology* 7(3): 325-343.
- Newton, N. 1989. "On Viewing Pain As a Secondary Quality". *Noûs* 23(5): 569-598.
- Noordhof, P. 2001. "In Pain". *Analysis* 61(2): 95-97.
- Noordhof, P. 2002. "More in Pain". *Analysis* 62(2): 153-154.
- Noordhof, P. 2006. "In a State of Pain". En *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: Bradford Book, MIT Press.

- Olivier, A. 2006. "The Spatiality of Pain". *South African Journal of Philosophy*. 25(4): 336-349
- Papineau, D. 1987. *Reality and Representation*. London: Basil Blackwell.
- Parfit, D. 1984. *Reasons and Persons*. Oxford: Oxford University Press.
- Perkins, M. 1983. *Sensing the World*. Indianapolis: Hackett.
- Perkins, M. 2006. "An Indirectly Realistic, Representational Account of Pain(ed) Perception". En *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Pitcher, G. 1969. "Mckenzie on Pains". *Analysis* 29: 103-105.
- Pitcher, G. 1970. "Pain Perception". *The Philosophical Review* 79(3): 368-393.
- Pitcher, G. 1971. *A Theory of Perception*. Princeton: Princeton University Press.
- Pitcher, G. 1978. "The Perceptual Theory of Pain: A Response to Thomas Mayberry's, 'The Perceptual Theory of Pain'". *Philosophical Investigations* 1: 44-46.
- Ploner, M., H. J. Freund y A. Schnitzler. 1999. "Pain Affect without Pain Sensation in a Patient with a Postcentral Lesion". *Pain* 81(1/2): 211-214.
- Price, D. D. 1988. *Psychological and Neural Mechanisms of Pain*. New York: Raven Press.
- Price, D. D. 1999. *Psychological Mechanisms of Pain and Analgesia*. Seattle: IASP Press.
- Price, D. D. 2000. "Psychological and Neural Mechanisms of the Affective Dimension of Pain". *Science* 288(9): 1769-72.
- Price, D. D. 2002. "Central Neural Mechanisms that Interrelate Sensory and Affective Dimensions of Pain". *Molecular Interventions* 2: 392-403.
- Price, H. H. 1950. *Perception*. London: Methuen.
- Rainville, P., B. Carrier, R. K. Hofbauer, M. C. Bushnell y G. H. Duncan. 1999. "Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation". *Pain Forum* 82(2): 159-171.
- Rainville, P., G. H. Duncan, D. D. Price, B. Carrier y M. C. Bushnell. 1997. "Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate but not Somatosensory Cortex". *Science* 277(5328): 968-971.
- Rey, G. 1997. *Contemporary Philosophy of Mind: A Contentiously Classical Approach*. Cambridge, Mass.: Basil Blackwell.
- Robinson, H. 1982. *Matter and Sense: A Critique of Contemporary Materialism*. Cambridge - New York: Cambridge University Press.
- Robinson, H. 1994. *Perception*. London - New York: Routledge.
- Rubins, J. L. y E. D. Friedman. 1948. "Asymbolia for Pain". *Arch. Neurol. Psychiat.* 60: 554-73.
- Russell, B. 1912. *The Problems of Philosophy*. England: HomeUniversity Library.
- Seager, W. 2002. "Emotional Introspection". *Consciousness and Cognition* 11(4): 666-687.
- Sellars, W. 1975. "The Adverbial Theory of the Objects of Sensation". *Metaphilosophy* 6: 144-160.

- Stephens, G. L. y G. Graham. 1987. "Minding your P's and Q's: Pain and Sensible Qualities". *Noûs* 21(3): 395-405.
- Sternbach, R. A. 1963. "Congenital insensitivity to pain: Acritique". *Psychological Bulletin* 60(3): 252-264.
- Taylor, D. M. 1965. "The Location of Pain". *The Philosophical Quarterly* 15(58): 53-62.
- Taylor, D. M. 1966. "The Location of Pain: A Reply to Mr. Holborow". *The Philosophical Quarterly*, 16(65): 359-360.
- Tye, M. 1984a. "The Adverbial Approach to Visual Experience". *The Philosophical Review* 93(2): 195-225.
- Tye, M. 1984b. "Pain and the Adverbial Theory". *American Philosophical Quarterly* 21: 319-328.
- Tye, M. 1996. *Ten Problems of Consciousness: A Representational Theory of the Phenomenal Mind*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Tye, M. 1997. "A Representational Theory of Pains and their Phenomenal Character". En *The Nature of Consciousness: Philosophical Debates*, editado por N. Block, O. Flanagan y G. Güzeldere. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Tye, M. 2002. "On the Location of a Pain". *Analysis* 62(2): 150-153.
- Tye, M. 2006a. "Another Look at Representationalism about Pain". En *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge: Mass.: MIT Press.
- Tye, M. 2006b. "In Defense of Representationalism: Reply to Commentaries". En *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, editado por M. Aydede. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Vesey, G. N. A. 1964a. "Armstrong on Bodily Sensations". *Philosophy* 39: 177-181.
- Vesey, G. N. A. 1964b. "Bodily Sensations". *Australasian Journal of Philosophy* 42: 232-247.
- Vesey, G. N. A. 1965. "Baier on Vesey on the Place of a Pain". *The Philosophical Quarterly* 15(58): 63-64.
- Vesey, G. N. A. 1967. "Margolis on the Location of Bodily Sensations". *Analysis* 27: 174-176.
- Villanueva, E., editor. 1996. *Perception*. (Philosophical Issues 7). Atascadero, CA: Ridgeview.
- Vogt, B. A. 2005. "Pain and Emotion Interactions in Subregions of the Cingulate Gyrus". *Nature Reviews Neuroscience* 6: 533-544.
- Weinstein, E. A., R. L. Kahn y W. H. Slate. 1995. "Withdrawal, Inattention, and Pain Asymbolia". *Archives of Neurology and Psychiatry* 74(3): 235-248.
- White, J. C. y W. H. Sweet. 1969. *Pain and the Neurosurgeon: A Forty-Year of Experience*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- White, S. L. 1986. "Curse of the Qualia". *Synthese* 68: 333-367.
- Wilkes, K. V. 1977. *Physicalism*. London: Routledge.
- Wyller, T. 2005. "The Place of Pain in Life". *Philosophy* 8(3):385-393.

## 10 Cómo Citar [↑](#)

Aydede, Murat. 2016. "Dolor". En Diccionario Interdisciplinar Austral, editado por Claudia E. Vanney, Ignacio Silva y Juan F. Franck. URL=<http://dia.austral.edu.ar/Dolor>

## 11 Derechos de autor [↑](#)

Voz "Dolor", traducción autorizada de la entrada "[Pain](#)" de la *Stanford Encyclopedia of Philosophy (SEP)* © 2016. La traducción corresponde a la entrada de los archivos de la SEP, la que puede diferir de la versión actual por haber sido actualizada desde el momento de la traducción. La versión actual está disponible en <http://http://plato.stanford.edu/entries/pain/>

El DIA agradece a SEP la autorización para efectuar y publicar la presente traducción.

Traducción a cargo de Pablo Brumovsky. DERECHOS RESERVADOS Diccionario Interdisciplinar Austral © Instituto de Filosofía - Universidad Austral - Claudia E.Vanney - 2016.

ISSN: 2524-941X

## 12 Herramientas académicas [↑](#)

Otros recursos de Internet:

- [Pain & Pleasure](#) en PhilPapers. Este es un extenso y actualizado directorio en línea de artículos de filosofía y libros por filósofos académicos, dirigido por David Chalmers (ANU) y David Bourget (U. de Londres).
- [Pain Bibliography](#) (~340 entradas), dirigido por Murat Aydede (University of British Columbia). Esta es una bibliografía parcialmente comentada de, en su mayor parte, literatura filosófica sobre el dolor. También enumera trabajos científicos, que son de especial interés para los filósofos, o son de utilidad para la audiencia en general. Se enfoca más en temas psicológicos, epistemológicos y metafísicos que en los estéticos, éticos o religiosos.
- [The International Association for the Study of Pain \(IASP\)](#)
- [American Pain Society \(APS\)](#)
- [Pain Research Center University of Utah](#)
- [Brain Mechanisms of Pain](#)

## 13 Agradecimientos [↑](#)

Parte del material en esta entrada apareció en Aydede (2006). Desearía agradecer a David Chalmers quien me ha guiado pacientemente a través de varias ediciones de esta entrada y ha hecho numerosas y valiosas sugerencias.