

Tú y Yo. La psicopatología emerge entre nosotros

You and I. Psychopathology emerges between us

Juan Pérez-Franco

Background: The formation of a professional to become competent in a discipline requires performing those distinctions by which objects of knowledge typical of a profession emerge. For Psychiatry these objects are the psychiatric symptoms that arise and are distinguished during mental examination. The purpose of this paper is to explore practical training in mental examination and to analyze how the experiences of interviewing a patient become organized and significant events for students through teaching practices. **Material and Methods:** During an academic year different teaching practices were observed in a University Department of Psychiatry, including lectures, notes, canonical books, and video recording and analysis of different training activities. **Results:** Excerpts from transcripts of individual interviews with teachers and students are presented, and teacher-student sequences from different training activities. **Discussion:** During mental examination professors require explicitly “to describe” and not “to interpret” but then they require “interpret” without clarifying when to do one thing or another. However, what teachers actually do implicitly is: 1) to let students experience the interaction with the patient; 2) to help students get an affective distance from and to observe their own experience; 3) to call the experience with a specific word (psychiatric symptom) and 4) to deny all the aforementioned process, whereby a psychiatric symptom arises as if it were an object in a space of sensory perception. This process is actively denied and is partially out of awareness of teachers and students.

Key words: Psychopathology, mental examination, second person, Theory of Mind, postgraduate teaching.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2016; 54 (4): 321-327

Introducción

La formación de un profesional para llegar a ser competente en una disciplina requiere realizar aquellas distinciones por las que surgen los objetos de conocimiento que Goodwin¹ llama las “insig-

nias” de una profesión. En Psiquiatría estos objetos son los síntomas mentales surgidos durante el examen mental, diseñado sobre el modelo médico, el que explora signos sensoriales percibidos en el cuerpo del paciente durante el examen físico^{2,3}. Sobre ese modelo la Psiquiatría ha desarrollado una

Recibido: 06/05/2016

Aceptado: 21/06/2016

El autor declara no tener conflictos de interés.

Trabajo parcialmente financiado por Proyecto FONDECYT 1110525 que no tuvo influencia en el diseño del estudio, en la recolección, el análisis o la interpretación de los datos, en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

¹ Médico psiquiatra, Mg. Estudios Cognitivos. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental-Sur. Universidad de Chile.

psicopatología basada en una semiótica que quiere percibir en el paciente los signos y síntomas de una enfermedad mental⁴. Bajo un paradigma mentalista, el psiquiatra examina una mente inaccesible a la exploración directa^{4,6}, perceptible sólo de manera indirecta por las conductas del examinado. Por eso Jaspers⁴ tiene que recurrir a la “imaginación” o a un “conocimiento instintivo” pero a condición de que el psiquiatra permanezca neutral eliminando todos sus prejuicios, difícil habilidad que Jaspers reconoce que se expresa sólo “en raras ocasiones”.

Este paradigma mentalista es similar al de la Teoría de la Mente (TdM), que sostiene que somos “opacos” a los otros; la mente está oculta dentro de un sujeto y sólo es perceptible la conducta⁷. La existencia de un interior privado oculto y un exterior público, trae el problema de explicar la conexión entre ambos y cómo ocurre el fenómeno comunicacional⁸. Para la TdM la interacción social sólo es posible luego de que alguien elabora en tercera persona una “teoría” de la mente del otro (vertiente Teoría-Teoría), o bien en primera persona “simula” una experiencia del otro (vertiente Teoría-Simulación)⁷.

Sin embargo, se ha sugerido que los síntomas psiquiátricos aparecen durante la experiencia del entrevistador frente al paciente psiquiátrico, como una sensación de inquietud corporal⁹, o como un “instinto” o “intuición”⁴, es decir, como un fenómeno prerreflexivo, que Rümke¹⁰ denominó *praecox feeling*. Según esta idea, los síntomas de enfermedad mental ocurren en esa región llamada “intersubjetividad” o “espacio intersubjetivo”⁹, “tercer espacio”¹¹, o “relación Yo-Tú”^{7,12}, donde la experiencia de la primera persona (el entrevistador) es esencial, pero si y sólo si se encuentra en una relación comprometida con una segunda persona, el entrevistado. Es un “enfoque en segunda persona”¹³. Aquí las herramientas diagnósticas se focalizan en la calidad empática de la relación entre el entrevistador y el entrevistado⁹. El enfoque de segunda persona significa que los seres humanos somos “transparentes” desde el inicio mismo de nuestra vida^{7,14,15}. Esta perspectiva debe mucho al filósofo francés Maurice Merleau-Ponty¹⁶. Para Merleau-Ponty, el gesto no esconde un hecho

psíquico como la ira, sino que “es la ira misma (...) Es como si la intención del otro habitara mi cuerpo, o como si mi intención habitara el suyo”¹⁶ (pp. 201-202).

El propósito del presente trabajo es explorar el tema por medio de la observación de las prácticas de entrenamiento de los futuros psiquiatras, aquello que los profesores y alumnos hacen en contraposición a lo que dicen que hacen, prácticas donde surgen y se distinguen los objetos de conocimiento propios de la profesión¹ a través de “procesos mundanos de interacción humana situada”¹⁷(p. 659). Se analiza aquí cómo la experiencia de entrevistar a un paciente se transforma en eventos organizados y significativos a través de las prácticas de enseñanza^{1,17}, los que luego serán denominados “síntomas psiquiátricos”.

Método

Se observaron prácticas de enseñanza en un Departamento de Psiquiatría universitario por un período de doce meses, y se empleó una variedad de métodos de recolección de datos que incluyeron observaciones directas, entrevistas y análisis de documentos, tales como manuales y apuntes de clases, fichas clínicas y textos canónicos. Se analizaron entrevistas videadas a cuatro profesores y a una estudiante de postgrado, residente en entrenamiento en Psiquiatría de adultos. También se analizaron registros videados de actividades académicas de pregrado y postgrado. Estas actividades consistieron principalmente en las discusiones posteriores a las entrevistas con un paciente, realizadas por un alumno ante una audiencia de unos 25 alumnos de postgrado bajo la supervisión de un profesor, o los análisis de entrevistas prevideadas realizadas por alumnos de pregrado y un profesor. Las actividades pedagógicas analizadas aquí se seleccionaron entre poco más de 10 h de registros de video.

El propósito de las entrevistas iniciales fue averiguar cuál es el método que creen seguir profesores (y alumnos) para el entrenamiento y la obtención de las habilidades que permiten distinguir los síntomas psíquicos en un paciente.

El propósito del registro y análisis de las actividades pedagógicas fue observar qué clase de fenómenos son discriminados por los profesores y con qué métodos.

Resultados

Todos los entrevistados reconocen que es la experiencia directa con el paciente la única forma que permite conocer las categorías conceptuales de la psicopatología, y en esto es el “vivir”, la “intersubjetividad”, el “contacto”, el “encontrar algo raro”, más que la “observación” lo que constituye la actividad crítica para el diagnóstico.

Ejemplo 1

Profesor: A mí lo que me interesa es que (el) alumno viva la dificultad de interactuar con el pensamiento. Porque yo no lo entiendo (...). El diagnóstico se da en este marco que es el encuentro intersubjetivo (...) Esa es la gracia de esta especialidad.

Ejemplo 2

Alumna: Porque uno puede saberse de memoria un término, un concepto, y encontrar algo raro en un paciente, algo que uno encuentra que no está bien, que no es normal, pero uno no sabe que *eso* se llama de *esta* manera, uno no es capaz de conectar las dos cosas (...) (y luego en la práctica) juntar el concepto teórico con el paciente.

En las actividades docentes los profesores instruyen explícitamente a los alumnos a hacer sólo una “observación” o “descripción” del paciente, utilizan los verbos “ver” y “describir” y gestos concordantes con la utilización del espacio físico, y exigen dejar de lado toda “interpretación” personal.

Pero, de manera contrapuesta, en seguida solicitan “leer” o buscar “qué significa” la conducta del paciente, haciendo una “lectura”, buscando una “esencia” o “significado” oculto tras las “señales”, es decir, haciendo una interpretación.

Ejemplo 3

Profesor: De lo que hoy día podemos hablar es de lo que vemos *acá* (señala con un gesto el lugar

donde estuvo la paciente). Doña M., aquí. Eso es lo que vemos acá. Y eso es defendible. El resto, son suposiciones.

Ejemplo 4

Profesor: O sea, a través de las señales que emite el fenómeno nosotros podemos intentar aproximarnos a la esencia del fenómeno. Para poder nosotros identificar o reconocer el fenómeno que está afuera, (tenemos que) dejar entre paréntesis nuestro propio mundo subjetivo y nuestra propia intimidad de tal manera de no contaminar (y) ser lo más neutros posibles.

Ejemplo 5

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

Ejemplo 6

Profesor: Eso es lo que hay que leer (en el paciente), coger de ahí (gesto de coger un objeto). No se limita a ver, sino qué significa.

Una tercera operación de los profesores es destacar fenómenos que no es posible observar sino desde la experiencia del entrevistador. Esta condición, sin embargo, nunca se explicita ni analiza.

Ejemplo 7

El profesor le pide a una alumna que “describa” un paciente con el que tuvo no más de 10 segundos de interacción (no verbal), mientras este ingresa a la sala y se sienta. Ella habla de la “perplejidad” del paciente, aunque no se explora cómo fue que ella llegó a advertirla.

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

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

Profesor: ¡Exacto! Es un muchacho joven, perplejo.

Ejemplo 8

En la siguiente secuencia el profesor alude a fenómenos no observables sensorialmente, tal como

la “intención”, la “desconfianza” o la “susplicacia”, pero los considera como si estuvieran presentes a la mirada (“a ojos vista”), al modo de un cartel.

Alumno 1: (El paciente) tuvo una respuesta súper escamoteadora cuando (la entrevistadora) le dijo ¿cómo son las voces?

Profesor: Pero, ¿escamoteó o es otra cosa? Es que el concepto de escamoteo apunta a que yo intencionalmente quiero ocultar información. Aquí (en cambio) no hay un acto de la voluntad. Es otra cosa. ¿Qué?

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

Profesor: Estaba *re-ti-cen-te*. Es reticencia. No es escamoteo. En el escamoteo hay una intención. Lo que hay aquí es reticencia por un humor paranoide que no fue explorado. Y estaba a ojos vista, porque la desconfianza la *trae* (levanta la palma como quien muestra un documento). Se la presentó: “Yo soy un paranoico”. ¿Se fijaron? ¿Lo ven ahora? Susplicacia es eso.

Ejemplo 9

Durante la entrevista a un paciente con un moderado retraso mental, este asegura que ha tenido “pololas” (novias). El entrevistador le pregunta “¿qué hace con las pololas?”. El paciente lo mira con una sonrisa sugerente. Esto es lo que se comenta:

Profesor: Hay algo interesante. ¿Qué le respondió (el paciente) a su pregunta?

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

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

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

Profesor: ¡Pícaro! ¡Ojo! ¡Aparecía la picardía! ¿Qué hacía con las chiquillas? “Ahh, pues...” (todos ríen). La respuesta es lo importante ¡porque él captó! Porque ahí había otra cosa, ahí había *algo*. Estaba la picardía (...) ¿Qué le traduce a usted? (...) Hay un humor, una capacidad para entender un chiste. Eso significa que hay una capacidad de cognición social (...) pero está hablando de otra cosa más. ¿Qué más?

Alumno 2: Él es capaz de contactarse.

Profesor: Y eso, ¿a qué apunta?

Alumno 2: A que no hay... autismo.

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

Ejemplo 10

Después de declararse creyente, un paciente ha preguntado, dirigiéndose a toda la audiencia: “¿Creen en Dios?”. El profesor destaca fenómenos que no son sensoriales, como que el paciente “no está interesado en dar cuenta”.

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

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

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

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

Discusión

Los profesores de Psiquiatría muestran comportamientos que parecen contrapuestos durante el entrenamiento del examen mental. Por un lado sostienen explícitamente que los síntomas mentales (recordemos que un síntoma es una experiencia privada de un paciente, como el dolor) son perceptibles como objetos “a ojos vista” en el paciente. De ahí la insistencia en el uso de los verbos “ver” y “describir” y la prohibición de “interpretar” o “suponer”. Sin embargo, alternativamente se le exige al alumno que busque lo que está oculto tras la conducta, que no se “limite a ver” sino “qué significa”, que se “aproxime a la esencia” del fenómeno. Los profesores no aclaran, sin embargo, cuándo debe sólo “describirse” una conducta y cuándo hay que “interpretar” o “suponer” un significado oculto.

Existe una tercera práctica que, pese a que los profesores la utilizan constantemente, nunca es

explícitamente comentada. Se trata del realce de fenómenos que son inobservables sin considerar la experiencia íntima del entrevistador. En el Ejemplo 7, la alumna es capaz de hablar de la “perplejidad” del paciente luego de apenas unos segundos de interacción conductual, sin que haya ningún tipo de verbalización entre ella y el paciente. En el Ejemplo 8, el profesor indica que la “intención” del paciente es fácilmente perceptible, lo que permite diferenciar entre el “escamoteo” y la “reticencia”. En el Ejemplo 9 ocurre algo similar con la “picardía”, que se trata como si fuera un objeto perceptible sin mayor esfuerzo (una facilidad “perceptiva” que se evidenció en todo el público, que rió cada vez que se mencionó el evento). En el Ejemplo 10, el profesor destaca la falta de “compromiso afectivo” como objeto de observación. Ninguno de estos fenómenos se encuentra en el nivel de la percepción sensorial de objetos, sino que son parte de la experiencia del entrevistador en el momento de interactuar con el entrevistado.

Resulta particularmente interesante que los profesores nunca se refieran a lo que ocurre en este nivel experiencial, sino que simplemente aludan a estos fenómenos como algo dado. Por ejemplo, cuando el profesor destaca la “picardía” como fenómeno, no hace ninguna alusión al método de observarla. La “picardía” está dada ya en la comprensión de todos los asistentes mucho antes de que se la mencione (de ahí la risa generalizada). Lo mismo ocurre con la “reticencia”, la “suspiciencia”, la “perplejidad” o el “jugueteo”. En ninguno de estos casos se detalla el método de observación, nunca se aclara si se trató de una “interpretación” o de una “observación” descriptiva en tercera persona. Simplemente los fenómenos existen, fenómenos que por lo demás son críticos para el aprendizaje dado que constituyen el elemento esencial del diagnóstico: la “picardía” es lo que permite desechar el diagnóstico de autismo y esquizofrenia, y a la inversa, la “perplejidad”, la “suspiciencia” y la “falta de compromiso afectivo” lo confirman.

Cuando se examina el contenido de las entrevistas individuales a profesores y alumnos, puede observarse que todos están de acuerdo en que es la experiencia con los pacientes lo que permite que los

futuros psiquiatras distinguan los síntomas psiquiátricos. Se estima que el “vivir” la experiencia, la “dificultad de entender”, el “contacto” con un paciente, el “encontrar algo raro” en este, son los elementos más importantes del método de examen mental. Es decir, se está relevando aquellos fenómenos prerreflexivos que aparecen durante la experiencia dialógica como elementos centrales del diagnóstico. Esto es efectivamente lo que destacan los profesores durante las prácticas, pero lo interesante es que entonces lo presentan como si se tratara de percepción sensorial sin aludir a la experiencia personal. En el Ejemplo 7, es el propio profesor el que hace salir al paciente antes de que exista una interacción con la alumna, y en seguida aquél le pregunta a esta: “Doctora, *describe* al paciente. ¿Qué *vio*?”. Está “a ojos vista”.

La práctica pedagógica formativa en examen mental para los psiquiatras parece tener cuatro tiempos diferenciados.

El primero es la experiencia dialógica con el paciente, durante la que el entrevistador vive la fluidez o la obstrucción del diálogo con el otro, experimenta el estado afectivo del sujeto que está entrevistando, así como la naturalidad o artificialidad de la conducta del otro. Este es un fenómeno prerreflexivo que no requiere ningún entrenamiento. Nadie necesita un entrenamiento para experimentar la “picardía” de un sujeto, ni la “suspiciencia”, ni la “falta de compromiso afectivo”. No se requiere entrenamiento para entender la “intención” del sujeto con el que se dialoga. La intención del otro se experimenta de inmediato en el cuerpo (“es como si la intención del otro habitara mi cuerpo”¹⁶ (p. 202); “¿Miras dentro de ti mismo para reconocer la furia en su rostro? Allí está tan claramente como en tu propio pecho”¹⁸ (p. 220). Jaspers mismo sostiene que todos somos “experto(s) en comprender de inmediato la expresión”⁴ (p. 294).

El segundo tiempo es la percatación reflexiva de la experiencia vivida. La acción del profesor permite que el alumno no deseche la “rareza” experimentada, sino que la considere esencial para el diagnóstico. Se trata de pasar de la “rareza” corporal experimentada ante el paciente psicótico, a darse cuenta del fenómeno experimentado. El papel del tutor es permitirle al alumno que tome

conciencia de lo ocurrido, que se detenga en el flujo de la experiencia prerreflexiva y la lleve a un estado reflexivo, que se percate.

En el tercer tiempo el tutor proporciona una palabra. Cuando el profesor habla de “autismo”, de “reticencia”, de “intención” luego de la experiencia vivida con el paciente, o cuando desecha la psicosis luego del diálogo con el paciente “pícaro”, lo que hace es proporcionar un núcleo de aglutinación de experiencias diversas, sean estas actuales, como las vividas durante el examen mental, o no actuales, como cuando se recuerda lo leído en los libros de texto (Ejemplo 2, “uno no es capaz de conectar las dos cosas”). Ese núcleo es la palabra, que Bottineau¹⁹ sugiere que sólo surge cuando la experiencia actual deja de fluir y permite que emerjan mundos nuevos y diferentes, como el de la psicopatología. Estas palabras son los objetos de conocimiento que distinguen la profesión.

El cuarto tiempo es negar que esto sea lo ocurrido. La negación del proceso se inicia con la falta de reconocimiento explícito de este por los profesores durante el entrenamiento. No se habla de la experiencia personal, por lo tanto no existe. Al contrario, de lo que se habla es de “ver”, “describir”, “no contaminar”, “ser neutros”. Se dan instrucciones a los alumnos para mantenerse neutrales y alejados de la experiencia, despreciando el mundo íntimo durante el examen mental. Se

desdén la experiencia personal. El resultado de este proceso es que el alumno cree que lo que ha experimentado se encuentra en un nivel de objetos sensoriales, como si hubiera detectado fiebre en un paciente. El “autismo” pasa a ser una categoría de objeto perceptible “a ojos vista”.

Este proceso revela el peso incuestionable del paradigma mentalista en Psiquiatría, que profesores (y alumnos) sostienen explícitamente a pesar de encontrarse parcialmente conscientes de lo que ocurre, lo que se expresa en la importancia que conceden a la práctica, a “vivir la dificultad de interactuar” con el paciente. Es posible que adoptando un abordaje en segunda persona mejorara la práctica del examen mental, pero esto requiere una toma de conciencia de los propios docentes y el diseño de un entrenamiento diferente.

Habría que experimentar.

Agradecimientos

Al personal administrativo, docentes y alumnos del Departamento de Psiquiatría Sur de la Universidad de Chile por su entusiasta colaboración para que este proyecto se materializara. En especial agradezco al Profesor Guillermo Soto, de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, por su guía y sus acertadas críticas que lograron que el proyecto concluyera de buena forma.

Resumen

Introducción: La formación de un profesional para ser competente en una disciplina requiere realizar aquellas distinciones por las que surgen los objetos de conocimiento propios de una profesión. En Psiquiatría estos objetos son los síntomas psiquiátricos que se distinguen durante el examen mental. El propósito de este trabajo es explorar la práctica de entrenamiento en examen mental y analizar cómo la experiencia de entrevistar a un paciente se transforma en eventos organizados y significativos para los alumnos a través de las prácticas de enseñanza. **Material y Métodos:** Se observaron durante un año diversas prácticas de enseñanza en un Departamento universitario de Psiquiatría, incluyendo clases expositivas, apuntes, libros canónicos, registro en video y análisis de prácticas docentes. **Resultados:** Se presentan extractos de transcripciones de entrevistas individuales con profesores y alumnos, y de secuencias profesor-alumno durante diversas actividades prácticas. **Discusión:** Durante el examen mental los profesores explícitamente exigen “describir” sin “interpretar”, pero luego exigen “interpretar”, sin aclarar cuándo se debe

hacer una u otra cosa. Sin embargo, lo que los profesores hacen en forma implícita es: 1) permitir que los alumnos experimenten la interacción con el paciente; 2) ayudar a los alumnos a tomar distancia afectiva y observar su propia experiencia; 3) denominar la experiencia con una palabra específica (síntoma psiquiátrico) y 4) negar todo el proceso anterior, con lo cual surge un síntoma psiquiátrico tal como si fuera un objeto en un espacio de percepción sensorial. Este proceso es activamente negado y está parcialmente fuera de la conciencia de profesores y alumnos.

Palabras clave: Psicopatología, examen mental, segunda persona, Teoría de la Mente, docencia de postgrado.

Referencias bibliográficas

1. Goodwin C. Professional Vision. *American Anthropologist* 1994; 96: 606-33.
2. Berríos G. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1996/2008.
3. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Buenos Aires: Siglo XXI, 1963/2003.
4. Jaspers K. Psicopatología General. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1946/1993.
5. Radanovic M, de Sousa RT, Valiengo LL, Gattaz WF, Forlenza OV. Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia. *Archivos de Neuro-Psiquiatria* 2013; 71: 55-60.
6. Newby D. Analysis of language: terminology and techniques. En: Andrew Sims, editor. *Speech and Languages Disorders in Psychiatry*. London: Gaskell, 1995. p.31-43.
7. Reddy V. How infants know minds. Cambridge: Harvard University Press, 2008.
8. Sharrock W, Coulter J. ToM: A Critical Commentary. *Theory & Psychology* 2004; 14: 579-600.
9. Varga S. Vulnerability to psychosis, I-thou intersubjectivity and the praecox-feeling. *Phenom Cogn Sci* 2010; doi: 10.1007/s11097-010-9173-z.
10. Rümke HC, Neeleman J. The nuclear symptom of schizophrenia and the praecoxfeeling. *Hist Psychiatry* 1990; i: 331-41.
11. Quintner JL, Cohen ML, Buchanan D, Katz JD, Williamson OD. Pain medicine and its models: helping or hindering? *Pain Med* 2008; 9: 824-34.
12. Buber M. Yo y Tú. Buenos Aires: Nueva Visión, 1923/2013.
13. de Bruin L, van Elk M, Newen A. Reconceptualizing second-person interaction. *Front Hum Neurosci* 2012; doi: 10.3389/fnhum.2012.00151.
14. Gallagher S. The Practice of Mind. *J Conscious Stud* 2001; 8: 83-108.
15. De Jaegher H, Di Paolo, EA. Participatory sense-making. An enactive approach to social cognition. *Phenom Cogn Sci* 2007; 6: 485-507.
16. Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Península, 1945/1997.
17. Ala M, Hutchins E. I see what you are saying: Action as cognition in fMRI brain mapping practice. *J Cogn Cult* 2004; 4: 629-66.
18. Wittgenstein L. Zettel. London: Blackwell. 1967. Disponible en URL: <http://ebookbrowse.net/wittgenstein-ludwig-zettel-pdf-d330143920>. Consultado el 15/10/2013.
19. Bottineau D. Language and Enaction. En: Stewart J, Gapenne O, Di Paolo E, editores. *Enaction. Toward a New Paradigm for Cognitive Science*. Cambridge, MA, London: MIT Press, 2010. p. 267-306.

Correspondencia:

Juan Pérez-Franco
 Av. JM Carrera 3100, San Miguel. CP: 8900085,
 Santiago de Chile.
 Teléfono: +56 2 25510044
 E-mail: jperez@med.uchile.cl