

IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Leyendo el cuerpo. Problemas de la semiosis médica.

Carina Muñoz.

Cita:

Carina Muñoz (2011). *Leyendo el cuerpo. Problemas de la semiosis médica. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/281>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Título de la ponencia: **Leyendo el cuerpo. Problemas de la semiosis médica**

Autora: Carina Muñoz

Referencia Institucional: Docente investigadora Facultad de Ciencias de la Educación UNER. Doctorado Programa de Doctorado en Ciencias Sociales UNER.

E-mail: carina_m@arnet.com.ar

Resumen: Examinaremos en esta ponencia la práctica clínica del diagnóstico, entendida como una *lectura del cuerpo*. La semiología médica es la disciplina que funda en la Grecia clásica el estudio de los signos. Pero, como ha explicado Foucault, en el siglo XVIII, un viraje en la matriz epistémica conformó una “mirada” bajo la cual declina la interrogación semiológica.

Los sofisticados medios de diagnóstico por imágenes que ofrecen hoy “evidencia empírica” apabullante sobre el cuerpo son efecto de esa mirada que, realmente, parece aplastar la densidad semiótica del diagnóstico. Las prácticas de la “salud” resultan así altamente funcionales al *negocio de la enfermedad*. Que el médico confíe más en el aparato de “visualización” técnica que en su propia capacidad interpretativa, es parte de una matriz epistémica que en un mismo movimiento, desconoce y obstaculiza el esfuerzo semiológico; y constituye a la vez una fenomenal operación ideológica, co-incidente con la industria de la tecnología médica.

Afortunadamente, como todo resto, ese saber excluido, los problemas de la interpretación retornan insistentemente descalabrando con su irrupción los órdenes dados, aquí y allí, en el consultorio, en el hospital; cuando el médico se encuentra solo, con su saber y su paciente. En tales situaciones, y en contra de los saberes aceptados por la ciencia médica, la práctica clínica del diagnóstico emerge como una interpretación, como una lectura, como semiosis antes que como contrastación empírica. Nos proponemos sostener esta hipótesis examinando algunas situaciones concretas desde los aportes de las ciencias del lenguaje.

Palabras Clave: signos - síntomas– semiosis – diagnóstico – clínica.

LEYENDO EL CUERPO. PROBLEMAS DE LA SEMIOSIS MÉDICA

Plantear el *diagnóstico como lectura del cuerpo* supone pensarlo en términos de una semiosis. Esta afirmación puede parecer obvia, pero no lo es. Sostener esta hipótesis nos exige examinar su plausibilidad poniendo en diálogo problemas teóricos de dos campos a la vez vinculados y divergentes como son la semiología en la ciencia médica y la semiología en las ciencias del lenguaje.

La semiología clínica, uno de los pilares de la formación y la práctica médicas, es la disciplina que funda en la Grecia clásica el estudio de los signos de las enfermedades y, por eso, podríamos decir que constituye uno de los aportes más relevantes y menos reconocidos de la medicina a la ciencia moderna. Marcel Danesi reflexiona sobre el surgimiento “poco conocido” de este campo teórico, a partir de: “...los intentos de los primeros médicos del mundo occidental de comprender cómo funciona la interacción entre el cuerpo y la mente en los dominios culturales específicos. El médico Galeno de Pérgamo (130?-200? d. C) también se refería a la diagnosis como un proceso de semiosis.”¹

Sin embargo, a pesar de esta historia común, el desarrollo de la medicina y de la semiótica en las ciencias del lenguaje, han seguido derroteros diferentes, hasta diferenciarse casi por completo en sus matrices epistémicas, a tal punto que algunos, como R. Barthes, se preguntan si la medicina moderna “continúa siendo semiológica”². T. Sebeok es uno de los pocos semiólogos que ha retomado sistemáticamente estos problemas. Para él, los síntomas médicos se encuentran entre los primeros signos identificados, y resulta en consecuencia, una de las primeras categorías teóricas de la semiótica en occidente. La sintomatología, o semeiología se desarrolló en una rama de la medicina, en relación específica con el *diagnóstico*, entendido como el “aquí y ahora”, en sus dobles proyecciones temporales: “el pasado anamnésico y el futuro pronóstico”.

La teoría médica sobre el diagnóstico, funda la semiótica; la conceptualización de signo y su interpretación constituyen el centro de este verdadero programa científico. Pero, como ha explicado Foucault, en el siglo XVIII, un giro radical en la matriz epistémica de la medicina, conformó una nueva “mirada clínica” bajo la cual declina la interrogación semiológica:

“Nada, en ese arsenal (el bagaje de la medicina griega) cuya herrumbre lleva la huella de todos los tiempos, puede designar claramente lo que ha pasado en el viraje del siglo XVIII cuando al volver a ponerse en juego el viejo tema clínico se “produjo”, si hay que creer en las apariencias prematuras, una mutación esencial en el saber médico.”³

El planteo de Foucault, puede sinterizarse en: a) un nuevo perfil de lo perceptible y lo enunciable, cómo se describe el cuerpo desde el tejido; b) la gramática de la patología que reorganiza los signos; c) seres de acontecimientos mórbidos y modo de articulación de la enfermedad con el organismo. Interpreta estos rasgos como un “corte del significado, y el principio de su articulación con un significante” en el cual se tiende a reconocer –por pereza intelectual, dice- el lenguaje de una “ciencia positiva”.

La enigmática oscuridad del cuerpo humano, ha comenzado a explorarse, a volverse accesible, y así la enfermedad cambia su estatuto de “mal” por el de una fisiopatología. El gesto en el que lo invisible se ofrece a la claridad de la mirada, es decisivo, hace de la medicina una experiencia del todo nueva. Para Foucault, esto “no es otra cosa que una reorganización sintáctica de la enfermedad, en la cual los límites de lo visible y de lo invisible siguen un nuevo trazo.”⁴ La incertidumbre se explica o bien por la complejidad del objeto o bien por la imperfección de la ciencia. Los rasgos distintivos del discurso médico, desde su punto de vista son, el ideal de la *exhaustividad perceptiva*, la dificultad de *articulación* entre *lo visible y lo decible*; el problema de la *precisión* del lenguaje.

La medicina ha respondido de muchas maneras frente a la complejidad que entrañan estos problemas. Una de las respuestas de mayor repercusión y aceptación la encontramos en la Medicina Basada en Evidencias MBE⁵, que impulsa el desarrollo de protocolos para diagnóstico y tratamiento con un alto grado de predictibilidad; trabaja en la construcción de indicadores que permitan la mayor certeza en el diagnóstico, así como en la predictibilidad de los resultados terapéuticos y/o de las posibles complicaciones. Una suerte de hipérbole del ideal de ciencia positiva. En su ensayo, ensayo de Alberto Agrest advierte que, en medicina, “certidumbre” es una *condición emocional peligrosa*, y reflexiona: “La medicina es arte y ciencia. Para el arte no hay evidencias y para la ciencia no hay certidumbres (...) Sin sospechas clínicas bien fundadas, la elaboración diagnóstica con exámenes complementarios convierte el diagnóstico en un juego de azar, con el riesgo de que hallazgos incidentales desvíen toda la atención hacia esos hallazgos irrelevantes o de solución peligrosa. La evidencia sólo es útil a partir de una observación clínica correcta, impecable, cualquier inexactitud en ella hará que la evidencia sea evidencia pero de otra cosa. La medicina basada en la evidencia quizá debiera ser, más bien, evidencia basada en medicina, que no puede apartarse del buen sentido común.”⁶

Es comprensible. Tomar decisiones terapéuticas que afectan la vida, impone la búsqueda de métodos con grados aceptables de certeza y predictibilidad. Pero, en ese camino, se ha consolidado una idea mágica de ciencia, que no se interroga por problemas esenciales como qué cosa es una evidencia.

II

Abonando la tesis foucaultiana, los sofisticados medios de diagnóstico por imágenes que ofrecen hoy “evidencia empírica” apabullante sobre el cuerpo son efecto de esa mirada que, realmente, parece aplastar la densidad semiótica del diagnóstico. Las prácticas de la “salud” resultan así altamente funcionales al *negocio de la enfermedad*. Que el médico confíe más en el aparato de “visualización” técnica que en su propia capacidad interpretativa, es parte de una matriz epistémica que en un mismo movimiento, desconoce y obstaculiza el esfuerzo semiológico; y constituye a la vez una fenomenal operación ideológica, co-incidente con la industria de la tecnología médica. Sin embargo, afortunadamente, como todo resto, como todo saber excluido, los problemas de la

interpretación retornan insistentemente descalabrando con su irrupción los órdenes dados, aquí y allí, en el consultorio, en el hospital; cuando el médico se encuentra solo, con su saber y su paciente. La práctica clínica cotidianamente, tropieza con la persistencia de tales problemas; sin embargo estas cuestiones suelen ser tratadas como anomalías que no pueden integrarse completamente a la teoría y son explicadas con hipótesis *ad hoc*⁷, que reconocen la contingencia: “en Medicina nada es dos más dos”, “hay enfermos y no enfermedades”, por citar las más frecuentes. Con todo, en tales situaciones, la práctica clínica del diagnóstico emerge como una interpretación, como una lectura, como semiosis antes que como contrastación empírica.

Examinemos dos situaciones relativamente cotidianas en hospitales. La primera, un adolescente varón que llevaba varias horas internado *en observación* a causa de un traumatismo de cráneo por un accidente de tránsito. Los exámenes no revelaban ninguna lesión orgánica. La “observación”, que se relaciona con una *conducta médica expectante*, consiste en evaluar durante varias horas el estado de consciencia. Para ello, el médico de guardia, de acuerdo al procedimiento, aplica la escala de Glasgow⁸. El joven ya había sido sometido varias veces al interrogatorio protocolizado de dicha escala, que consiste en preguntar su nombre, así como referencias de espacio y tiempo. Como en las oportunidades anteriores, se registra Glasgow 15 (normal) porque tiene respuesta verbal orientada, el paciente había dicho su nombre, sabía a dónde estaba y desde cuándo. Pero además, se manifestaba notablemente enojado porque le “preguntan todo el tiempo las mismas cosas”, e insistía en que querían irse inmediatamente.

El equipo está evaluado, efectivamente, la posibilidad de dar el alta. El médico que había hecho la valoración, considera que el paciente está bien porque la respuesta verbal es espontánea y orientada en tiempo y espacio. Pero otro observador, se opone; dice “ese chico no está bien, no me gusta.” Sus argumentos pueden sintetizarse en las siguientes consideraciones: 1) durante las últimas tres horas, mientras se produjo el ingreso de otro paciente crítico que finalmente había muerto, el adolescente sólo despertaba con los ruidos más intensos y luego parecía dormir; 2) ante la escena de gran movilización, no había preguntado nada al personal y tampoco había pedido la presencia de sus familiares; por otra parte, 3) a causa de las dosis de corticoides indicada en estos casos, le producía –como efecto secundario- prurito en la zona genital, y a diferencia de otros pacientes que se quejan por la molestia, el joven se rascaba de manera llamativamente desinhibida. Finalmente, 4) consideraba que si bien había respondido orientado en tiempo y espacio, el tono agresivo de su respuesta, el modo en que se quejaba por la reiteración del protocolo de preguntas, no se condecía con las formas normales en que un joven, asustado por un accidente, suele responder a una persona mayor.

Es decir, el segundo observador tomó en cuenta el contenido de la respuesta verbal sino la *forma*, en este caso, la situación comunicativa, pero además, el hecho de no atender a cuestiones del entorno inquietantes o a la exposición de su propio cuerpo. Todos estos *signos* fueron interpretados como cierta desconexión con un entorno sobrecargado de estímulos y, por ello, *índices* de alteración

neurológica. En este caso, la lectura del cuerpo supuso más que la mera aplicación empírica de la escala basada en la visión y la escucha de una respuesta verbal. En términos semióticos, el signo clínico “respuesta verbal”, ha sido “abierto” en una lectura que lo complejiza en su aparente “unidad” para reconstruirlo en una serie mayor de unidades significativas.

La segunda situación, en un servicio de cuidados críticos, un varón adulto está en el post operatorio inmediato de una re-intervención por sangrado posterior a una cirugía de revascularización miocárdica (By pass). Además de patología coronaria, el paciente era obeso, había sido reintervenido por una hemorragia a causa del desligamiento de un vaso y había recibido poli transfusiones de sangre. Se encontraba inestable y, a pesar de estar en asistencia respiratoria mecánica con máxima ventilación, con medicación cardiológica exhaustiva, el paciente comenzó a “desaturar”, es decir, a tener bajo nivel de oxígeno en sangre, signo que aparece como *dato* mensurado en uno de los monitores colocados y en el color cianótico de su piel. La interpretación diagnóstica de la inestabilidad se relacionaba con la cirugía mayor, el sangrado y la politransfusión. Un integrante del equipo, observando la situación del paciente, rodeado de alta complejidad tecnológica, repasa el cuadro y reconoce que el respirador que tiene colocado el paciente ha sido reparado recientemente. Le llama la atención que el aparato no ha dado alarma de ningún tipo, pero decide desconectarlo y ventilar manualmente al paciente, que rápidamente, recupera niveles más aceptables de oxígeno en sangre. La hipótesis diagnóstica inicial asumía que la descompensación era producto de una reacción inflamatoria pulmonar y de los factores de riesgo que “portaba” el paciente. La segunda hipótesis, en cambio, introduce un elemento significativo del entorno, que no tiene relación orgánica con el cuerpo, pero sí funcional: su soporte vital, el respirador, en falla. En este caso, la lectura de los signos clínicos amplía el registro y rearticula la cadena significativa un elemento no considerado, resignificando la totalidad del cuadro.

III

M. Foucault pudo valorar la magnitud de la metamorfosis que la medicina sufrió durante el siglo XVIII; en ella –y no en Hipócrates- está fechado *el nacimiento de la clínica*. Nos ayuda a comprender cómo la *mirada –clínica-* se ha construido en el repliegue de la semiología médica, investida como método -clínico-. Tiene razón: se ha modelado así una matriz epistémica cuyo imaginario es fundamentalmente escópico; y en su devenir, hoy, hasta la intimidad de los procesos cromosómicos se ha vuelto visible. El avance de la tecnología es un mero efecto de superficie en este proceso. Antes de que Louis Pasteur se inclinara sobre los gérmenes con el ojo largo del microscopio, explicando -con lo que se dejaba *ver* allí- el enigma de las fiebres; antes de que Wilhelm Röntgen desnudara los huesos atravesando -sin matar- la carne para *ver* las pleuresías, aún antes, nos dice Foucault, había una mirada dispuesta: un dispositivo. En la clínica, la teorización acerca del cuerpo objeto de observación, desplazó la teorización sobre la práctica médica de observación; el método clínico ha pasado a ser concebido

como una metodología (secuencia de pasos y procedimientos) elidiendo así su dimensión epistemológica y abandonando su preocupación semiológica. Da por sentado este saber, que el ojo ve, y que lo que ve, es como lo ve. No hay problemas, dice Foucault, hay *una mirada feliz...* y hasta cierto punto, es comprensible el optimismo epistemológico con el despliegue de dominios y de logros que la medicina ostenta.

Ahora bien, abandonando a Foucault y siguiendo a Derrida, sabemos que este juego del discurso científico despliega su eficacia gracias al -invisibilizado por evidente- *movimiento de sustitución*, destinado a tapar –como Sísifo, una y otra vez- la falta estructural que organiza el signo, la falta de correspondencia entre lo sensible y lo inteligible, la imposibilidad de un significado fijo que se haga presente en su referencia.⁹ De ahí que hay algo que escapa siempre al dispositivo de la mirada clínica, un dominio que no se subordina a su orden; jugando con la imagen foucaultiana, podemos decir que ese punto de fuga es “el ojo (*del*) clínico”. Es el lugar donde el dispositivo clínico opera, en el sentido de que la operación se realiza, se actualiza, pero sólo a condición de que a la vez –subrayando a la vez- fracase. El dispositivo es, en tanto orden, siempre un *no todo*; por eso es el lugar donde *a la vez*, cristaliza la reproducción y precipita la invención.

Tienen razón, Foucault y Barthes al decir que los síntomas devienen signos por el discurso médico; en el sentido que –siguiendo a Hjelmslev- lo indeterminado de la manifestación natural, queda asido en una red simbólica, signica. Hay signo porque hay discurso médico. Los signos y síntomas de los tratados clínicos están organizados como conceptos que refieren a unos fenómenos empíricos alojados en el cuerpo que, *dichos por el paciente*, son considerados *signos subjetivos*, también llamados *síntomas*; y que, *observados por el médico*, se denominan *signos objetivos*, considerados *los signos* propiamente dichos.

Los signos y síntomas médicos, empero, no se dejan reducir al diccionario de la semiología clínica. Existe un hiato insalvable con otro conjunto de signos con los que los médicos también tratan. Estos signos son radicalmente distintos. A diferencia de aquellos compilados en los glosarios y nosologías, éstos son *infinitos* y *aleatorios*, no están, ni podrían estar completamente definidos de antemano en su contenido, es decir, en su significado. Lo que es un signo para el ojo del clínico –configurado por este armazón visual- de todos modos, no depende completamente de la estructura epistémica. Depende también del lugar en que la “mirada”, la percepción entendida como proceso de significación, de manera contingente, los capture en el movimiento semiótico.

Los signos no se leen nunca solos. No hay esa posibilidad. Como lo ha señalado Lacan: lo que habrá de interpretarse es, en sentido estricto, una *cadena significante*, cuyo significado está radicalmente desenlazado y sólo es rearticulable *en y por* el sistema de diferencias en el que se articula. Tal vez, con un matiz respecto del psicoanálisis, en la clínica “significante” supone elementos verbales de la anamnesis y no verbales de la exploración física o estudios complementarios. Como en la situación de análisis, en la lectura del cuerpo hay también un encadenamiento producido por la selección *ex novo* que hace el intérprete. Por eso decimos que el diagnóstico es un relato: *una puesta en*

relación. La diferencia sustantiva es el modo en que clínica y psicoanálisis teorizan sobre el método clínico que cada una pone en juego. Esta afirmación puede ser escandalosa para psicoanalistas y médicos. Pero la podemos justificar semióticamente.

U. Eco, siguiendo a L. Hjelmslev, reconoce que “un signo no es una entidad semiótica fija, (...) hablando en sentido estricto, no hay signos sino funciones semióticas.”¹⁰ ¿Pero, cuáles son las funciones semióticas que se despliegan en la clínica? Discutiendo con el empirismo de la fenomenología, en *La voz y el fenómeno*, J. Derrida¹¹ afirma que la diversidad de lecturas ocurre porque hay capas de significación. Lo que queremos decir es que un mismo elemento de lo real –capturado en la red de significación– puede ser leído –significado– de distintas maneras: digamos sólo provisionalmente, como índice, como símbolo, como ícono. Se trata de distintas configuraciones desplegadas por el intérprete. La lectura discrimina y re-articula en nuevos términos el plano verbal simbólico en el que se expresa la dolencia como experiencia; el plano perceptivo de la imagen visual, acústica, táctil o quinésica. Todo ello se reconoce en términos de una norma que delimita cualitativamente lo normal de lo patológico, ya sea en la exploración sensorial directa o mediada por la tecnología. Finalmente, el juicio valorativo se re-articula organizándose como lo que C. S. Peirce denomina una *inferencia abductiva*¹², es decir, una hipótesis interpretativa de la situación del paciente, en términos de un diagnóstico, que puede o no ser una enfermedad. El diagnóstico es la denominación de este “relato”, de esa puesta en relación de signos heterogéneos en una misma cadena significativa.

Coincidimos con C. Ginzburg¹³: en términos semióticos, propiamente dichos, los signos clínicos son siempre, *indicios*; la medicina es fundamentalmente indiciaria. Aunque el autor se equivoca en otro aspecto: no se trata de un nuevo paradigma científico surgido en la medicina del siglo XIX que aún falta conceptualizar. Al contrario, como nos explica Foucault, ese el momento en el que la medicina ya ha comenzado a reflexionar en otra dirección. La semiótica de la práctica médica es lo que la ciencia médica no puede pensar porque no ha construido ni se ha apropiado de herramientas para pensarlo; lo cual no significa que haya dejado de ser por eso una práctica semiótica, aunque esté restringida a este plano del “simple saber hacer”.

Reflexionar sobre la *experiencia* nos permite leer movimientos que “traicionan” las taxonomías aceptadas. Hemos señalado al menos dos: uno que consiste en complejizar un signo, es decir, transformar la mirada en un plano detalle bajo la cual lo simple y unívoco aparece como complejo, múltiple. Otro, al revés, consiste en inscribir un signo en una vista panorámica más amplia. Cualquiera de las dos operaciones supone reintroducir en la lectura del cuerpo-del-paciente aquellos restos no significativos para la medición clínica, reconstruyendo así los modos en que se dan tanto una anticipación prospectiva como una explicación reconstructiva. Los médicos suelen reflexionar diciendo que la capacidad de hacer mejores diagnósticos, más ajustados y precisos, se adquiere con la *experiencia* clínica, nuestra conclusión provisoria es que eso que ellos llaman “experiencia” es más bien una actitud, a una cierta plasticidad que les permite abandonar el

método y confiar intuitivamente en eso que no se conoce bien, y que a nuestro juicio, no es otra cosa que la semiosis; una lectura que intenta interpretar y comprender el caso en su singularidad. Producción de signos, no mera verificación: producción de sentido.

Bibliografía citada

- ¹ Danesi, M. (1993) "Prólogo" (pp. 11-18). En Sebeok, T. (1996) *Signos: una introducción a la semiótica*. Buenos Aires: Paidós.
- ² Barthes, R. (2009) "Semiología y medicina" (pp. 351-366). En *La aventura semiológica*. Barcelona: Paidós.
- ³ Foucault, M. (2008) *El nacimiento de la clínica*. (pp. 20). Buenos Aires: Siglo XXI.
- ⁴ Ibídem. (pp. 255)
- ⁵ "La MBE, se sustenta en que las decisiones clínicas deben estar basadas en: 1) la mejor evidencia clínica existente. 2) El problema clínico (más que los hábitos o protocolos) deben determinar el tipo de evidencia a enjuiciar. 3) Identificación de las mejores evidencias usando métodos de procesamiento epidemiológicos y bioestadísticos; 4) Conclusiones derivadas de la identificación y aprehensión de la evidencia crítica, que sólo será útil si se pone en función del manejo del paciente o en la toma de decisiones en salud. 5) la conducta a seguir debe ser constantemente evaluada". Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. "Evidence based medicine". *BMJ* 1995;310:1085-6. En Fresno Chávez, C. *Medicina Basada en Evidencia*. Rev Cubana de Medicina General Integral Vol. 17 _2_ 2001 (pp.191-195) [Consulta: 27 de octubre de 2010] <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi14201.htm>.
- ⁶ Agrest, A. (2008) *Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad*. (pp.162 -165). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- ⁷ Kuhn, T. (1971) *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- ⁸ Se trata de un índice con escala de 0 a 15, ascendente que mide grados de Coma, según índices de complejidad de respuesta Ocular, Motora, Verbal, según respuesta: Espontánea, a Estímulo verbal o a Estímulo doloroso. El estado óptimo se mide en 15 puntos con respuesta verbal espontánea. El mínimo, no hay respuesta a estímulo doloroso.
- ⁹ Derrida, J. (1989) *La escritura y la diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- ¹⁰ Eco, U. (2000) *Tratado de semiótica general*. (pp. 84). Barcelona: Lumen.
- ¹¹ Derrida, J. (1985) *La voz y el fenómeno*. Valencia: Pre-textos.
- ¹² Eco, U. y Sebeok, T. (Eds.) (1989) *El signo de los tres. Dupin, Holmes, Peirce*. Barcelona: Lumen
- ¹³ Cf. Ginzburg, C. (1994) *Mitos, emblemas, indicios*. Barcelona: Gedisa; Ginzburg, C. "Morelli, Freud y Sherlock Holmes. Indicios y Método científico" (pp. 116 - 163). En Eco, U. y Sebeok, T. (Eds.) (1989) *El signo de los tres. Dupin, Holmes, Peirce*. Barcelona: Lumen.