



Aproximaciones a la medicina narrativa

Silvia Carrió

*“Ahora cerraré los ojos, me taparé las orejas,
eliminaré todos mis sentidos,
incluso borraré de mi pensamiento todas las imágenes de las cosas
corporales o, al menos, las consideraré vanas o falsas”.*

Descartes

*“La literatura defiende lo individual, lo concreto, las cosas,
los colores, los sentidos y lo sensible contra lo
falsamente universal que agarrota y nivela a los hombres y
contra la abstracción que los esteriliza”.*

Claudio Magris

INTRODUCCIÓN

Como educadores, frecuentemente nos encontramos buscando formas más efectivas y poderosas de producir y compartir conocimiento. Los desafíos de la formación profesional para enfrentar los problemas más relevantes de la práctica, han abierto una etapa de reflexión crítica sobre las limitaciones de aplicar una racionalidad técnica, basada exclusivamente en el conocimiento científico, para resolver situaciones poco definidas, “de incertidumbre, singularidad y conflicto” (Schön, 2002, pág.28).

Cada vez más, la sofisticada medicina que se practica hoy deja insatisfechos a médicos y pacientes, porque vuelve difícil su encuentro y se revela insuficiente para abarcar la experiencia de sus mutuos padecimientos: el de los enfermos, en particular de aquéllos que sufren problemas crónicos o de diagnóstico difícil o incierto; y el de quienes tienen a cargo su cuidado, generando en ellos frustración, impotencia o agotamiento.

Ante el creciente interés por el uso de narraciones en la enseñanza, resulta relevante profundizar en los fundamentos teóricos de su inclusión en el campo disciplinar específico de la medicina. Los recientes desarrollos de la medicina narrativa, promueven la introducción de cursos de literatura y de narración en la formación médica y permiten considerar los posibles beneficios del uso de relatos para reconstruir el entramado de lo humano. Este movimiento, intenta integrar el conocimiento científico a una comprensión más profunda y completa de las perspectivas personales. Se propone como un camino en el tránsito desde un paradigma de conocimiento disciplinar que alguna vez pretendió ser completo, verdadero, objetivo y

universal, hacia un modelo complejo que reconozca la imposibilidad de separar absolutamente al observador de lo observado, en un determinado contexto.

EL MODELO BIOMÉDICO

Le Breton (1995), sostiene que en el pensamiento occidental, el cuerpo está separado del hombre, de los otros y del universo. El cuerpo de la modernidad es una construcción cultural y los saberes acerca del cuerpo son parte de una visión del mundo, de una concepción de la persona. La concepción dualista de la sociedad occidental, a diferencia de las sociedades tradicionales, distingue el hombre de su cuerpo. La especificidad del vocabulario anatómico y fisiológico se refiere a un cuerpo independiente que ha roto su “solidaridad con el cosmos”. Un cuerpo que “se tiene”, que no es la esencia del hombre, sino su propiedad y que puede ser investigado y diseccionado. Con Descartes se afirmó su denigración como la parte menos humana del hombre y, desde entonces, con el modelo del cuerpo como máquina, como una realidad aparte, el pensamiento “que busca reducir el conjunto de los movimientos del hombre o las turbulencias de la condición humana a un conjunto de leyes objetivas con recurrencias previsibles” (Le Breton, 1995, pág. 67) seguirá ejerciendo su influencia.

En nuestra vida cotidiana, el cuerpo permanece invisible, ausente. Nuestra cultura oculta que toda nuestra experiencia proviene de la aprehensión sensorial del mundo a través del cuerpo. Le Breton analiza el saber biomédico como el “saber oficial” y su capacidad de “reintroducir sentido” cuando la experiencia del dolor, la enfermedad y el sufri-

miento hacen a los hombres cobrar conciencia de su existencia y sentirse cautivos de sus propios cuerpos.

La medicina moderna tiene pocas herramientas para “medir” y dar lugar a los significados personales de los pacientes, para acercarse al sufrimiento interior, al dolor moral, la desesperación y la pena que casi siempre acompañan las enfermedades que padece la gente. La psiquiatría parece ser la única área donde no se discute que hablar y escuchar, sea terapéutico.

Si bien la entrevista clínica (Durante, 2001) es la intervención utilizada con más frecuencia en la práctica médica y la relación médico-paciente es una de las bases en las que se apoya el cuidado de la salud, la formación profesional en las habilidades de comunicación es –en la mayoría de los centros de formación– difusa, fragmentada y considerada como una parte menor (si se la compara con el énfasis puesto en el entrenamiento de competencias en otras áreas como la anatomía, la semiología o la farmacología). También en la actualidad, algunos estudiosos del paradigma tradicional de la atención de los problemas de salud, consideran que la biomedicina atraviesa un momento de crisis: si bien sus méritos difícilmente puedan discutirse, el despliegue de su gran capacidad tecnológica coincide con un creciente nivel de insatisfacción en ambos términos de la relación médico-paciente, por la pérdida de la empatía y de las bases de la relación terapéutica.

Seguramente, factores económicos y empresariales influyen en la organización de los servicios de salud y conceden cada vez menos tiempo a este encuentro. Por otra parte, el aumento de la atención de enfermedades crónicas, con las que se convive por años, ponen a médicos y pacientes en relaciones prolongadas en las que las capacidades de comunicación y de compartir/acordar elecciones éticas de tratamiento y cura resultan cada vez más necesarias. También, en algunos sectores, la difusión del acceso a internet por parte de los pacientes, ha producido cambios en esta relación: llegan a la consulta con su propio diagnóstico y una serie de saberes y temores que es necesario tener en cuenta.

La entrevista clínica merece ser objeto de atención porque, según un estudio de Beckman y Frankel (en Durante 2001), los médicos interrumpen a los pacientes a los 18 segundos, en promedio, mientras relatan su problema y aquellos que no son interrumpidos no se explayan por mucho más tiempo. Podríamos pensar que, siguiendo el modelo médico hegemónico, han aprendido la conveniencia de ser breves en el relato de sus padecimientos.

LA BÚSQUEDA DEL SIGNIFICADO

La medicina narrativa, o medicina basada en narraciones, es un movimiento liderado por médicos que pretenden revisar sus modelos profesionales, tomando en cuenta su práctica asistencial, tanto como sus propias

experiencias como pacientes. Esta corriente empezó en EE.UU. y se está difundiendo aceleradamente en otros países, como por ejemplo Italia, que ya ha introducido en varias de sus facultades de medicina (Milán, Turín, Roma, Florencia, Verona) cursos obligatorios para los estudiantes, con el objeto de enseñar la práctica de la comunicación y la capacidad de escuchar e interpretar las historias de los pacientes.

En los programas de medicina narrativa se lee literatura, textos en los que los protagonistas son médicos y enfermos en un determinado contexto.

Una cuidadosa selección de lecturas y de actividades con esos textos, sirve de vehículo para desarrollar la empatía, estimular la imaginación, incrementar el conocimiento humano y promover la reflexión moral. Los estudiantes se entrenan en reescribir o contar estas historias en un lenguaje cotidiano (no en el lenguaje técnico propio de las historias clínicas), en analizar y comprender las perspectivas personales de los protagonistas y en confrontar sus percepciones y vivencias, la distinta interpretación de la experiencia del cuerpo, de la enfermedad, del sufrimiento.

El movimiento de la medicina narrativa apunta a acercar a la medicina a los estudios humanísticos. Puede ayudar a los médicos a ser conscientes de la imposibilidad de relatar “lo que pasa” sin una interpretación, a considerar el grado de incertidumbre en que se desarrollan sus prácticas y a aceptar que la perspectiva, el punto de vista propio y del otro, no son un estorbo que se debe eliminar, sino la única manera posible de describir la realidad.

Algunos desarrollos de la medicina narrativa (Greenhallgh y Hurwitz, 1998), sostienen que las narraciones cumplen una función de “puente” entre médicos y pacientes. Este puente puede ayudar a acortar la distancia entre *saber* acerca de la enfermedad del paciente y *comprender* su experiencia.

A través de este puente, se avanza y se retrocede convirtiendo las historias: el mismo acto de contar y escuchar una historia, cambia esa historia. Las narraciones otorgan sentido, contexto y perspectiva a la experiencia, porque las cosas que nos suceden no tienen ningún significado independientemente de los relatos que contamos acerca de ellas. El acto de narrarlos vuelve comprensibles los acontecimientos. Cuando los médicos pueden jugar un papel en el desarrollo e interpretación de esas narraciones, se convierten en “miembros honorables” de muchas familias. Cuando, en cambio, suprimen las historias personales de sus pacientes y las convierten en una historia clínica, en la historia de un caso que más se parece a una crónica, pueden ofrecerles los beneficios de “la ciencia moderna” pero, si hacen sólo esto y no dan lugar a sus narrativas, los sustraen de su humanidad, de su posibilidad de comprender su situación lo que, en definitiva, incrementará su sufrimiento.

En las narrativas, los significados unen a las personas y a los acontecimientos de manera de volverlos explicables, comprensibles. Según Greenhallgh y Hurwitz (1998), la narrativa incluye no sólo lo que los personajes hacen (una lista objetiva de acciones o sucesos), sino fundamentalmente qué sentido tiene todo esto para ellos, cómo se sienten y cómo se sienten otras personas al respecto. En las historias personales y en las de ficción, no hay una definición única y autoevidente de qué es relevante y qué no. Existe algo más allá de la evidencia. La decisión de qué narrar y cómo, descansa absolutamente sobre quien cuenta una historia y las variadas lecturas posibles del relato del paciente son elecciones morales.

En las últimas décadas, también desde la Psicología, se ha profundizado el interés por temáticas relacionadas con la capacidad de narrar, exclusiva de nuestra especie. Algunos desarrollos de la *Folk Psychology* (Bruner, 1991, 1997), estudian cómo las personas describimos y explicamos el mundo que nos rodea, cómo le damos sentido. Podemos referirnos a esta organización de nuestra visión como a una construcción narrativa de la realidad. Los relatos, según esta perspectiva, tal vez sean la forma más temprana y natural en que organizamos nuestra experiencia y nuestro conocimiento. Bruner (1991) sostiene que el método de “negociar y renegociar significados” a través de explicaciones narrativas, es uno de los logros más destacados del desarrollo humano, en los sentidos ontogenético, cultural y filogenético.

Las narraciones son parte de nuestro bagaje para enfrentar las sorpresas, nos enseñan a imaginar qué podría ocurrir, a adentrarnos en el reino de lo posible “... de lo que podría ser/haber sido/acaso ser en el futuro.” (Bruner, 2003, pág. 29).

Los relatos no son simples crónicas de sucesos. Los acontecimientos y las acciones en el mundo transcurren al mismo tiempo que una serie de acontecimientos mentales en la conciencia de los protagonistas. Las narraciones no se refieren a hechos objetivos, sino al modo en que son interpretados los sucesos, al significado que se les asigna.

Una narración bien hecha, a diferencia de una exposición racional-objetiva-científica, está cargada de significados subjetivos, datos atenuantes y posibilidades alternativas.

Con respecto al tipo particular de narraciones que se refieren a la propia vida, podemos *traer a cuento* el análisis que Bruner y Weisser (1998) hacen de los relatos autobiográficos. Desde nuestros primeros años, nuestros relatos sobre nosotros mismos siguen reglas de género: los momentos más importantes no están tan determinados por lo que pasó, sino por la manera de contarlo. Según su planteo, “las vidas son textos” que se revisan e interpretan y una de las reinterpretaciones posibles es un cambio de género. Ya que no hay una manera neutra de contar la propia vida, el relato autobiográfico necesita obligatoriamente la elección de un estilo para ser contado, “hace forzosa

la interpretación”. Reconocer la diferencia entre lo que sucedió y la manera de contarlo, permite tomar conciencia de las diferentes interpretaciones posibles.

Podemos vivir una situación de un modo determinado y luego contarla como una comedia, como una tragedia, como una sátira, con ironía, con suspenso, como héroes, como víctimas. Tal vez podamos preguntarnos si no es la interpretación o el relato que nos hacemos de los acontecimientos vividos lo que facilita sostener una versión dignificadora de nuestras experiencias y de nosotros mismos.

Nuestra vida es nuestra historia. Daniel L. Schacter (1999) afirma que “las complejas mezclas de conocimiento personal que retenemos acerca del pasado están entretrejidas para formar relatos de vidas y mitos personales”. Agrega, además, que “El continuo drama de la vida se nos revela más por la narración que por los hechos reales narrados. Los relatos no son meras crónicas (...) redactadas para informar con exactitud sobre lo que ocurrió y en qué momento. Los relatos no se nutren tanto de hechos como de significados” (Schacter, 1999, pág. 136).

El modelo biomédico, desarma los relatos porque el foco está puesto en las enfermedades, no en los enfermos. Pero nuestra narración construye nuestra identidad. Para ser nosotros mismos, necesitamos un relato coherente que mantenga nuestro yo. Según Sacks (1987), “nosotros tenemos, todos y cada uno, una historia biográfica, una narración interna, cuya continuidad, cuyo sentido es nuestra vida. Podría decirse que cada uno de nosotros edifica y vive una “narración” y que esa narración *es* nosotros, nuestra identidad” (Sacks, 1987, pág. 148).

Las narraciones de los pacientes, se refieren a la manera en que padecen o están enfermos y esto solía ser para los médicos un dato central para el diagnóstico. Comprender el contexto narrativo de la enfermedad, permite acercarse no ya a la patología, sino al problema del paciente de una manera holística y brinda una posibilidad crucial para su comprensión. Vuelve más difícil la tendencia de los clínicos, de ver lo esperado y rechazar inconscientemente lo que es infrecuente o desacostumbrado. Como señala Richard Asher, “Tenemos que cuidarnos de esta sorprendente facultad que, produciendo sordera selectiva, ceguera selectiva y otras negaciones de los sentidos, pueden tan fácilmente suprimir lo significativo y lo relevante.” (en Greenhallgh y Hurwitz, 1998).

Según Greenhallgh y Hurwitz, tal vez debamos mirar más hacia la literatura que hacia las ciencias para avanzar en la comprensión del significado. La medicina narrativa puede ayudarnos a recuperar los intereses e inquietudes que experimentamos cuando leemos literatura (¿quién es el que habla, cuál es su perspectiva, por qué dice y hace lo que dice y hace? ¿qué siente? ¿cómo serían los mismos sucesos relatados por otra persona, o en otro género?) Los relatos de las vidas reales, los mundos personales de los pacientes y la

vivencia de sus libertades perdidas pueden ser apreciados y su interpretación puede dar lugar a nuevos significados.

Comunicar no es sólo hablar, sino crear una alianza terapéutica y para ello resultan claves las capacidades de escuchar e interpretar. La pregunta que puede formularse es si, en el transcurso de su formación y en el contexto donde desarrollan sus prácticas, los médicos pueden reconocer el valor de estas historias y reflexionar sobre el proceso que supone su reformulación en la elaboración de las “historias clínicas”.

Los pacientes habitualmente narran las experiencias más importantes de sus vidas (nacimiento, muerte, dolor, enfermedad) de manera muy distinta a como lo hacen sus médicos. Unos y otros asignan muy diferentes significados a la misma secuencia de hechos. Existe, necesariamente, una tensión entre la narración del paciente y el relato del médico, sobre lo que está pasando *realmente*. Las habilidades de escuchar, interpretar y reinterpretar con una nueva mirada los relatos de los pacientes, no tienen lugar en los programas de formación del médico. El énfasis está puesto en que el alumno adquiera la capacidad de formular el problema del paciente en el formato estructurado y estandarizado que es la historia clínica. Entre el primero y el último año de su formación, los estudiantes de medicina transforman su capacidad de escuchar y apreciar el relato del paciente en una destreza aprendida: construir una historia médica. Debería revisarse lo que se considera un éxito en este entrenamiento.

Con el auge de la biomedicina, las habilidades de comunicación y de generar empatía, que alguna vez fueron consideradas inherentes al rol del médico, pasaron a tener un papel secundario, electivo y se dejó librada su adquisición a los propios recursos e intereses de los estudiantes. Esta capacidad comunicativa, intenta ser hoy reinstalada como una de las competencias centrales de la práctica profesional que la educación médica tiene la obligación de asegurar.

EL PAPEL DE LAS NARRACIONES EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

En un contexto donde predomina la exigencia de eficiencia técnica ¿será posible considerar las propias narraciones de los médicos, sus oportunidades de expresar y dar sentido a la propia práctica, a los sentimientos y emociones que generan el contacto permanente con el dolor y el sufrimiento? Los relatos pueden ser un instrumento educativo que permita reelaborar la experiencia, crecer en humanidad y prevenir el aislamiento, el stress y el agotamiento emocional.

Analizando el papel de las narraciones en la educación, Jackson (1998) plantea que los relatos tienen una función epistemológica no porque *contienen*, sino porque *son en sí mismos* el saber que los estudiantes deben poseer para

participar de nuestra cultura, para ser “culturalmente alfabetos”. Los relatos tienen además la función de alterar nuestra conciencia: no nos informan, nos transforman.

Si consideramos la importancia del reconocimiento de la perspectiva de la observación, el valor de los relatos es evidente. Como señalan McEwan y Egan (1998), “La verdad para los incansables promotores de la modernidad y la racionalidad técnica, se mide con arreglo a los procedimientos estándar que exigen una mirada fría y crítica dirigida al objeto de estudio. La forma narrativa, por el contrario, invita al oyente o al lector a suspender ese escepticismo y adherir al flujo narrativo de los acontecimientos como una auténtica exploración de la experiencia desde determinada perspectiva” (McEwan y Egan 1998, pág. 16). En los relatos, las acciones no pueden explicarse con neutralidad y son producto de una interpretación. Los relatos pertenecen a narradores que tienen sus puntos de vista, cosa que, en busca de la objetividad, el lenguaje de la ciencia se ha esforzado por eliminar (como si los datos de la ciencia no fueran observaciones construidas desde algún punto de vista).

Bruner se refiere a la narración “como una forma de pensar, como una estructura para organizar nuestro conocimiento y como un vehículo en el proceso de educación...” (Bruner 1997, pág. 138). Señala que el “giro interpretativo”, ocurrido primero en el teatro y la literatura, después en la historia, las ciencias sociales y la epistemología, se expresa ahora en la educación. El propósito de la interpretación es comprender, no explicar y una de nuestras principales formas de entender es la narración. El entendimiento no es unívoco, una interpretación no inhabilita otras. Según este planteo, es preciso enseñar métodos interpretativos y narrativos con cuidado y rigor.

Temas como la habilidad para construir historias, los tipos de estructura narrativa –tragedia, comedia, romance e ironía– para aclarar sobre qué afirma tratar un texto y la vinculación del narrador con la historia –por qué la cuenta, con qué autoridad, desde qué perspectiva– nos permiten ir más allá de los datos evidentes, superar la frontera de nuestra mirada.

El pensamiento occidental pretendió durante siglos que el mundo era racional y que el conocimiento verdadero estaba construido con proposiciones lógicas o científicas con explicación. Pero la historia de la ciencia está repleta de intuiciones, relatos y metáforas, ya que el proceso de creación de la ciencia es básicamente narrativo. Bruner propone transformar a la forma narrativa los esfuerzos de entendimiento de los científicos y de los alumnos. Esto permitiría cambiar el foco de atención y pasar de una preocupación por la naturaleza afuera, separada de nosotros, a una preocupación por cómo conocemos esa naturaleza, por la *construcción* de nuestro modelo, por la *creación* de la ciencia.

A MODO DE CONCLUSIONES

El problema de la interpretación como búsqueda de significado suele estar ausente de la formación médica. Los desarrollos en medicina narrativa pueden permitirnos reconocer que vivimos en un mundo hecho de narraciones porque la realidad, tal como es, nos es inaccesible. Sólo podemos conocerla a través de nuestros sentidos y de nuestros modelos interpretativos.

Las narraciones tienen un papel fundamental en nuestra tarea de dar sentido al mundo y a nuestra experiencia. Las usamos para negociar significados, integrar las situaciones excepcionales al orden cotidiano, volver otra vez extraño lo demasiado familiar, reabrir la realidad con una nueva mirada.

Las personas vivimos dentro de las narraciones que construimos. Sería difícil vivir sin ellas, ya que nos permiten encontrar explicaciones para sucesos inesperados o incomprendibles, dar orden, coherencia y significado a nuestra experiencia.

Los relatos describen una secuencia de acontecimientos que violan el orden habitual: un desequilibrio, algo inesperado o algo de lo que podríamos dudar.

Cuando las cosas son como de costumbre, las narraciones son menos necesarias. Pero cuando se quiebra el orden habitual y el dolor, la enfermedad y el sufrimiento alteran nuestra relación con nuestro cuerpo, los relatos son indispensables.

Los pacientes experimentan su enfermedad dentro de una narración que le da sentido a lo que están sintiendo. Los médicos interpretan esos mismos acontecimientos desde las categorías que les provee la ciencia, suponen que ven las cosas como son *en realidad* pero lo hacen, necesariamente, con el marco interpretativo/ narrativo de sus conocimientos. El modelo biomédico oculta que esas construcciones también son narrativas, porque buscan ser objetivas, neutras, universales, despojadas de toda subjetivi-

dad. Son narrativas invisibles, encubiertas, que pretenden no serlo.

Las narraciones nos unen con los otros. Compartir narraciones nos ayuda a darle sentido a la experiencia del sufrimiento. Las diferencias entre las narrativas de los médicos y los pacientes son inevitables, pero los médicos, según la perspectiva que adopten, pueden “reintroducir sentido” y jugar un papel fundamental en darle “status de realidad” a las descripciones de los pacientes, ayudándolos a establecer nuevas narrativas para atravesar sus experiencias, a construir relatos superadores de resistencia y supervivencia.

Es el fin de la modernidad, de una época en la que creímos haber comprendido para siempre al mundo y a nosotros mismos. Ese saber que pretendimos eterno, que requería una mirada objetiva y descarnada, se quebró. Con las certezas perdidas, deberemos reconstruir un camino hecho ahora de verdades provisorias ¿qué aprenderemos de esta crisis?

Según Le Breton, el modelo biomédico supone un cuerpo “que sigue designios biológicos propios”. Si como afirma Morin (2001), el conocimiento especializado es una forma de abstracción que extrae, separa un objeto de su contexto y de su conjunto y la hiperespecialización conlleva el riesgo de romper el tejido de lo complejo, tal vez los relatos sean herramientas valiosas para vincular las partes y las totalidades y puedan usarse en la enseñanza de la medicina como modelos para volver a describir lo que es específicamente humano y, siendo complejo, está “tejido junto”.

Reconocer que como seres humanos vivimos todos dentro de narraciones (aún las de la ciencia), puede hacer que, tanto pacientes como médicos, consideremos hasta qué punto, narrativas diferentes pueden producir significados y realidades diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruner J. Realidad mental y mundos posibles. Barcelona: Gedisa, 1988.
- Bruner J. Actos de significado. Madrid: Alianza, 1991.
- Bruner J. La educación, puerta de la cultura. Madrid: Visor, 1997.
- Bruner J. La fábrica de historias. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Bruner J, Weisser S. La invención del yo: la autobiografía y sus formas. En: Olson D, Torrance N. Cultura escrita y oralidad. Barcelona: Gedisa, 1998.
- Cagli V. Malattie come racconti. Roma: Armando Editore, 2005.
- Durante E. La entrevista clínica: una aproximación metodológica. En: Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, editores, et al. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires: Panamericana, 2001.
- Good BJ. Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente. Torino: Edizioni di Comunità, 1999.
- Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based edicine. London: BMJ Books, 1998.
- Jackson PW. Sobre el lugar de la narrativa en la enseñanza. En: McEwan H, Egan K. La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión, 1995.
- McEwan H, Egan K. La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la Investigación. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Buenos Aires: Ediciones

Nueva Visión, 2001.

- Pera C. La estructura narrativa de la relación entre el enfermo y su médico. Texto de la conferencia pronunciada en el ciclo de Humanidades Médicas. Universidad de Barcelona. Facultad de Medicina, curso

académico 1999-2000.

- Ruozi C. La narrazione dei pazienti come tecnologia per il miglioramento delle cure. Comunicazione PPT. [Archivo ppt]

- Sacks O. Una cuestión de identidad. En: El hombre que confundió a su mujer con un

sombrero. Barcelona: Muchnik Editores, 1987.

- Schacter D. En busca de la memoria. El cerebro, la mente y el pasado. Barcelona: Ediciones B, 1999.

- Schön DA. La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Paidós, 2002.