



ASOCIACIÓN MEXICANA
DE TANATOLOGÍA, A. C.

Pionera de la
Tanatología en México

MEMORIAS DEL
IX CONGRESO NACIONAL
DE TANATOLOGIA

MUERTE DIGNA
UN ABORDAJE INTEGRAL

DEL 14 AL 17 DE NOVIEMBRE DEL 2012

Centro Libanés, Cd. de México

Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.
Insurgentes Sur 1160-3er piso, Col. Del Valle
Tels. 55-75-59-95 ó 96 E-Mail: info@tanatologia-amtac.com
www.tanatologia-amtac.com / Twitter: [@tanatologiamex](https://twitter.com/tanatologiamex)
Facebook: <http://www.facebook.com/tanatologiamex>



INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UN ADULTO SOBRE UN DUELO INFANTIL MAL RESUELTO

Dr. en Psic. Eduardo De la Fuente Rocha

Profesor-Investigador de la UAM-X, Departamento de Educación y Comunicación, División de Ciencias Sociales y Humanidades

Resumen

En este trabajo, a partir de los enfoques teóricos de diversos autores que han trabajado estados depresivos y melancólicos generados por una pérdida, como son: Wilhem Griesinger, Sigmund Freud, Hubertus Tellenbach y Elisabeth Kübler-Ross, se presenta el análisis en un estudio de caso relativo a un sujeto varón, de 40 años de edad, con problemas en su estado de ánimo por tendencias depresivas profundas. Tal estado, como puede observarse en el análisis, se genera a partir de la pérdida simbólica del padre, al que rechaza y da por muerto a causa de su ineptitud para enfrentar los problemas de la familia. Ello lo vive el paciente en el periodo infantil con una actitud hacia el padre ambivalente de amor y odio.

Al inicio del problema, el paciente se niega a aceptar, en principio, el hecho de que no cuenta con el apoyo y protección del padre por lo que se aísla y se encierra en sus estudios. Posteriormente se llena de odio e ira contra esta figura y resuelve su conflicto desconociéndose a sí mismo y tomando el lugar del padre. Poco a poco se convierte en protector y proveedor de la familia, limitándose en todo tipo de placer y encausando su energía al trabajo y a la producción.

En la edad adulta llega a ser un profesional exitoso, divorciado y separado de sus hijos, además de estar afectado por fuertes depresiones de las que en un inicio no entiende su causa. Posteriormente, a través del análisis, encuentra que su conducta auto agresiva está dirigida por la culpa y la ira, mismas que no están orientadas en el fondo hacia él como persona distinta de los demás, pues él no está presente en su mente de esta manera, sino que tal conducta está dirigida hacia él, como representación de la paternidad que no está presente. Ha pasado su vida queriendo destruir al objeto perdido, amado y odiado que es, su padre y lo ha realizado convirtiéndose en él.

En el trabajo se presenta el proceso de intervención terapéutica para lograr el cambio, mostrando los aprendizajes que el análisis de la pérdida le ha

proporcionado así como los resultados que se han logrado mediante el uso de la terapia narrativa.

Introducción

Diversos son los estudios que se han realizado en torno a los procesos de depresión y a la melancolía. Como es sabido, los trastornos psicológicos evolucionan en acuerdo a cada época.

Actualmente ya no pueden encontrarse tantos casos de histeria como se presentaron en la época victoriana. Hoy es más común el que se presenten cuadros de anorexia. Sin embargo, existen otros padecimientos que se conocen desde la antigüedad y que aún permanecen presentes en nuestros días.

Tal es el caso de la depresión que deriva su nombre de la palabra latina “depressus” que significa abatimiento, o el de la melancolía conocida entre los griegos de la antigüedad como el mal de la bilis negra.

Antecedentes teóricos

En el siglo XIX hubo diversos estudiosos que se avocaron al tema de la depresión, entre ellos, podemos mencionar dentro de la escuela alemana a Wilhem Griesinger quien asimiló los términos de melancolía con el de estados de depresión mental y cuyos trabajos (1817- 1868) influyeron en la generación de los conceptos freudianos relativos a este tema. Para Freud la melancolía se basa en las relaciones objetales internalizadas (Mitchell S.; 1993: p.60)¹

Griesinger (Griesinger W.; 1997: p.45)², propuso la existencia de una lucha entre las tendencias en el individuo entre su yo y su conciencia generando con ello conflictos al yo. Para este autor el proceso depresivo de un desequilibrio mental se fundamentaba en la melancolía que podía presentar diversas manifestaciones tales como los desequilibrios hipocondriacos en el caso en el que la depresión se le diera salida a través de representaciones corporales, el estupor, las formas melancólicas destructivas y autodestructivas ligeras que podían ser remisibles y que se presentaban de acuerdo con este autor como consecuencia de desequilibrios afectivos.

La vivencia de experiencias dolorosas o de alta inseguridad o de posible pérdida, podían ser factores desencadenantes y la melancolía a partir de esta

desestabilización anímica evoluciona hasta separarse de su posible vinculación con el exterior.

Para Griesinger (Griesinger W.; 1997:p.52)³, la melancolía llega entonces a constituirse como una forma de psicosis funcional en la cual el estado depresivo se ha integrado a fenómenos orgánicos anormales.

Otro de los autores alemanes que se han avocado al estudio de la depresión es Hubertus Tellenbach (Tellenbach H; 1976:p.76)⁴. Este intelectual, pertenece al siglo XX y ha indagado sobre los aspectos espaciales y las transformaciones en los procesos melancólicos proponiendo una tipología para los mismos y señalando las causas endógenas de los mismos.

Por su parte la doctora suiza- estadounidense Elisabeth Kübler Ross (1926-2004)⁵ al estudiar los procesos relacionados con la muerte y el manejo de duelos y pérdidas, estableció un esquema de cinco fases para la superación de una pérdida, a saber: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

La negación, como mecanismo de defensa, permite rechazar los materiales psíquicos que no pueden ser soportados para su asimilación por la psique y con ello se protege la misma mientras se fortalece.

La segunda fase corresponde a la ira que es la expresión negativa del desacuerdo por el objeto perdido y que presenta una intensidad similar a la de la magnitud del afecto perdido. La propia sublevación del sujeto ante la pérdida permite el acopio y manifestación de una gran cantidad de energía psíquica que el sujeto necesita para salir adelante en el proceso.

En la tercera fase, la de negociación, tratamos de restaurar al objeto perdido y llegar a un acuerdo interno con nosotros mismos en relación al hecho de los que pudimos hacer o dejar de hacer y no lo hicimos o lo hicimos en forma inadecuada.

La cuarta fase y es la que resulta de especial importancia para este trabajo es la de la depresión. Esta se da como una reacción normal ante una pérdida por lo que no debe ser considerada como un desequilibrio mental patológico, sino como una manifestación natural en un proceso de sanación ante una pérdida que culmina en la última y quinta fase que es la de aceptación.

Las propuestas teóricas de esta autora permiten una clara distinción entre la depresión normal en los procesos de pérdida y la melancolía que pudiéndose iniciar de manera similar ante una pérdida, se desarrolla en forma patológica causando fuertes daños psíquicos y físicos a quien la padece llegando incluso a conducirlo hasta la muerte.

Por otra parte, Sigmund Freud, en 1917 publicó su trabajo denominado “Duelo y Melancolía”, (Freud S.; 2006:p.237-255)⁶ donde señala la diferencia fundamental entre un duelo y un proceso melancólico, afirmando que en este último caso el objeto perdido ha sido asimilado por el sujeto que lo perdió, a través de un proceso de identificación.

Para Sigmund Freud el duelo sólo hace referencia a la pérdida del objeto y se presenta con mayor o menor intensidad en relación a la experiencia previa de haber recibido en exceso o en déficit expresiones de amor. Durante el duelo, el sujeto ha retirado del exterior su libido a manera de defensa por el dolor que la pérdida le causa. Cuando dicho sujeto acepta que el objeto perdido no existe, reinicia su acercamiento al mundo circundante volviéndolo a catectizar.

La melancolía en cambio, para Freud, contiene algo más que el duelo normal, (Freud. S.; p.2006:253)⁷, se relaciona con un proceso narcisista que favorece las identificaciones orales en el sujeto con el objeto perdido, (Freud. S.; 2006:p.247),⁸ para conseguir su incorporación. En la melancolía se manifiestan relaciones ambivalentes de amor y de odio, de manía y de melancolía. (Freud. S.; 2006:p.253-5)⁹.

En la conducta del melancólico pueden manifestarse rasgos obsesivos, pero a diferencia del neurótico obsesivo que ama y odia a una fantasía objetal, el melancólico lo hace con el objeto perdido. Esta relación ambivalente con el objeto perdido es consecuencia del deseo de permanecer ligado al mismo a través del amor y de separarse de él, y regresar al narcisismo, a través del odio. Este sentimiento de odio, aunado a la identificación con el objeto perdido se torna en auto reproches afectando negativamente la autoestima. (Tubert S.; 2000:p.150)¹⁰.

Por otra parte, el retiro de la libido del mundo exterior puede generar desinterés en las relaciones afectivas o laborales o exagerarse en las últimas para rechazar las primeras. La libido se encontrará entonces en el interior del sujeto, y a través de la

inhibición el sujeto emprenderá una búsqueda en sí mismo tratando de hallar lo semejante en él, al objeto perdido.

El melancólico entonces no sabe a ciencia cierta cual es su manera de buscar al objeto perdido y desconoce que se trate de una identificación de él con el objeto. Esto marca una diferencia fundamental con el duelo pues en él, el sujeto tiene plena consciencia de cual es el objeto perdido.

Para Freud, el Yo del melancólico sufre un empobrecimiento. Siente que es culpable, que merece el castigo y el rechazo tanto de los demás como el propio, y se auto denigra. Los reproches en general se dirigen hacia sí mismo y en menores ocasiones hacia otro a quien dice haber amado y de quien se siente traicionado. Las declaraciones de reproche del melancólico se presentan mezcladas siendo algunas verdaderas y otras no, utilizando a la primera para encubrir la relación amor odio y la propia identificación con el objeto perdido.

El melancólico muestra una fuerte tendencia hacia el abatimiento y expresa la injusticia del estado al que se ve reducido por la pérdida. Tal abatimiento puede generar desajustes en la alimentación, en el sueño y en la defensa de la propia vida. Sin embargo el auto martirio que estos sujetos se infligen van acompañados de una fuerte carga placentera. El placer se sostiene sobre una fijación anal de controlar al objeto para eliminar la angustia que le causa la pérdida.

La fijación del melancólico al objeto amado es sumamente fuerte y al mismo tiempo carece de fortaleza para establecer relaciones significativas con otros seres y objetos del exterior, ello se debe principalmente a que la construcción psíquica del sujeto se lleva a cabo sobre una base narcisista a la que recurrentemente regresa.

Su relación con el objeto perdido, amado y odiado es en realidad una relación consigo mismo por lo que sus reacciones sádicas se vuelven contra él. Cuando la autoagresión se incrementa puede presentarse una tendencia hacia la autodestrucción.

Una de las manifestaciones del incremento en el deterioro de estos sujetos es la presencia del insomnio impidiéndole el reposo lo que genera el vaciamiento del Yo.

Como reacción a la angustia, estos sujetos desarrollan la manía por medio de la cual tratan de sobreponerse a la pérdida. En la manía, el sujeto trata de sobre invertir algunos objetos con la energía que recupera de la contra investidura del objeto perdido. Ello se manifiesta en momentos de gran productividad que se verán interrumpidos por el retorno a la melancolía.

Análisis de caso

A continuación se presenta el caso de un paciente de 40 años de edad que después de un divorcio efectuado hace año y medio, ha dejado de ver a sus dos hijas pues éstas viven con la madre, en una ciudad diferente a donde el padre vive. El motivo de consulta es la profunda tristeza que tiene debido a la pérdida de sus hijas. Expresa su tristeza llorando y señalándose como causante de ésta separación.

Narra que él es hijo primogénito de una familia. Tiene cinco hermanas. La madre y el padre en su infancia fueron personas incapaces de responsabilizarse de la sobrevivencia de la familia. Acostumbrados a que los padres de ellos les mantuvieran vivieron durante el matrimonio muchas carencias lo que provocaba pleitos continuos que derivaron en el divorcio de los padres y en que el paciente desde temprana edad se responsabilizara del sostenimiento de la madre y de las hermanas al tiempo que estudiaba una carrera profesional.

Narra escenas de su pre adolescencia en las que manifiesta celos hacia el comportamiento de la madre ante la posibilidad de que pudiera tener alguna relación con algún otro hombre.

Contaba el paciente con familiares que habían heredado a los abuelos pero que se habían posesionado de todo el capital quedando la familia del paciente pauperizada y con grandes apuros económicos. Recuerda historias de abuso económico y despojo de sus tíos y relata haberse enfrentado a ellos con una agresividad desbordada. El paciente actualmente muestra un carácter afable pero controlador pues en todo momento pretende que le asista la razón. Tiene eventualmente rasgos de avaricia hacia él mismo y hacia personas queridas. Se trata de un profesionista exitoso y directivo. Actualmente convive con una nueva pareja pero no se termina de comprometer.

Durante muchos años mantuvo una relación con la madre sólo telefónica por vivir en lugares muy distantes uno del otro. En su relación con ella era agresivo, resentido y muy crítico, pero al mismo tiempo no podía dejar de hablarle y mantener una relación aparentemente cercana como de madre e hijo.

Narra que la ex esposa, también estudió una carrera administrativa. La describe como una mujer de carácter duro, distante, y que está enfocada esencialmente al rol de madre. En posteriores sesiones señala la manifestación de estos rasgos en la madre del paciente. Describe a la ex esposa como una persona indiferente a él y la señala como traidora a un plan de crecimiento y desarrollo de vida que el paciente suponía había de haberse cumplido y que no se realizó porque no hubo interés y colaboración de parte de su ex mujer.

Desde el punto de vista freudiano podría decirse que el paciente tiene fijaciones anales que le otorgan rasgos obsesivos. Las funciones de retención y expulsión son privilegiadas psíquicamente. En la relación con la madre puede observarse que guarda una relación ambivalente queriéndola retener y expulsar simultáneamente. A partir de la narración vemos que en la preadolescencia la madre se había constituido en un ser amado y celado por el paciente. Éste ocupó el lugar del padre y no pudo manejar el duelo de perder a la madre como objeto totalmente poseído por él. Para lidiar con la angustia que le ocasionaba la pérdida evitó separarse de ella casándose con una mujer similar que poseía dos características esenciales: la primera era la falta de compromiso emocional para quedarse con el paciente y la segunda el deseo de que éste solo funcionara como figura de padre más no de pareja.

En el discurso del paciente puede observarse entonces que está identificado con la madre pues a pesar que proyecta en la ex esposa su falta de compromiso emocional lo actúa con la presente pareja manteniéndola en una relación cuyo compromiso es limitado. También está identificado con la madre al admitirse solamente como padre y no como un ser completo que tiene derecho a experimentar su propia sexualidad.

Las depresiones que presenta el paciente serían reacciones normales ante la pérdida de las hijas pues como señala la Dra. Kübler Ross en la cuarta fase del proceso de superación de una pérdida se presenta la depresión. Sin embargo, el fenómeno que se presenta en el paciente no está encamionado hacia la aceptación de la pérdida para lograr la sanación sino que se manifiesta en un detenimiento en la fase depresiva acompañado de autoreproches hacia sí mismo, (Freud S.; 2006:p.242)¹¹ hacia la ex esposa y hacia la madre. Estas expresiones se continúan consistentemente. Por lo anterior podemos señalar que no se trata de un proceso de duelo normal sino de una melancolía. El paciente aún teniendo altos ingresos utiliza su avaricia para lastimarse y lastimar a sus seres queridos y ante la angustia que le causa la pérdida y destrucción se éstos se desprende y se aleja de los mismos en una actitud maniaca en la que se dedica a trabajar y a operar instrumentalmente con gran energía durante un tiempo, pasando, después de un periodo de gran actividad a otro de reposo donde regresa la tristeza y la melancolía.

Como afirma Griesinger (Griesinger W.; 1997:p.53)¹², puede observarse que existe una lucha entre su conciencia y su yo. El yo está identificado con la madre en el aspecto que más sintió el paciente que le dañó de ella, es decir, en el compromiso emocional. Esta identificación se opone a su conciencia que le habla de la necesidad de amar y de disfrutar de la vida. En la prohibición del disfrute de la vida también el paciente está identificado con su madre pues ambos lo han postergado para privilegiar su posición de padre o madre.

Hubertus Tellenbach (Tellenbach H; 1976:p.33)¹³ en el siglo pasado señaló las causas endógenas de los procesos melancólicos. Ello puede observarse claramente en este paciente en el que a pesar de haber logrado dar una estabilidad material y moral a sus hijas y de haber alcanzado una estabilidad socioeconómica personal, es retomado por fuerzas interiores por las que aún sin entenderlas y hacerlas conscientes toman posesión de él entristeciéndolo.

Este paciente de acuerdo con Freud manifiesta rasgos obsesivos a través de sus expresiones de control pero a diferencia del obsesivo que ama y odia una fantasía objetual este paciente lo hace con el objeto perdido que es la madre. De hecho quiere estar ligado y separado de ella por lo que se queda odiándola encerrado en su propio narcisismo. El retiro de la energía libidinal hacia sí mismo favorece que las imágenes externas se le presenten deslucidas y carentes de interés y por ello finalmente pierde la alegría de realizarse en el trabajo y el deseo de contactarse comprometidamente con los otros. El paciente entonces se interioriza tratando de encontrar una respuesta a su padecimiento sin tener conciencia de su identificación con el objeto perdido.

En el caso de este sujeto puede observarse que sus declaraciones en contra de sus objetos amados traicioneros en ocasiones tiene una base de verdad y en otras no. Cuando son falsas las declaraciones son narraciones que encubren sus relaciones de amor odio hacia el objeto perdido.

Este paciente se encierra muchas veces evadiendo la realidad. A veces se autoflagela. Así por ejemplo a pesar de disponer de recursos vive con escases y duerme en el piso. Estas situaciones de autodenigración van acompañadas de un sentimiento placentero.

Intervención terapéutica.

Debido a que se trata de un paciente melancólico el objetivo terapéutico consiste en la desidentificación con el objeto perdido odiado y amado que es la madre. Esta sobreidentificación se dio por la falta de afecto de la misma hacia el hijo y por la ocupación que el paciente hizo del lugar del padre al abandonar éste su lugar. El padre fue distante flojo e irresponsable. Se trató de una figura débil e incapaz de responder por la familia y de mantener una línea de autoridad. La falta de intervención del padre favoreció la fusión diádica entre el hijo y la madre. Nunca se presentó un corte edípico propiciando que la madre como objeto siguiera siendo parte del engolfamiento psíquico del hijo instalándolo en una oposición narcisista en la que la imagen diferenciada del hijo con relación a la madre se conservó difusa.

Por lo anterior la primera etapa del tratamiento consistió en la aceptación de la figura del padre, primero simbólicamente y después favoreciendo un acercamiento

físico con el mismo. Dado que en la actualidad el padre del paciente se ha vuelto a casar se buscó que a través del tratamiento el paciente reconociera el lugar del padre, su derecho al placer y su capacidad para aceptar actualmente un compromiso. Lo anterior ha favorecido una reconciliación con el padre y la aceptación y respeto de su nueva pareja.

El trabajo terapéutico en segundo lugar se abocó a la aceptación y vivencia de estados placenteros por parte del paciente aprovechando que al mismo le gusta el baile y el deporte, especialmente el football. A partir de estas prácticas aunadas al gusto por una lectura placentera el paciente comenzó a aceptar a experimentar algunas vivencias sociales acompañado de su nueva pareja en un principio con poco interés y alegría pero poco a poco su gusto por tales actividades se fue incrementando posteriormente estas experiencias se ampliaron a lugares más distantes y a experiencias placenteras más novedosas.

El proceso anterior ha prometido por un lado que se fortalezca una imagen del mismo paciente en su gusto por el placer diluyendo la sobrecarga que tenía su sobreidentificación como padre. Al lograr esta identificación con aspectos personales que la madre no posee se favoreció una desidentificación con ella y un gusto y deseo de conocer lo externo al paciente como son nuevos lugares y nuevas experiencias placenteras.

El resultado terapéutico ha sido que en las conversaciones con la madre ha disminuido su agresión hacia la misma por una parte y por otra ha podido intervenir en los señalamientos que ésta le hace con respecto a la vida del paciente las diferencias en la manera de pensar, sentir y percibirse a sí mismo y a la vida.

A consecuencia de estas modificaciones psíquicas el paciente se encuentra actualmente con un mínimo de manifestaciones de tristeza, ha dejado de llorar y su sueño es más equilibrado, abriéndose cada vez más a formas de vida no exploradas como son viajes más grandes y relaciones sociales nuevas. Así mismo con su pareja está aprendiendo a disfrutar de los procesos cotidianos como son el disfrutar las compras en una tienda en lugar de hacerlas en forma controlada y obsesiva como lo hacía antes.

Los autoreproches han disminuido simultáneamente a la desaparición de las acusaciones que hacía de la traición de su ex esposa por no haberlo acompañado a través de la vida en la manera en que como él antes requería. Se siente más acompañado de sus hijas y siente acompañarlas más aunque su conversación debido a la lejanía es diaria pero telefónica. Respeta cuando éstas desean hablar mucho o poco con él permitiéndoles sus decisiones de vivir como niñas mientras él se permite vivir como adulto, con lo cual puede observarse que también los procesos de diferenciación y desidentificación se están manifestando entre él y sus hijas.

Conclusiones.

En este caso puede observarse que un duelo mal resuelto en la infancia puede no ser solamente el generado por la muerte de un ser querido sino también por la angustia de separarse de un ser con el que el infante se ha identificado pues ello psicológicamente implicaría la angustia de vivir la propia muerte.

Los procesos melancólicos pertenecen a estas formas de duelo mal resuelto y generan en la edad adulta la posibilidad de llevar a sujeto a la muerte si no se atiende al sujeto que lo padece.

En este caso pudo observarse que la disolución de este tipo de duelos se apoyan en alcanzar una adecuada desidentificación del paciente con el objeto que considera perdido, al tiempo que recupera la presencia de dos nuevos seres viviendo cada uno de ellos de forma separada e independiente entre los que puede sostenerse una relación de amor respetuosa.

Las agresiones que se manifiestan en los procesos de duelo melancólico corresponden a fijaciones en las defensas que el infante tiene en contra de los objetos que amenazan su existencia fundida a la de la madre.

La ambivalencia que presentan los duelos en los en los sujetos melancólicos contiene el germen psíquico sobre el que el terapeuta puede basarse orientarlos hacia una diferenciación. Amar y odiarse a sí mismo o a otra persona implica una dualidad y esta es la base de la diferenciación.

El caso muestra que el proceso de diferenciación debe reconstruirse primero con la restitución de los objetos perdidos no reconocidos como en este caso el padre favoreciendo que se le restituya su lugar. Posteriormente podrá trabajarse en el propio paciente la aceptación de que él mismo y sus características escindidas tiene un lugar que debe ser restituido y respetado y por último podrá trabajarse la figura central del duelo melancólico con la que el paciente haya vivido identificado.

¹ Mitchell S.A. "Conceptos Relacionales en Psicoanálisis: Una Integración". México. Siglo XXI ed. 1993 p. 60

² Griesinger W. "Patología y terapéutica de las enfermedades mentales". Buenos Aires. Ed. Polemos, 1997 p 45

³ Ibidem, p. 52

⁴ Tellenbach H. "La melancolía: Visión histórica del problema. Endogenidad. Tipología, patogenia y clínica". Madrid Ed. Morata. 1976. p. 76

⁵ Kubler-Ross E. Kessler D. "Sobre el duelo y el dolor". Barcelona. Ed. Luciérnaga. 2006

⁶ Freud, S. "Duelo y melancolía", Obras Completas, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires. 2006. p 237-255.

⁷ Ibidem, p. 237-255

⁸ Ibidem, p. 247

⁹ Ibidem, p. 253-255

¹⁰ Tubert S. "Sigmund Freud". Madrid. Editorial EDAF,S.A. 2000. p. 150

¹¹ Freud, S. Op. Cit., p 242

¹² Griesinger W. Op. Cit., p 53

¹³ Tellenbach H. Op. Cit., p 33

Bibliografía

Freud, S. (2006) "Duelo y melancolía", Obras Completas, Tomo XIV, p 237-255. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Griesinger W. (1997). "Patología y terapéutica de las enfermedades mentales" Ed. Polemos, Buenos Aires.

Mitchell S.A. (1993) "Conceptos Relacionales en Psicoanálisis: Una Integración" Siglo XXI ed. México

Kubler-Ross E., Kessler D. (2006) "SOBRE EL DUELO Y EL DOLOR". Ed. Luciérnaga. Barcelona.

Tellenbach H. (1976). "La melancolía: Visión histórica del problema. Endogenidad. Tipología, patogenia y clínica" Ed. Morata. Madrid

Tubert S. (2000) "Sigmund Freud" . Editorial EDAF,S.A. Madrid