

Trabajo leído en un diálogo con pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión en el Hospital General, Zona no. 1 del IMSS en Oaxaca.

Ansiedad y depresión a nivel individual y colectivo.

Ricárdez, Juan José.

Cita:

Ricárdez, Juan José (2018). *Ansiedad y depresión a nivel individual y colectivo*. Trabajo leído en un diálogo con pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión en el Hospital General, Zona no. 1 del IMSS en Oaxaca.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.jose.ricardez.lopez/16>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pnde/9yO>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

Ansiedad y depresión a nivel individual y colectivo¹

Juan José Ricárdez López

Oaxaca, Oax.

Diciembre, 2018.

¹ Trabajo presentado en el Diálogo *Quiero estar mejor*, organizado por la coordinación de psicología del Hospital General de Zona no. 1 del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) en Oaxaca, dirigido a pacientes con diagnósticos de ansiedad y depresión, el 28 de diciembre de 2018.

“A veces hay que pararse bajo la lluvia,
pero de todos es comenzar otra vez,
consiste sólo en continuar, lo dice un hombre
que habita donde nunca deja de llover.”

Fernando Delgadillo

Llovizna

Antes que nada, quiero agradecer la invitación al equipo de psicología de este hospital, y particularmente a la psicóloga Aidée Ricárdez Reyes, quien sin duda es una de las personas más creativas y comprometidas con la psicología que he conocido. También quiero agradecer mucho a ustedes la confianza para estar aquí, y espero que lo que he preparado aporte en la comprensión de la ansiedad y la depresión.

También considero importante precisar desde ahora que, en la actualidad, la comprensión de los cuadros psicopatológicos y psiquiátricos sólo está completa si se toman en cuenta las características del contexto en que los sujetos que presentan estos cuadros se desenvuelven. Así pues, voy a intentar que mi abordaje no pierda de vista la influencia que la dinámica social tiene en la aparición de ciertos síntomas.

Del mismo modo, quiero aclarar que el marco de comprensión desde el cual trabajo en la clínica y en la investigación política, es el psicoanálisis, sobre el cual podemos decir, brevemente, que es una ciencia psicológica que tiene como premisa la existencia de un apartado inconsciente en la mente. Lo inconsciente, tiene que ver con operaciones mentales, fantasías, ideas y emociones que son imperceptibles para la conciencia. No obstante, es posible aproximarse a este contenido a través de técnicas como la asociación libre y la interpretación de sueños, gracias a lo cual una persona puede conocer cómo funciona su mente.

Por lo anterior, quiero recalcar que la que ahora expongo es sólo una óptica sobre la ansiedad y la depresión, y que seguramente la información que compartiría un psicólogo conductista o uno sistémico pondría énfasis en aspectos que yo seguramente no tocaré. Pero esto no me parece una desventaja sino una potencialidad, ya que las informaciones diferentes se complementan a la hora de estudiar un tema y tomar postura ante el mismo. Como paréntesis, pienso que por eso es importante que cada paciente tenga claro el enfoque de trabajo de su psicólogo, porque de esto se desprenden el encuadre terapéutico y los objetivos.

Aclarado lo anterior, me voy a permitir hablar un poco sobre cómo se entiende el síntoma en psicoanálisis, y qué diferencia existe entre esta concepción la de las terapias conductuales y la psiquiatría tradicional.

El sentido del síntoma

En mi opinión, uno de los aportes más importantes desde los inicios del psicoanálisis, es el de haber entendido que cada síntoma que surge en una persona tiene un sentido y un fin (Freud, 1983). Pero este sentido del síntoma está definido por la historia personal de cada sujeto, así como por su modo particular de hacer frente a la realidad. En este orden de ideas, entonces, resulta de suma importancia que los profesionales que abordan a una persona con ciertos síntomas (psicólogos, médicos familiares, psiquiatras, etc.) se den el tiempo y dediquen el esfuerzo suficiente a conocer a su paciente. ¿Cómo se le hace para conocer a fondo a un

paciente?, podría preguntárseme, y tal como he dicho en otro lado (Ricárdez, 2016) la respuesta es: escuchando. Como lo explica la psicoanalista mexicana Victoria Leal (2011, p. 166): “el síntoma es algo muypreciado, porque cada síntoma es el lenguaje cifrado de una verdad del sujeto, por eso no se pretende eliminarlo, se pretende que el síntoma hable, revelando la historia que propició su formación”.

Es decir que cada síntoma, en sentido estricto, es una creación personal, y además, es la respuesta más auténtica que una persona puede ofrecer en un momento particular de su vida. Ahí radica el valor del síntoma: en que siempre es único, porque aunque parezca idéntico al de otra persona, la historia que lo sustenta es irrepetible. Por ejemplo, pienso en todas las veces que he recibido a un niño en consulta por algo que los padres llaman “comportamiento agresivo”. Una de esas veces, los padres llevaron a un niño al que habían reportado las autoridades de su escuela por “pegarle a los niños”. Si mi enfoque de trabajo fuera conductual, seguramente haría un plan conductual para el niño, buscando disminuir o desaparecer esta conducta; es decir, que el síntoma del niño (en este caso, golpear a otros niños) sería pensado como el enemigo a destruir.

El enfoque con que trabajo en cambio, no se centra en la angustia de los padres o de las autoridades escolares, sino en el sufrimiento del niño, y en el sentido de sus síntomas. Así, platicando con este niño en sesión, le pregunté sobre cómo exactamente golpeaba a los otros niños, y él me explicó que, primero, los “correteaba” (lo cual parecía disfrutar particularmente), y una vez que los alcanzaba, les golpeaba el estómago. Según dijo, no les golpeaba otra parte del cuerpo, sólo “la panza”. Este niño gustaba de golpear con fuerza los juguetes del consultorio.

En la última sesión a que asistió (acudió a la sesión de entrevista junto con sus padres y a tres sesiones de tratamiento), me contó que él vivía en una especie de vecindad, y muchos parientes suyos vivían ahí mismo. (Los papás aclararon que “prácticamente todas las casas de esta vecindad estaban ocupadas por familiares”). El niño me contó que él era el más pequeño de todos sus primos, y en consecuencia de toda la familia (Federico tenía 8 años, aunque aparentaba por lo menos diez), y agregó que una de sus tías estaba embarazada. Le pregunté que cómo sabía eso y él respondió: “por la panza”.

Le pregunté que cómo se sentía con eso de tener un nuevo primo, y él respondía esquivo diciendo que no sentía nada. Intenté explorar más y pregunté: “¿crees que tu gusto por pegarle a los niños de la escuela tenga que ver con que tu tía está embarazada?”, y él respondió “no sé”; le dije “yo creo que no te gusta tanto la idea de que vaya a haber alguien más chico que tú en tu casa, tal vez piensas que si hay alguien más chico a ti ya no te van a consentir igual” (los padres habían explicado que todos en la familia “consentían” a Federico); Federico dejó los juguetes y se sentó en el sofá, entonces aventuré una idea: “yo creo que tú le pegas a los niños en la panza como quisieras pegarle a la panza de tu tía para que tu primo no te robe

el cariño ni los regalos que te hace toda tu familia”. Federico no respondió ni dijo nada el resto de la sesión, tampoco jugó más con los juguetes.

Federico no volvió (o más bien sus padres no lo llevaron más y tampoco avisaron que interrumpirían el tratamiento), y no supe su opinión sobre mi interpretación. Lo que quiero enfatizar, es que, en mi opinión, es determinante la historia de cada persona para la comprensión de sus síntomas, porque los golpes que daba Federico, según creo, tenían que ver con sus celos y su rivalidad con su primo que estaba por nacer. Pero estos mismos golpes podrían tener otro origen en un niño que está viviendo algo diferente, o en una niña, o en un adolescente, o quizás otra persona no golpearía en la panza, sino en el rostro o los genitales, y eso definitivamente tiene que ver con la historia de la persona.

Por casos como éste, entonces, me he convencido de que resulta sumamente benéfico que cada persona entienda el sentido y la función de sus síntomas y padecimientos en su vida, porque sólo así puede alguien responsabilizarse de su salud: cuando entiende como suya esa creación. Pienso que también a esto se debe que la gente defienda con tanta fuerza sus síntomas (fumar, beber, ejercer violencia, aceptar violencia, etc.): a pesar de que la gente acude con profesionales para tratar sus síntomas, es muy frecuente que los pacientes no sigan las indicaciones del médico; y esto parecería raro: ¿por qué la gente hace justo lo que los médicos dicen que no haga, pero al mismo tiempo realmente desea curarse?, y creo que se debe a que, inconscientemente, la persona sabe que su síntoma cumple una función particular en su vida en ese momento, y sabe que si pierde su síntoma pierde algo importante de sí

Cuando un síntoma desaparece, si no se comprende a profundidad, suele ser sustituido casi inmediatamente por otro. Si hay duda de esto, puede preguntársele a muchas de las personas de acuden a Alcohólicos Anónimos y que han dejado de beber, pero generan una adicción casi de la misma intensidad hacia el café, la Coca-Cola, o al cigarro.

Explicado esto, ahora sí pasaremos a hablar sobre la ansiedad y la depresión.

Ansiedad

Con base en mi práctica clínica, podría definir a la ansiedad como un estado pertinaz de preocupación anticipada ya sea a algo conocido o desconocido: la certeza movilizante de que algo malo va a pasar. En muchos casos, esta sensación va acompañada de síntomas físicos como sudoración y taquicardia, y en otros casos es observable hambre excesiva, intolerancia a la quietud y en muchos casos mal olor de boca o pies.

La Asociación Americana de Psiquiatría (AAP, 2014) en la versión más reciente de su manual DSM, propone los siguientes trastornos de ansiedad:

- Trastorno de ansiedad por separación

- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social o Fobia social
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

Pero el mismo manual es muy claro cuando explica que la aparición de los criterios para cada cuadro no son indicadores por sí solos de un trastorno, y que para establecer un diagnóstico es indispensable un juicio clínico (AAP, 2014). Asimismo, es muy importante recordar que para el abordaje clínico, es muy importante que la persona manifieste malestar y exprese preocupación por el deterioro que pueda observar en diversas áreas de su vida debido a esto.

En psicología se utiliza el ejemplo de la “gordita”. Imaginemos a una chica con sobrepeso que ha ido al nutriólogo, al bariatra, al psiquiatra, al médico familiar, al homeópata y demás profesionales de la salud, y aun así no logra adelgazar. Entonces estos profesionales la derivan al psicólogo. La primera pregunta que el psicólogo debe hacer es: “¿y usted quiere adelgazar?”, porque nosotros no instalamos ansiedades en las personas, atendemos las que realmente son suyas.

Ahora, hablando de ansiedad, me parece justo mencionar también que, en mi opinión, en general nuestras sociedades son sociedades ansiosas. Con esto quiero poner de relieve que la ansiedad –al igual que la depresión– son padecimientos lógicos en sociedades como las contemporáneas. ¿En qué puede observarse esta ansiedad colectiva o social?, pienso que, principalmente, en la dificultad que tienen las personas para estar a solas.

El psicoanalista y pediatra inglés Donald Winnicott (1981 [1958]) propone que la capacidad de estar a solas es un síntoma de madurez en las personas. Esta capacidad se adquiere gracias a que el niño, en los primeros momentos después de haber nacido, en realidad es quien es sin atender al otro pero en presencia de él, principalmente de la madre. Esta posibilidad de estar solo frente a su madre, permite que el niño incorpore a su mente la imagen de una madre que observa lo que el niño es. El niño entonces, al crecer, no experimenta ansiedad ante la soledad, porque tiene la certeza inconsciente de que alguien en su interior (la madre o los cuidadores de la infancia), están atentos a él.

En este sentido, esta dificultad para la soledad es fácilmente detectable en la sesión terapéutica. Aun cuando un paciente no presente los criterios definidos previamente para la ansiedad, pueden detectarse núcleos ansiosos en él cuando, por el esquema de la sesión en la que es él quien habla sin dirección predefinida para su discurso, suele preocuparse y hacer comentarios como “¿no me va a preguntar algo?”, o “es

más fácil para mí si usted me dice qué quiere saber”. Es como si requiriera constatar permanentemente que ahí en frente hay otro, y esto se debe a que no logró incorporar a su mente a ese otro que está ahí siempre para escuchar y ser testigo de su ser. En las ansiedades por separación es particularmente claro este hecho: el paciente necesita constatar permanentemente en la realidad externa la presencia de sus objetos amados (padres o cuidadores), y su ausencia le perturba, enoja y entristece. La terapia pues deberá tender a favorecer la incorporación de un objeto bueno, atento y respetuoso de la individualidad de la persona.

Volviendo al tema de la ansiedad social o colectiva, me parece que un indicador claro de la dificultad de las personas para estar solas es el abrumador desarrollo de la tecnología. En un viaje de camión o caminata, la gente se coloca sus audífonos, aislándose de la realidad que asusta. Las Redes Sociales de Internet (RSI) del mismo modo: son útiles para soslayar la ansiedad ante la soledad, porque siempre hay alguien conectado, o porque la persona que no puede estar sola puede colgar un contenido y sabe que siempre habrá respuesta (*like*).

La gente no lee libros (lee tuits), porque la lectura es en sí misma un ejercicio introspectivo, porque más allá de lo que el autor plasme, lo que atrae (y esto pasa en general ante cualquier obra de arte) es lo que uno encuentra de sí mismo en el texto. Como la gente no sabe estar sola, evita a toda costa actividades que impliquen introspección. Es por esto, que pienso que las terapias no directivas (como la psicoanalítica), son una gran oportunidad para aprender a estar solos, y para tener menos ansiedad ante la realidad.

En este marco pues, es hasta cierto punto lógico que a nivel individual una persona reproduzca, a su manera, la ansiedad que permea en el día a día del contexto urbano (pienso que las zonas rurales, por estar menos expuestas a la frivolidad urbana, conservan mayores espacios para la reflexión). Otro síntoma social generalizado que, en mi opinión indica ansiedad, es la intolerancia ante la quietud.

Me ha tocado escuchar en muchas ocasiones que la gente dice: “a mí me desespera ver que la gente no esté haciendo algo, que esté sentada o acostada sin hacer nada”. En mi casa la lectura era un evento que merecía todo el respeto. Si mi madre iba a encargarme alguna tarea de la casa y me encontraba leyendo, no me interrumpía y encontraba el modo de solventar dicha tarea. Quizá por eso, me ha sorprendido mucho cuando, por ejemplo, en una ocasión, en una hora libre entre las clases que daba estaba leyendo, llegó la directora de la escuela y al verme me dijo amablemente: “ah, qué bueno que no está haciendo nada porque quería comentarle algo”, le respondí, “sí estoy haciendo algo: estoy leyendo”.

Cuando la gente realiza las labores del hogar enciende la música, como para que haya un sonido de fondo. El respeto que hubo en mi casa también por la música a mí me hace imposible hacer eso: no puedo poner música sin atender a fondo la letra. Siempre que intento hacer algo con música encendida, desatiendo lo otro. También tal vez por eso la música que se escucha en nuestros días es tan hueca e

incluso soez: porque quienes la fabrican saben que no se requiere contenido, porque la gente la quiere para llenar huecos, para calmar la ansiedad, y no para alimentarse con melodías y letras que propongan algo profundo.

En fin pues que la ansiedad es un tema que no sólo se juega a nivel individual, sino también a nivel colectivo. Pienso que la mejor respuesta ante un ambiente ansioso es la inclusión de espacios de soledad reflexiva. La terapia es una gran opción en este sentido hablando a nivel individual; mientras que a nivel colectivo, pienso que el arte es el mejor ansiolítico. En ambos casos, el sujeto rompe con la dinámica de movimiento desesperado que la sociedad le impone. Tiene la oportunidad de poner en duda sus certezas, reconocerse en medio del caos y tener la fuerza de llevar sus pasos por donde realmente quiere. Así, cada vez más, irá perdiendo el miedo a estar solo y a estar quieto para reflexionar, y con esto, además, seguramente podrá ofrecer a otro (hijos, amigos, compañeros de trabajo, etc.) la certeza de que alguien escucha y es testigo de la existencia de ellos, con lo cual, la ansiedad social irá disminuyendo. Pero quizás todo esto de la incorporación de objetos buenos quede un poco más claro ahora que hablaremos de depresión.

Depresión

Una vez más basados en la experiencia clínica, podemos definir a la depresión como un estado de tristeza profunda, que surge ante la pérdida real o fantaseada de un objeto amado, y en el cual se manifiesta llanto inconsolable, anhedonia, desinterés por el autocuidado, y profunda desesperanza. La AAP (2014), en el manual a que nos hemos referido, propone entre los trastornos depresivos a los siguientes:

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente o Distimia
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

Si bien la depresión en cualquiera de sus presentaciones es un cuadro que requiere de una intervención oportuna y especializada, considero importante distinguirla del que en mi opinión es el cuadro afectivo más grave y al que se le conoce como melancolía. Freud (2011 [1917], p. 305) define así a la melancolía: “la melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio”; y en esto la definición es bastante similar a la que se ofreció previamente sobre la depresión, pero Freud continúa y hace clara la diferencia: “esta última se traduce en reproches

y acusaciones de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una *delirante* espera de castigo”.

La diferencia pues radica en que en la depresión, el dolor es ocasionado por la certeza de pérdida de un objeto; en cambio, en la melancolía, es como si el sujeto se volviera en sí mismo la pérdida, y se instalara en él la recuperación de algo que jamás estuvo, que siempre faltó. Además, la melancolía es mayormente pensada del lado de las psicosis, mientras que la depresión mantiene un contacto –doloroso y desesperanzador– con la realidad.

Adentrándonos en la depresión, o las depresiones, primero es oportuno puntualizar que, en mi opinión, y hablando a nivel clínico, es de suma importancia reconocer si el cuadro depresivo es un trastorno depresivo en sí, o el resultado de un padecimiento subyacente, por ejemplo, algún trastorno bipolar o un trastorno de la personalidad límite, histriónico o narcisista. A nivel psicológico, el abordaje ha de variar mucho dependiendo de esto.

En general, no obstante, también la capacidad para deprimirse es un indicador de desarrollo. En este punto, son las ideas de la psicoanalista infantil Melanie Klein las que dan mucha luz. Esta autora propone que el niño, al inicio de la vida, no se relaciona con lo que ella llama un objeto total (la madre), sino con objetos parciales (partes de la madre). Estos objetos, en un primer momento, son amenazantes, pero la amenaza que representan para el niño son el reflejo de la agresividad que él les dirige. El bebé que experimenta malestar ataca a estos objetos práctica y fantasiosamente, y esto genera que espere una respuesta agresiva de la misma intensidad. En esta posición que se conoce como esquizo-paranoide se sientan las bases de las ansiedades paranoicas.

Pero momentos después, el niño es capaz de sentir culpa por los ataques que ha dirigido a los objetos, surgiendo así en él un deseo de reparar dicho daño (Klein 2008 [1935], 2008 [1936], 2008 [1937], 2008 [1940]). Es decir, que en un primer momento, el niño no tiene capacidad de deprimirse empáticamente –podríamos decir– por el daño que él mismo dirigió al objeto, sino que sólo se asustaría y esperaría un ataque vengativo por parte de este objeto. En un segundo momento, el niño empatizaría con el daño recibido por el objeto, se sentiría culpable y tendería a intentar repararlo. Por eso resulta benéfico permitir a los niños que reparen, en la medida de sus posibilidades, cuanto quieran en casa o en diversos lugares: inconscientemente están reparando a sus objetos internos del daño que ellos mismos generaron.

De todo esto, se desprende que en la mente del niño existan objetos buenos y malos, básicamente, objetos que representan las bondades de la madre o de los cuidadores, y objetos que representen sus características amenazantes. Podríamos pensar que estos objetos están en permanente lucha, pero si el niño ha robustecido la fuerza de sus objetos buenos a través de relaciones amorosas en la realidad, éste no se siente amenazado. Si en cambio, el ambiente del niño es hostil, y por ello él

comienza a sentir sus objetos malos como más fuertes, aparece una preocupación importante, y un profundo dolor cada vez que él experimenta que un objeto bueno ha sucumbido ante los malos y agresivos.

Lo que duele en la depresión, podríamos decir, es la muerte de los objetos buenos. Al no haber representaciones mentales esperanzadoras en la persona, ésta se siente desprotegida ante sus propios objetos amenazantes. La fuerza que brindan las relaciones amorosas sobre todo en los primeros momentos de la vida, radica en que el niño incorpora objetos que sobreviven a los ataques de sus objetos malos.

El objetivo terapéutico en el trabajo con la depresión sería favorecer el resurgimiento o el nuevo establecimiento de objetos buenos y amorosos, que sobrevivan a los ataques de los objetos persecutorios, y para ello se requiere un abordaje frecuente, paciente y ético. A nivel social, nuestro país vive un momento que puede entenderse muy bien gracias a esta teoría de los objetos. No recuerdo la fuente, pero recientemente escuché que una encuesta arrojó que el nivel de esperanza de los mexicanos aumentó considerablemente a partir del triunfo electoral del actual Presidente.

Gracias a esta teoría, no obstante, podemos saber que el objeto de amor es el mismo que, en cierto momento, se vuelve el destino de toda la hostilidad y agresividad del sujeto. Será muy bueno como ciudadanos matizar nuestra alegría y no exagerarla, porque si se exagera se idealiza, y si se idealiza no se es justo con los juicios al objeto. Si se idealiza al Presidente, es más fácil salir decepcionados, porque la idealización implica exagerar las virtudes del objeto, y cuando el sujeto que idealiza se siente decepcionado –aun cuando sus anhelos no estaban justificados– suele volcar su amor en odio, y entonces ataca y amenaza al objeto que no es culpable de nada, más que de sus naturales limitaciones.

Palabras finales

El objetivo de esta intervención pues no ha sido el de proponer una lista de criterios diagnósticos inamovibles y definitivos para comprensión de la ansiedad y la depresión, sino proponer dichos criterios como guías dinámicas y flexibles, a partir de las cuales puede proponerse una impresión diagnóstica que no pierda de vista la individualidad de las personas. El contexto mercantil y frívolo que vivimos, por otro lado, es influencia fuerte para experimentar sentimientos ansiosos y depresivos a nivel colectivo: ansiedad ante la incapacidad del sujeto para ajustarse a los cánones de belleza, cultura y moral que proponen los dueños del poder político, económico y mediático en la sociedad; y depresión ante el constante encumbramiento de personajes plásticos y sin esencia, que no responden a nivel emocional a quienes le admiran, y que tarde o temprano decepcionan las exageradas esperanzas que se volcaron en ellos a través de la idealización.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Freud, S. (1983 [1914]). Conferencia XVIII. La fijación al trauma. Lo inconsciente. En López-Ballesteros Introducción al psicoanálisis (II Teoría general de las neurosis) (pp. 52-68). México: Iztaccíhuatl.
- Freud, S. (2011 [1917]). La aflicción y la melancolía. En Gómez El malestar en la cultura (pp. 304-322). España: Alianza Editorial.
- Klein, M. (2008 [1935]). Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En Money-Kyrle Obras completas Melanie Klein. Amor, culpa y reparación 1 (pp. 267-295). México: Paidós.
- Klein, M. (2008 [1936]). El destete. En Money-Kyrle Obras completas Melanie Klein. Amor, culpa y reparación 1 (pp. 296-309). México: Paidós.
- Klein, M. (2008 [1937]). Amor, culpa y reparación. En Money-Kyrle Obras completas Melanie Klein. Amor, culpa y reparación 1 (pp. 310-345). México: Paidós.
- Klein, M. (2008 [1940]). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. En Money-Kyrle Obras completas Melanie Klein. Amor, culpa y reparación 1 (pp. 346-371). México: Paidós.
- Leal, V. (2011). De "la cura" en psicoanálisis. En Leal Ejercicios de escritura (pp. 166-167). México: Ediciones de la noche.
- Ricárdez, J. J. (2016). Escuchar para no estigmatizar. Lapsus, 2, pp. 4-6. México.
- Winnicott, D. (1981 [1958]). La capacidad de estar a solas. En Khan El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional (pp. 31-41). España: Editorial Laia.