

A fondo

No sufrir tu ausencia. Formas de duelo perinatal con una clínica difícil

Not Suffering Your Absence: Perinatal Mourning and the Breakdown of Meaning

Dra. Teresa Sánchez Sánchez

Profa. Titular de Psicología. UPSA

Resumen

Nuestro idioma carece de un término para expresar cómo se llaman los padres y hermanos que han perdido a una edad impropia a un hijo o hermano, concretamente al niño-púber-adolescente-joven, antes de tener acceso a su periodo de madurez y de plenitud personal. El duelo en estos casos posee unas características especiales y seca las pulsiones de vida, desata las pulsiones destructivas y fomenta los desapegos vinculares preexistentes. El duelo por la muerte de un hijo se podría describir como crónico, excesivo, incompleto, imposible, ritualizado e invasor. Un duelo patológico que detiene la vida de los deudos, la paraliza y desvertebra, que la priva de futuro y de sentido. Dos casos de duelo perinatal ilustran algunas de las peculiaridades.

Palabras clave: Hijo muerto; Reacciones; Duelo patológico; Madres; Bioética.

Abstract

The Spanish language lacks a specific term to refer to parents and siblings who have lost a child or brother at an untimely age—particularly during childhood, adolescence, or early adulthood—before reaching maturity and personal fulfillment. Mourning in such cases presents unique characteristics: it can deplete the life drive, unleash destructive impulses, and weaken pre-existing emotional bonds. The grief experienced after the death of a child is often chronic, excessive, incomplete, impossible to process, ritualized, and invasive. It becomes a pathological mourning that suspends the lives of those left behind—paralyzing, dislocating, and stripping life of its future and meaning. Two clinical cases of perinatal grief are presented to illustrate some of these complexities.

Keywords: Dead son; Reactions; Pathological mourning; Mothers in grief; Bioethics.

Introducción

El duelo por la muerte de un hijo, incluso en la fase perinatal, se podría describir como crónico, excesivo, incompleto, imposible e invasor. En suma, duelo patológico en muchos casos. Es una contingencia que detiene la vida de los deudos, la paraliza y desvertebra, la priva de futuro y de sentido. Las fases del duelo por la muerte de un hijo también quedan trastocadas en torno a las vidas no vividas (Savage, 1992), incrementándose notablemente la rebeldía, la búsqueda, la desesperanza y las cristalizaciones somáticas, así como las fantasmaticaciones alucinatorias ante la demolición psíquica que la pérdida de un hijo causa, algo para lo que casi ningún idioma posee un término, tan sólo el hebreo, que denomina *shjol* al padre que pierde un hijo, algo que impacta de forma más dramática que la orfandad (Boss, 2001).

Que este es el dolor más grande que puede existir, tiene que ver con el hecho de que es la única pérdida que atenta contra el sentido biológico del tiempo. La muerte del hijo, en efecto, deroga las leyes de la cronología e invierte el orden de los factores naturales. El hombre maduro ve morir a su fruto; el padre y la madre se convierten en huérfanos de su propia descendencia (...) La paternidad reclama aquí unos derechos que ni los amantes, ni los esposos, ni los amigos, pueden confiar en compartir (R. Menéndez-Salmón).

Es un dolor que excede todos los dolores (Eva Giberti: *Lo que no tiene nombre*)

La lucha entre lo que anhela continuar la vida y lo que yace inerte y yerto en nosotros es un fatigoso trabajo psicológico, emocional y cognitivo, revestido en muchos casos también de dimensiones espirituales y morales. Predominan el estupor causado por la incredulidad, la rebeldía contra un desenlace antinatural, la desesperación por su irreversibilidad, el deseo de morir uno mismo para extinguir una conciencia de dolor intolerable, la percepción de injusticia que no siempre encuentra un causante a quien acusar o ante quien protestar, la irrestañable sensación de fatalidad, de burla cruel del destino, de castigo incomprensible, cuyo merecimiento se trata de hallar para sosegar los interrogantes: por qué me pasa esto a mí, qué he hecho yo para ser golpeado de esta forma...

El duelo por un hijo perinatal es vivido como crónico, imposible y patológico, paralizando la vida de los deudos y desvertebrando su sentido.

La muerte del hijo es vivida también como una *traición al mensaje de seguridad*. Si un hijo muere en el vientre, durante el nacimiento o al poco tiempo, se interrumpe la función anaclítica en la familia, deja sin destino el impulso de cuidado, e incluso –radicalmente– puede estimular el sentimiento de culpa, irracional las más de las veces, de que la muerte se ha producido precisamente por fallos o errores en la función del sustento y confort, por irresponsabilidad o insuficiente atención a los indicios de que algo fuera mal.

La muerte del hijo marca, a veces, penosamente, el inicio de la muerte del superviviente, pues los progenitores no hallan frecuentemente otro modo de «recolocar emocionalmente al hijo muerto», salvo ubicándose a ellos mismos junto a él, es decir: muriendo ellos mismos, inmolando su ilusión y su esperanza, deprimiéndose.

Me atrevo a afirmar que la universal fantasía de inmortalidad de todo ser humano dura hasta que engendra, trasladándola entonces sobre el fruto de su simiente, permitiéndose a sí mismo el derecho de morir una vez cumplido el legado de vida que ha realizado. La vida de los hijos aquilata el sentido de la propia fugacidad y nos importa

menos morir, cuando nuestro tiempo esté amortizado, porque el hijo porta la antorcha y resarce nuestra deuda con la humanidad, con la especie. El hijo que vive nos incardina en la concatenación de la historia, nos convierte en eslabón enlazado con el pasado y con la posteridad. De ahí que la fractura de la cadena del tiempo deje a los padres sin futuro. La muerte es la más radical negación del anhelo humano de fundirse con lo eterno, con lo transpersonal de la humanidad.

Los padres y, por extensión, la familia como útero social protector, cumplen la función de asegurar la supervivencia del cachorro humano y al hacerlo se humaniza y genera vínculos socializantes y emocionales complejos que se retroalimentan, pero también, a través del hijo, da sentido a la existencia en su continuidad, situándola en el tiempo y en el río de sucesiones (genéticas, vivenciales, en la intrahistoria del linaje familiar, en la victoria biológica sobre la pulsión de muerte y la entropía).

Al morir el hijo, cesan la proyección sobre el hijo concreto, pero no sobre la representación mental del hijo, mitificándolo. Ya nunca más sufrirá conflicto, queja, disgusto o frustración, ni será la causa de causar malestar o enfado en los padres. Deviene un pequeño tótem ensalzado e idealizado.

1. Características del duelo perinatal

La muerte perinatal provoca un duelo inverso: Invertido porque los papeles están invertidos y subvierten el orden natural: quien yace yerto es quien debería llorar al padre/madre. Los padres quedan destituidos de su condición por la muerte de aquel a quien dieron vida para que los enterrara un día. El duelo será una experiencia de dolor punzante o paralizante, pero a menudo causante de desorganización mental.

En la medida que era depositario de partes de nuestras emociones y anhelos, al desaparecer, notan un encogimiento, una mutilación, una ruina del propio valor. El muerto arrastra al vivo, decía Proust, y lo convierte en una pobre cosa sin valor. Entonces entra en escena el «trabajo de lo negativo», tal como Green (1999) lo concibe, ya que se produce un repliegue autoaniquilador pues consume el desinterés por el propio yo y el entorno más inmediato, y a veces campan a sus anchas las fantasías autodestructivas, el autosadismo que busca segar las manifestaciones de vida en derredor. En el duelo psicótico se comprueba cómo los deudos supervivientes de un hijo muerto se repliegan y concentran deliberadamente en la minuciosa y pertinaz tarea de acabar consigo mismos.

La muerte del hijo invierte el orden biológico y convierte a los padres en huérfanos de su descendencia, dejando la existencia sin futuro.

«alimentado por un sufrimiento permanente, el sujeto buscaría hacer cesar el estado de sufrimiento cesando de ser él mismo, ya que su existencia y su dolor son indisociables» (Green, 2001, p. 306).

Los supervivientes, particularmente los hermanos, crecen bajo el síndrome del ausente, del hermano muerto, a la sombra de su invasora memoria. Los muertos matan.

Un hijo que muere antes de haber comenzado a vivir interroga por la adecuada competencia del entorno en la función de cuidado y socorro. Concebido para ser cuidado, amado, protegido, ayudado a crecer, encaminado a la vida, su vulnerabilidad es el desafío que obliga a sus padres al compromiso de darse, y ésta es su tarea preferente, estableciéndose en ellos una dependencia de dar. Esta muerte es, así, la más sádica evidencia del fracaso en el cumplimiento de esa misión de amparo. Todo padre o madre queda interpelado por la confusión, el vacío y la culpa al evaluar como

función fallida o insuficiente la realizada con su hijo pues no consiguió prevenir, evitar, retrasar la muerte. Ciertamente que esta interpretación contiene tanto pensamiento mágico, delirante incluso, que cabría decir que, en alguna medida, un padre/madre superviviente de rasgos psicóticos se creará un filicida.

Abre las puertas a un duelo imposible (Goldbeter-Merinfeld, 2003): la naturaleza de lo perdido, la forma, la desgarradura de la familia ante la nueva situación establecida por el traumatismo, pueden inducir un estado psicótico, de rebeldía profunda contra la realidad, negándose a admitirla. El prototipo de los duelos imposibles es el del duelo de un hijo (Roitman et als., 2002), aunque el duelo por el asesinato, atentado o suicidio de un ser querido no le van a la zaga en gravedad (Giberti, 1996). Es también un duelo por lo no vivido. Es determinante:

«Es una dimensión de no cumplimiento de una vida...Es un duelo por lo que no ha ocurrido; no son los recuerdos del pasado los que orientan el duelo, sino eso que la muerte convierte en definitivamente no cumplido en el muerto» (Allouch, 1995, p. 138).

El hijo muerto se inviste de las proyecciones idealizadas de los deudos, inexpugnable a la crítica, a la distancia, al desgaste del recuerdo. Embellecido y eternamente bebé, inmarcesible, inmune al deterioro físico y al emocional, perdura como un imán de la posibilidad familiar. Pero también el bebé muerto, miembro fantasmático pero apenas conocido, es el “tercero pesante” (Merinfeld, 2003) que queda para siempre en medio de la familia, triangulando la comunicación. A veces, esto desemboca en el silencio por separado de cada uno de los miembros, por su carácter innombrable.

La experiencia del duelo perinatal puede desencadenar respuestas psicóticas, con fusión simbiótica con el hijo muerto y negación de la realidad.

Bowlby (1983) etiqueta como «ubicaciones inapropiadas de la presencia del muerto» las sensaciones de que el muerto sigue presente dentro de uno mismo (dentro de la cabeza, dentro del vientre, etc); se aparece, interpela o llama al vivo (ilusión o alucinación óptica, acústica, olfativa o táctil), impone o aconseja ciertas conductas, etc.

Este otro muerto-vivo aplasta al deudo, lo inunda, parasita, absorbe, aliena. Causa un «agujero en la malla narcisista» (Rappoport, 2001). Cohabita con el superviviente en una fusión indestructible pues ha traspasado la muerte física, impidiendo el desprendimiento y prolongando el vínculo como si nunca se hubiera interrumpido. A. Green agrega que ese agujero «abriga en negativo la imagen del objeto perdido». Estas relaciones parásitas, que perpetúan la simbiosis que existía en la vida previa, bloquean el trabajo de duelo porque el superviviente se convierte en un ‘ventrílocuo’ o en un autómatas del desaparecido. Cuando esto ocurre, el otro internalizado actúa como un ‘Estado dentro del Estado’. En definitiva, si el duelo no se realiza, y por consiguiente no se ‘mata al muerto’, es el muerto el que puede acabar matando al vivo: empujando al suicidio, precipitando una enfermedad somática, un deterioro en el autocuidado, etc, como formas indirectas de provocar el ‘re-encuentro’ con el otro. «Mi Objeto amado no se ha ido, pues ahora lo llevo dentro de mí y nunca podré perderlo» (Abraham, 1924, p. 333).

Duelo por muerte súbita: Se caracteriza por la sensación de irrealidad, la exacerbación del sentimiento de culpa, la necesidad de encontrar un chivo expiatorio, la extraordinaria obcecación por aclarar aspectos formales y legales (autopsias, atestados), la necesidad de confirmación externa y reiterada (se buscan testigos, últimos encuentros con otras personas, se reconstruye obsesivamente su último día u horas, se indagan sus huellas

en los circuitos de contactos, con la avidez de completar todas las lagunas que ayuden a representar lo irrepresentable. Puede decirse que el otro es alguien vivo y muerto a un tiempo, porque no parece verdad su ausencia. En cierto modo hay una negación del duelo en el duelo nostálgico.

En el duelo ritualizado: el deudo puede disponer un 'altar' con fotos, pertenencias preparadas para su bebé; hacer girar su vida en torno a fechas y marcas relacionadas con él, conduciéndose como si el otro fuera a ocupar dichas estancias: se preservan sus cosas inalterables (muñecos, juguetes, cuna, sonajeros...) El riesgo de que la vida entera se transforme en un homenaje o efeméride es muy elevado.

Maternity blues potenciado: Podemos encontrarnos ante un cuadro de mayor gravedad, o psicosis postparto, que puede cursar con hostilidad y sentimientos de desvinculación hacia el niño inexistente, presentando ideas delirantes, alucinaciones, desorganización conductual o ánimo inusualmente exaltado o disfórico. (Paricio del Castillo & Polo Usaola, 2020, p. 45).

2. Madres en duelo

No sólo la madre pierde, pero nadie pierde tanto. Hécuba, Deméter, Clitemnestra... figuras de la madre que ha nacido para el luto, que intuye con horror y sueña la muerte del hijo con angustia devoradora. Percibiremos el duelo psicótico en madres de tragedia griega. Madres que ayunan hasta extenuar su cuerpo, madres sumidas en el remordimiento, que se apartan del cumplimiento de la función materna con otros hijos, madres encerradas en el jardín secreto de su silencio para preservar del olvido al hijo muerto, que supuran melancolía por la llaga de un útero recién abierto, pero sin fruto. Madres que alteran los patrones vinculares previos con los otros hijos, que desatienden su cuidado o bien sobreprotegen en un exigente esfuerzo de controlar su destino y evitar la repetición del drama. Madres que recolocan al muerto en otros hijos sustitutos, imponiéndoles a veces el mismo nombre que portaba el difunto. Patologías maternas múltiples cuya más sádica expresión es la de tener hijos de reemplazo.

El hijo muerto se convierte en tótem idealizado o fantasma invasor, impidiendo el trabajo de duelo y contaminando la vida familiar.

El sufrimiento, pues, y la memoria de la intimidad del cuerpo, súbitamente presente con desgarradora exactitud, incremento de dolor para el cuerpo-memoria de las madres (...) Por eso, una madre debe su lugar preeminente junto al muerto a la prelación absoluta que le procura, de una vez por todas, el vínculo del parto. Vínculo sin mediación, exigente y doloroso (...) terriblemente dulce, terriblemente fuerte, simplemente terrible (Loroux, 2004, p. 49-51).

La psicosis puerperal, sobre todo cuando ha habido un resultado de mortalidad perinatal, manifiesta la imposibilidad de sufrir la ausencia, de aceptar el hueco y el vacío en una identidad que ha perdido por completo cualquier plasticidad adaptativa.

3. Ilustraciones clínicas

3.1. Caso 1.

H. y G. esperan su primer hijo. Tienen su habitación adecuada para recibirlo. Gracia ha realizado una óptima preparación al parto (tanto médica, como obstétrica, como psicológica). Diríase que es la primera mujer del universo que espera un hijo. Le habla, le pone música, le escribe cartas que guarda para entregárselas más tarde. Elige su nombre el mismo día que la ecografía revela que es una niña. Toma notas en su diario

en las que refleja su mundo familiar desde el día en que se confirmó el embarazo porque considera que desde el mismo momento de ser engendrada 'ella' ya es 'ella'. Gozosa, no sabe hablar de otra cosa. Parece pasmada y algo perpleja ante la maternidad como si se tratara de un acontecimiento de trascendencia planetaria. Tanto ella como su marido son personas muy altas y fuertes (no atléticos), y la niña también se desarrolla en un percentil 98-99 de crecimiento.

En el octavo mes de embarazo le sobreviene un fuerte mareo y acuden al hospital. La monitorizan y toman todas las constantes vitales. Tiene la tensión muy alta y bajo nivel de saturación de oxígeno. Tratan de estabilizarla. Está en las mejores manos, pero se le diagnostica preeclampsia, a pesar de lo que no toman la decisión de realizar una cesárea. El propósito médico es estabilizar a la madre e intentar que el embarazo llegue a término o al menos que se prolongue un par de semanas más. El feto comienza también a sufrir alteraciones inesperadas y, aunque Gracia está monitorizada en todo momento, el feto muere. Comunican la muerte a la madre y al padre y ambos se derrumban. Pese a eso, le provocan el parto con oxitocina y ella, sin colaborar en absoluto en la expulsión, hundida por la pérdida de su hija tan deseada, solo es un monigote que se mantiene en shock y estupefactiva. Al final, el feto es expulsado (casi

Los casos clínicos muestran formas extremas de elaboración del duelo, desde la simbolización mitopoética hasta la disociación suicida.

arrancado) de su vientre. Ella pide que le entreguen a la niña; la abraza, la besa, habla con ella como si estuviera viva, incluso le canta una nana.

Al final, los sanitarios se llevan a la niña, certifican su defunción y la incineran. A partir de ese momento, ambos padres se sumen en

una actitud letárgica. Un día, ya fuera del hospital y en posesión de las cenizas de su hija, la madre comienza a sonreír y, mirando por la ventana hacia el cielo estrellado, exclama: "L. es aquella estrella". Todos los días podré mirarla, ella nos mirará también. Siempre estaremos juntos". A partir de ahí, su actitud cambia: está contenta, vuelve a preparar su oposición interrumpida, sale, alegre su vestimenta, se cuida, pero siempre habla de la estrella: "mi hija ahora es una estrella", "mi hija se convirtió en estrella y ahora nos ilumina", "cuando hay nubes no podemos ver a nuestra hija, pero ella sí nos ve, porque ella es un ser de luz".

Su perfil de Whatsapp, de las redes sociales, etc. Hace permanente alusión a la estrella bautizada como su hija. Numerosos rituales en las visitas al cementerio: estrellas de colores, velas a cada asistente a las ceremonias con forma de estrella, poesía en la lápida alusiva a la luz de su estrella, recordatorios con poesías sobre estrellas, mapa estelar identificativo de cuál es exactamente la estrella, etc.

Dos años después se produce un nuevo embarazo: esta vez el control médico y los cuidados son aún más exhaustivos, para evitar un cuadro similar. Nace un varón: le llaman con el nombre de un arcángel porque (los arcángeles) son los únicos que viven en las estrellas, para que pueda 'visitar' a su hermana... Cuando hablan de su familia dicen que son cuatro: H. y G., la *niña* y el niño.

Posteriormente, continúan buscando incesantemente una niña y llegan a ser una familia numerosa solo de varones, mostrando en cada nacimiento la decepción de que M. no se manifieste. Lo obcecado y enloquecido del proceso lleva a la madre a embarazos de riesgo extremo, a dos partos prematuros, a la UCI por preeclampsia, etc. La negación y disociación del riesgo, incluso el peligro de que las cosas no salgan bien, las

advertencias médicas, etc, no bastan para arredrarles en su empeño de ver de nuevo a L. encarnada en otra hija.

3.2. Caso 2.

Trabajando los fines de semana en una clínica privada en las afueras de una gran ciudad con psicóticos menores de 30 años, conocí un caso que nos causó mucha zozobra:

La mujer, Lorena, había sido ingresada por recomendación de una psiquiatra que la atendió tras un descubrimiento que le preocupó. Su marido, en conversación extraconsulta con la doctora, le reveló que Lorena había confesado a un amigo común que quería ponerse en contacto con alguien que vendiera un arma en el mercado negro para matarse. Previamente, le había dicho, en un momento de insoportable conciencia dolorosa (en medio del estupor negacionista), había buscado en internet a un sicario a quien pagaría por matarla, pero había fracasado en encontrarlo o en llegar a un acuerdo fiable con nadie. Todo esto sucedió varios meses después de que, con 4 meses de vida, su bebé niña muriera en sus brazos por un encharcamiento pulmonar causado por una regurgitación de la leche. Desde el nacimiento, la niña había presentado vómitos, cólicos y opresión torácica grave tras cada ingesta, lloraba continuamente de día y de noche y apenas podían descansar o dormir. Le resultaba imposible dormir tumbada y el pediatra les había aconsejado que la niña durmiera en posición vertical recostada en el pecho del padre o la madre, por lo que pasaban las noches en una hamaca y dormitaban en ella cuando la bebé conciliaba el sueño.

El duelo perinatal desafía tanto a la psicología como a la bioética, reclamando una atención clínica que acoja el dolor sin imponer normas.

Fueron 4 meses de sobresalto agotador y la madre había fantaseado muchas veces con el fin de esa tortura en la que se cruzó una clara psicosis posparto con una acentuación de síntomas delirantes depositados en un cuidado obsesivo, seguido de acusaciones terribles a su pareja y a sí misma por haber fumado durante la gestación o no haberla engendrado con suficiente amor. De hecho, el embarazo había sobrevenido en el momento más inoportuno, cuando ella intentaba abrirse camino laboralmente. No fue buscada en su concepción y el difícil embarazo, su reniego continuo, fue posteriormente juzgado causa de las complicaciones perinatales.

Su ideal de hija perfecta (sana y de crianza risueña) se desvaneció, arrastrando con ello su proyecto de abrir y desarrollar una empresa propia muy prometedora. Se culpaba de sentir por momentos odio hacia su hija porque con su nacimiento y su continua demanda de atención había impedido sus planes, deteriorando además la relación de pareja. Su marido intentaba apoyarla, desistiendo de su propio duelo, pero se iban convirtiendo en extraños mutuamente decepcionados por no responder a la exigencia de reconocimiento y valoración que esperaban. Su bebé murió sofocada por el cuerpo de Lorena que se venció sobre ella, aunque los pulmones y el corazón presentaron en la autopsia insuficiencias que, un análisis genético postmortem, relacionó con una mutación genética concreta. No obstante, esta revelación no tranquilizó a Lorena, quien no se perdonaba por haberse quedado dormida mientras sostenía a la niña en su silla. Se exigía ser una madre que no precisara comer, dormir ni descansar, porque solo debía ser una teta nutricia y unos brazos que acunaran. Convencida de que su fatiga causó la muerte de su hija, quiso resarcir su culpa dándose muerte.

La medicación que se le prescribió causó un cambio físico notable en ella y su marido se iba distanciando y hastiando gradualmente de ella. Lorena no pudo soportar su oscuro deseo de acabar con su pesadilla y cuando la bebé amaneció muerta, la atribuyó

a su propia fantasía tabú y estableció una relación causa-efecto mágica entre ambas. Ya no pudo volver a dormir en la cama, recreaba continuamente las canciones, las palabras, las escenas que había vivido con su hija durante esos difíciles meses y creó una atmósfera fuera de la realidad en la que mantenía a salvo la familia y la niña continuaba presente. Tiempo después, la pareja se separó, ella regresó a su vida laboral y se centró obsesivamente en un trabajo muy concienzudo. Pedro se emparejó y tuvo un hijo que con Lorena se negó a buscar o tener, espantado de sus reacciones alteradas.

No sufrió su ausencia e hizo de la muerte de su hija una pertenencia fanática, a la que se adhirió sin tregua.

4. Conclusiones

En ambos casos relatados, las hijas muertas pasaron a ser una propiedad interior. No evolucionaron desde la fase de shock y el mecanismo de escisión y negación permitió apartarse de la senda de la realidad hacia una paralela de creación delirante de un espacio en que las niñas se mantenían vivas. Fueron convertidas, desde su posición de hijas amenazantes y perseguidoras para la salud de sus madres, en figuras protectoras, totémicas. De este modo, no es preciso sufrir la ausencia, ser derrotados por la muerte, sino que los deudos sienten el poder de vencerla. La omnipotencia del deseo evolucionó de forma diferente en ambas: en Gracia hacia la hiperparentalidad de la familia numerosa, siempre buscando la niña en embarazos de algo riesgo (cuyo último resultado fue la repetición de la preeclampsia y el nacimiento prematuro de un tercer varón de 1,800 kg), y en el caso de Lorena en un intento de fusión con la hija muerta adelantando su propia muerte o, posteriormente, modulando una casa-altar habitada con recuerdos, fotos, ropita, etc, de su hija difunta. Ella en su trabajo se desempeñaba como una eficientísima profesional y a su vuelta a casa convivía con el fantasma de su hija, consagrándose como una especie de sacerdotisa a su recuerdo, quizá intentando perdonarse o convencerse de que no fue la madre egocéntrica que, por descuido, mató a su hija.

Bibliografía

- Abraham, K. (1924). Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales. En *Psicoanálisis clínico* (2ª ed.). Hormé, 1980.
- Adúriz, S. (2010). La sombra del objeto. La inquietante extrañeza en la melancolía. *Revista de Psicoanálisis, APM*, 59, 59–124.
- Allouch, J. (1996). *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. Eldep.
- Baker, J. E. (2004). El duelo y la transformación de las relaciones de objeto. Evidencia de la persistencia de apegos internos. *Aperturas Psicoanalíticas*, 16.
- Baranger, W. (1980). El muerto-vivo: estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos. En *Problemas del campo psicoanalítico* (cap. 10). Kargieman.
- Barreto, P., & Soler, M. C. (2008). *Muerte y duelo*. Síntesis.
- Bezares, B., & Sanz, O. (2009). Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 32(1), 169–175.
- Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico; múltiples tipos y enfoques terapéuticos. *Aperturas Psicoanalíticas*, 35.

- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Gedisa.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Paidós.
- Castellano-Maury, E. (2005). Del trauma al trabajo de duelo. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 44, 141–164.
- Caviglia, G. Freud y el *trauerarbeit*. Del trabajo y la función del duelo. Centro Psicoanalítico Bahía Blanca. <http://www.cpbb.org.ar>
- Cesio, F. (1960). El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa. *Revista Argentina de Psicoanálisis*, XVII(1).
- Denis, P. (1973). Depresión, duelo, nostalgia. *Revista de Psicoterapia y Psicósomática*, 47 (2001), 9–28.
- Domingo Peña, C. (2022). El embarazo y sus implicaciones sobre el trauma relacional temprano de la madre. *Aperturas Psicoanalíticas*, (70), e4, 1–19. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001187>
- Freud, S. (1915–1917). Duelo y melancolía. En *Obras Completas II* (1973). Madrid: Biblioteca Nueva.
- García Arroyo, J. M., Domínguez López, M. L., Fernández-Argüelles, P., & García López, O. (2012). Los dos tipos de duelo tal como pueden identificarse en la clínica. *XIII Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. <http://www.interpsiquis.com>
- Giberti, E. (1996). Lo que no tiene nombre. *Actualidad Psicológica*.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2003). *El duelo imposible: las familias y la presencia de los ausentes*. Herder.
- Green, A. (1999). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu.
- Grinberg, L. (1963). Sobre dos tipos de culpa. Su relación con los aspectos normales y patológicos del duelo. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 45 (2005), 59–72.
- Lagache, D. (1938). El trabajo de duelo. En *Obras I (1932–1938)* (2ª ed.). Paidós, 1982.
- López Peñalver, J. L. (1999). El objeto interno. *Revista de Psicoanálisis*, 145–147.
- Loraux, N. (2004). *Madres en duelo*. Abada.
- Miramón, B., & Barna, N. G. (1990). Duelo. *Revista de Psicoanálisis*, XLVII(5/6), 1047–1061.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- Paricio del Castillo, R., & Polo Usaola, C. (2020). Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 33–54. <https://doi.org/10.4321/S0211-573520200020003>
- Roitman, A., Armus, M., & Swarc, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 12.
- Sánchez Sánchez, T. (s.f.). La identificación con el objeto perdido. Una explicación psicodinámica a la morbilidad en el periodo de duelo. *Intersubjetivo*, 3(1), 43–66.
- Savage, J. A. (1992). *Duelo por las vidas no vividas*. Luciérnaga.

Sopena, C. (2010). Nuevas perspectivas sobre el duelo. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 59, 131–138.

Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Paidós.

Ugarte, J. (2010). Discusión al Taller «Nuevas perspectivas sobre el duelo» de C. Sopena. *Revista de Psicoanálisis, APM*, 59, 139–144.

Valcarce, M. (1999). Separarse del otro: la angustia más primitiva. *Revista de Psicoanálisis*, 29, 91–100.

Villamarzo, P. F. (1999). Duelo y Melancolía: Una revisión histórico-crítica del trabajo freudiano de 1915. En P. F. Villamarzo, *Actualidad de Sigmund Freud. Teórica, Clínica, Técnica*. Ediciones Académicas.