

Sobre la posibilidad del origen psíquico del sufrimiento mental

• Dr. Manuel Ponzio Carrillo¹

“En efecto, en el transcurso de nuestras críticas creemos haber puesto de manifiesto que las tendencias normales del conocimiento sensible, totalmente animadas como están de pragmatismo y de realismo inmediatos, no determinan sino un falso punto de partida, sino una falsa dirección”.

Gastón Bachelard

“La Formación del Espíritu Científico”^{1/2}

Depresión y sus orígenes

El 26 de febrero del 2008, el periódico “El País”, de España, publicó un artículo referente a los fármacos antidepresivos y al tema de su efectividad, en el que se hace referencia a la revisión que hizo la revista “Plos Medicine”:² “la diferencia en la mejoría entre los pacientes que toman placebos y aquéllos que consumen antidepresivos no es demasiado importante. Esto significa que las personas que sufren de depresión pueden mejorar sin tratamiento químico, ha explicado el profesor Irving Kirsch, del Departamento de Psicología de la Universidad de Hull. El estudio se basa en los antidepresivos más vendidos del grupo de los llamados ISR o inhibidores de la recaptura de serotonina, como fluoxetina, paroxetina y venlafaxina, la investigación sugiere que estos fármacos no tienen más efectos que los placebos en personas que sufren una depresión leve y para la mayor parte de los que sufren una depresión profunda; en lo que respecta a este último grupo, la diferencia está, quizá, más vinculada a una menor reacción de los pacientes a los placebos que a una reacción positiva a los antidepresivos, según el estudio, dado este resultado habría poca justificación para la prescripción de tratamientos antidepresivos, salvo si los tratamientos alternativos no han tenido resultados, señala Kirsch.”

Tal aseveración se escucha fuerte, y nos pone a pensar de nuevo sobre nuestra aún escasa comprensión del fenómeno depresivo. En el presente artículo se explicarán brevemente los aspectos generales del

fenómeno depresivo, dejando para el futuro revisiones detalladas de sus múltiples variantes; además, se revisan también algunos aspectos relacionados a la comprensión psicoanalítica sobre la depresión.

Historia reciente

En la década de los ochenta fuimos testigos de la explosión en el conocimiento que las neurociencias tuvieron a la comprensión de la dinámica molecular y química de la sinapsis, así como el modo en que los neurofármacos actuaban a ese nivel, tanto para los llamados ansiolíticos, los antipsicóticos, así como los antidepresivos, la función de la catecolomina fue fundamental en el entendimiento. La euforia de aquel momento abría la posibilidad de llegar al conocimiento científico de las causas, el origen, el entendimiento de la enfermedad mental. Hoy, con los pies en el suelo, la lectura es diferente. El Dr. Víctor Reus, profesor de psiquiatría e investigador para el Centro de Neurobiología y la Conducta de la Escuela de Medicina en la Universidad de California, en San Francisco, responsable del capítulo sobre Trastornos Depresivos del libro de Howard Goldman, “Psiquiatría General”³ escribe sobre etiología y patogénesis lo siguiente: “los estudios genéticos y los que se han hecho sobre los efectos de los antidepresivos específicos han permitido concluir que la mayor parte de los casos de depresión mayor recurrente tienen cierta base biológica. Esto no significa, sin embargo, que no estén implicados los factores psicológicos en la formación de síntomas o en la precipitación de la crisis de depresión de menor gravedad”, enseguida comenta: “los informes originales que sugieren que los pacientes con depresión endógena experimentan disminución de la actividad noradrenérgica o serotoninérgica en la actualidad parecen ser demasiado simplistas”. En la década de los setenta un grupo de expertos creó el DSM (manual diagnóstico y estadístico de la sociedad americana de psiquiatría en inglés) y posteriormente sus versiones I, II, III, IIIR y IV –cada cinco años, aproximadamente, se realizan revisiones de este manual. Este grupo se dispuso a trabajar para crear un manual sencillo y de fácil acceso, con el

¹ Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital San José Tec de Monterrey.

argumento de que existía una falta de entendimiento entre colegas a la hora de establecer diagnósticos; ya que para un psiquiatra un paciente podría tener esquizofrenia y para otro, tratarse de una psicosis funcional; por lo que se requería homogeneizar el lenguaje entre colegas de la salud mental; el costo fue alto, se llegó a crear un texto amplio con criterios operatorios sencillos y claros, pero se sacrificaba la riqueza de una psiquiatría hasta entonces fenomenológica que buscaba llegar al entendimiento del síntoma psiquiátrico y sus fenómenos accesorios –una fenomenología que se propone describir el hecho o fenómeno tal como éste se da, dejarlo que emerja de datos originarios, “suspendiendo todo juicio”, un descubrimiento de las causas subjetivas y objetivas del carácter ilusorio de los objetos.⁴

Actualmente, casi todos los textos de psiquiatría incluyen en su parte fundamental semiológica la descripción que usa el manual DSM,⁵ su presencia e influencia a crecido enormemente pues no existe idioma al que no se haya traducido, los exámenes de evaluación para la residencia de la especialidad lo utilizan en sus cuestionarios de preguntas. La riqueza y posibilidades que tenía la psiquiatría fenomenológica está en mi memoria con libros fundamentales como los textos de psiquiatría de Henri Ey,⁶ la psicopatología, de Karl Jaspers,⁷ entre otros. Todos los interesados en la depresión deberían leer el texto de Sigmund Freud llamado “Duelo y Melancolía” escrito en el año de 1917.⁸

Patología del humor

En los párrafos siguientes se muestra la descripción de Th. Lempérière y A. Fèline⁹ sobre el cuadro clínico, si bien el texto es antiguo, éste presenta claridad y sencillez en su descripción, nada ha cambiado en los textos actuales en lo relacionado a lo descriptivo del cuadro clínico. “En el origen, los llamados desórdenes del humor o del ánimo se cuentan entre los trastornos más comúnmente observados en la práctica psiquiátrica y en la práctica del médico general, las variaciones del humor, patológicas en cualidad y en intensidad, pueden ir de la depresión profunda a la elación maníaca, la distimia depresiva sería aún más frecuente que el humor expansivo y eufórico de la manía.

El acceso melancólico (la llamada depresión mayor) es un estado depresivo caracterizado por un profundo dolor moral; una inhibición psíquica y psicomotora con enlentecimiento y abulia; una perturbación de

las funciones biológicas, como insomnio y anorexia. El acceso melancólico evoluciona espontáneamente hacia la mejoría y su pronóstico está únicamente condicionado por el riesgo de suicidio que se presenta a todo lo largo de la crisis y que impone una vigilancia atenta.

Modo de inicio

El acceso se constituye progresivamente por los primeros signos de insomnio y fatiga, la sintomatología se precisa en días o semanas o en algunos meses: sentimientos de incapacidad y de depreciación, indecisión creciente, dificultad para interesarse en sus ocupaciones o en las de otros, rumiaciones ansiosas sobre la salud o el futuro, ideas o gestos suicidas. En una cuarta parte de los casos la llegada del acceso melancólico parece favorecida por una causa psicológica: duelo, retiro, problemas financieros, entre otros; o más raramente de orden fisiológico: enfermedad infecciosa, intervención quirúrgica, puerperio, entre otros; o por la vía tóxica: por ejemplo por el uso de cortisona.

Período de estado

El paciente presenta una mirada gris; los rasgos se muestran inmóviles y fijos; se muestra postrado e inerte, su actividad espontánea es reducida al mínimo; sus gestos son lentos, inciertos y dolorosos, puede permanecer así por horas, inmóvil, con la cabeza flexionada, en una actitud de concentración dolorosa; habla poco, espontáneamente, al interrogarle responde con lentitud y con monosílabos, con un tono vago y monocorde; sus propósitos se acompañan de gemidos, mostrándose quejumbroso, con frecuencia reticente; el paciente trata de camuflar sus problemas o de minimizarlos (depresión sonriente).

En el caso del paciente deprimido ansioso la agitación se presenta con frecuencia en el primer plano del cuadro clínico.

La inhibición y el enlentecimiento

Estas son características de la depresión melancólica: **Inhibición Intelectual:** La ideación es lenta (bradipsiquia) y pobre, los recuerdos son evocados con dificultad, los esfuerzos de atención y de reflexión se dificultan. El paciente se ve imposibilitado para seguir una conversación o para concentrarse en una lectura, su producción verbal es escasa, llevada casi al mutismo. Toda actividad es evitada o enlentecida. Los actos de la vida corriente demandan un esfuerzo desmedido, los cuidados personales y el arreglo son ignorados.

Inhibición de la vida afectiva: Existe una anestesia afectiva donde el enfermo se desespera, “no llega a emocionarse, no hay más sentimientos, nada lo conmueve”.

El dolor moral

El paciente ha perdido el gusto por la vida, su espacio mental está invadido por una tristeza fundamental hecha al mismo tiempo de fastidio, de reproches y desesperanza. Es una tristeza profunda, permanente, independiente de circunstancias exteriores, nada le puede confortar al melancólico invadido de ese malhumor.

Su cenestesia es dolorosa: sensación de cabeza vacía, un malestar difuso, lasitud extrema, con frecuencia una sensación de opresión, de espasmos viscerales, de dolores difusos que se agregan a su inquietud.

Sufre dolorosamente de una astenia vital, se siente muy disminuido, incapaz de pensar o de decidir, impotente a reaccionar. Los estímulos que le rodean, que intentan distraerlo o empujarlo, no hacen más que aumentar sus sentimientos de incapacidad o de menosprecio; hace recuentos de sus insuficiencias, con tono acusatorio “yo tengo la culpa, me falta voluntad, no hago nada bien”; confiesa sus errores o sus faltas pasadas engrandeciendo lo sucedido en el pasado, el futuro le parece terrible; si se considera un enfermo está seguro de no recuperarse, si se siente culpable, de seguro es un castigo merecido e irremediable; sea lo que sea piensa “no hay solución, no hay nada para mí”.

El deseo de muerte y conductas suicidas

La conciencia melancólica está dominada por la idea de muerte deseada, “es mejor desaparecer que sufrir esta tortura”, “sería lo mejor, que yo desapareciera”, es deseada y buscada como una obligación, como un castigo necesario, como la única solución posible.

El rechazo a comer es una manera de mostrar su rechazo a vivir, en los tiempos pasados no era raro que un melancólico se dejara morir.

Las conductas suicidas son frecuentes y graves, lo que justifica las medidas de vigilancia constante que deben ser llevadas a cabo frente a todo estado depresivo. La estadística revela que hasta un 15 por ciento logran suicidarse, por lo tanto, el riesgo es alto en todo momento: el suicidio inaugural del melancólico al inicio de una recaída; el que ocurre en el inicio de la recuperación, como un acto impulsivo; o el que sucede dentro del período de convalecencia.

En estos pacientes toda conducta suicida no debe verse con duda o considerarse “manipulación”, incluso intentos menores sólo anteceden al último y definitivo; la búsqueda de métodos eficaces da testimonio de la determinación de que nada va a detenerlo, ni los sentimientos familiares o religiosos, incluso el dolor físico; en ocasiones, el rapto impulsivo como lanzarse al vacío, el ahorcamiento, el uso de arma de fuego son las maneras de lograrlo. El suicidio puede acompañarse en rara ocasión de homicidios altruistas, como esa madre que mata sus hijos para “aliviarles del doloroso futuro que les espera”; y ese suicidio de venganza, en donde la rabia y el enojo son la razón, a manera de venganza, (que se tratará mas adelante) para causar pena y dolor a “los que permanecen en este mundo”.

Los síntomas somáticos

El insomnio es constante y rebelde, penoso, variable, en ocasiones total. A veces al iniciar la mañana se acompaña de angustia por el día que está por vivir.

Los problemas digestivos son habituales: anorexia, malestar generalizado, constipación, adelgazamiento, trastornos neurovegetativos, crisis de sudor frío, puede manifestarse disminución del apetito sexual, amenorrea en ocasiones.

Los síntomas depresivos muestran frecuentes variaciones espontáneas en el transcurso del día, a veces se agrava por la mañana y mejora al llegar la noche.

Evolución

La evolución espontánea en ocasiones va hacia la mejoría en seis ó siete meses como promedio, con algunos accesos cortos de algunas semanas, y otros más prolongados que pueden durar años; los accesos de largo tiempo pueden tender hacia la cronicidad.

Los psicofármacos recortan el período de la crisis, el restablecimiento se ve de manera progresiva por la mejoría del apetito, el humor se normaliza de manera más tardía; la corrección del sueño y del peso son signos fieles de recuperación, pero no se puede hablar de ésta mientras el paciente no recobre “su gusto por la vida”, así que son frecuentes las recuperaciones incompletas, con oscilaciones del ánimo; el tratamiento con los antidepresivos puede ser por meses.

Esa visible oscuridad

En el verano de 1985, William Styron, importante escritor norteamericano de este siglo, autor de “Las confesiones de Nat Turner”, o “La decisión de Sophie”, se vio afectado por persistentes insomnios y

una inquietante sensación de malestar, primeros signos de una depresión profunda que abismaría su vida y lo llevaría al borde mismo del suicidio. En su libro “Esa visible oscuridad” da testimonio sincero y real de la lucha que libró para vencer la profunda depresión que lo mantuvo alejado de la literatura durante varios años. A continuación se presenta un fragmento del texto que ilustra con la riqueza de lenguaje su sentimiento personal al haber sufrido una condición depresiva: “Cuando por primera vez tuve conciencia de que era presa del mal, sentí la necesidad, entre otras cosas, de formular una enérgica protesta contra la palabra depresión; la depresión, como bien pocos ignoran, solía conocerse como melancolía, una palabra que aparece en inglés ya en el año de 1303 y sale a relucir más de una vez en Chaucer, quien en su empleo parece bien informado de sus matices patológicos. Diríase, sin embargo, que melancolía es una palabra mucho más apta y sugerente para las formas más funestas del trastorno, pero fue suplantada por un sustantivo de tonalidad blanda y carente de toda prestancia y gravedad, empleado indistintamente para describir un bajón en la economía o una hondonada en el terreno, un auténtico comodín léxico para designar una enfermedad tan seria e importante. Acaso el científico a quien generalmente se tiene por culpable de su uso corriente en los tiempos modernos, un miembro de la Johns Hopkins Medical School justamente venerado, el psiquiatra Adolf Meyer –nacido en Suiza– no tuviera muy buen oído para los ritmos más delicados del inglés y, por tanto, no se percatara del daño semántico que inflingía al proponer *depression* como nombre descriptivo de tan temible y violenta enfermedad. Como quiera que sea, por espacio de más de 75 años la palabra se ha deslizado anodinamente por el lenguaje como una babosa, dejando escasa huella de su intrínseca malevolencia e impidiendo, por su misma insipidez, un conocimiento general de la horrible intensidad del mal cuando escapa de todo control”.¹⁰

Conocimiento y saber

Enfermedad o condición psicológica, es éste uno de los eternos conflictos entre la psicología y la psiquiatría –luego entonces, ¿a quién acudir a pedir ayuda?–, en estos últimos cincuenta años con la llegada de los fármacos antidepresivos, prácticamente la psiquiatría, como rama de la medicina, se habría apoderado del saber y el conocimiento del porqué de la enfermedad mental, es decir, la causalidad biológica de la psicopatología solía ser considerada hasta hace poco como lo valedero, y el asunto de la investiga-

ción estaría a cargo de una neurobiología al servicio de la psiquiatría; sin embargo, habría que pedirle un poco de humildad, de ahí la introducción de este artículo, la euforia de las neurociencias que consideraba haber llegado al fin último con la dinámica de la sinapsis ha pasado, hoy puede reconocerse la multifactoriedad de la enfermedad mental incluida la depresión, y el papel que lo emocional o psicológico, incluido lo ambiental, juegan como causas; hoy diríamos también sobre la genética de la enfermedades mentales, que el Dr. Kendler hace bien en aclararnos: “sin embargo, el estado actual del valor de lo genético puede llegar a exagerarse, estos desórdenes no son los clásicos trastornos genéticos como la fibrosis quística o la enfermedad de Huntington, en los cuales las personas que son portadores de la enfermedad inevitablemente la desarrollan, los factores de riesgo para la enfermedad psiquiátrica son mas de carácter probabilístico y no determinante”.¹¹

Artículos recientes muestran el papel que la psicoterapia ha retomado en el tratamiento, el artículo de Thase Me¹² y col. muestran como hasta el 50 por ciento de los pacientes deprimidos no responden adecuadamente al tratamiento farmacológico y las opciones a considerar, así que una psicoterapia puede potencializar o generar un efecto adicional. El estudio llamado STAR-D confirmó que la psicoterapia, en este caso cognitiva, administrada en forma individual así como combinada con farmacoterapia suelen ser más efectivas.

Depresión y dependencia

El psicoanálisis como teoría y práctica clínica han conseguido a través de la experiencia de muchos años enriquecer nuestro entendimiento de la condición depresiva. Un aspecto poco tratado en la comprensión de la depresión tiene que ver con la noción de dependencia; la condición humana presenta una visible necesidad desde su nacimiento a la dependencia, tal es menester del entorno para sobrevivir; en el caso del desarrollo mental necesita, tiene esa necesidad del otro, de los otros, de la madre para crecer, para convertirse, para desarrollarse, ¿en qué momento el sujeto se convierte en un ser aparte?, ¿emocionalmente independiente? ¿Habría a la par del desarrollo físico, un crecimiento, un proceso de maduración mental, independiente? Las diferentes maneras de ser, llámese personalidad o carácter, nos lo muestran claramente; las conductas de dependencia a los otros nos enseñan que el proceso de volverse independiente emocionalmente obedece a mecanis-

mos mentales complejos, un desarrollo mental aparte del físico debe ser tomado en cuenta, capacidades por conseguir –estructuras mentales– como aquella de poder considerar al otro como un ser separado y diferente; conseguir una identidad propia.

Ponemos en consideración el ejemplo de la relación con la pareja, con toda su complejidad que requiere de ambos esa capacidad, la posibilidad de considerar y de vivir mentalmente el cómo vive el otro, que como sujeto separado e independiente tiene su propio deseo y con el que no siempre se coincide, expectativas o deseos inconcientes que tienen su origen en la infancia podrían ser vividos, desplazados éstos en la pareja, y que si no son cumplidos pueden crear sentimientos de dolor, frustración, enojo y aun decepción.

De que puede temer un niño, si su madre lo protege, lo cuida, ella siempre podrá hacerlo, pero al mismo tiempo, sin ella nada tendría sentido, ¿no es esa en ocasiones la manera idealizada puesta en el otro, como una vieja ilusión de recobrar aquel paraíso perdido?, aquél que hacía ver con ilusión el devenir, que colorea los eventos de vitalidad, de gozo; pero si el otro desaparece llega el dolor, lo gris, la ausencia hace que desaparezca toda ilusión, toda posibilidad de gozo.

Un paciente depresivo de mi consulta, un hombre exitoso profesionalmente, después de que la esposa parte de viaje por una semana al otro lado del país, se muestra tranquilo los primeros días, luego tiene que dormir con una pequeña lámpara encendida durante la noche, ni él mismo se explica por qué, pero eso le permite dormir; pasan los días y parece que ya no tiene la misma energía, pues comienza a no concentrarse, prende la televisión en programas bobos que no vería regularmente, se siente como autómatas, como si sólo estuviera dejando que pasaran las horas, ya cerca del último día de la ausencia comienza a levantarse tarde, finalmente llega ella de nuevo, retorna a casa, y él ha sobrevivido, luego entonces todo vuelve a la normalidad.

Michèle Bertrand¹³ explica que esta melancolía para algunos está constituida por una incapacidad para vivir la ausencia del otro, como si la capacidad de espera, de tolerancia, de crear en el pensamiento al ausente no existiera; de aprender una imagen, un símbolo, una recreación significativa que permita que todo siga igual, de crear la esperanza, la ilusión de que el otro va a regresar, habrá que tolerarlo, pos-

poner el placer de tenerlo cerca, de recrear la ilusión, sobrevivir, sentir que se tiene al ausente dentro de sí, que es parte de él, y justo es de eso de lo que carece el depresivo, de esa capacidad que seguramente debe desarrollarse con la ayuda de la madre, en algún momento, seguro para conseguirlo se necesitan un conjunto de sucesos o procesos si se le quiere llamar como un tecnicismo, para que nazca eso que permita la independencia.

Ya los pacientes lo presienten, en ocasiones como algunos que se encuentran en psicoterapia nos lo hacen saber, su miedo, su temor a depender, a necesitar ahora al terapeuta para sentirse bien, temen que luego todo lo ganado se pierda, como si aquéllo que se ha conseguido no esté sustentado, firme, y que ya sea propiedad de él, que lo ha ganado con el trabajo terapéutico, y seguramente no está lejos de algunas realidades, de aquellas psicoterapias que crean una dependencia, que si bien está presente siempre, debería ser sólo temporal, pasajera.

Siempre habría variedad de sustitutos para la dependencia: otras relaciones, idealizaciones; o bien, objetos que pueden ayudar a no pensar en la ausencia, en el vacío, en la carencia; y las sustancias como el alcohol, las drogas, la adicción al juego, serían intentos de negar o, por decirlo de otra manera, de anestesiar el deseo por el otro, de mitigar el dolor, claro, al final fracasan; o por qué no pensar en la anorexia en esas adolescentes que no pueden dejar de ser niñas, en donde toda la conducta anoréxica no fuera más que un intento de negar la incapacidad de independizarse de la madre.

El odio, ese otro afecto complejo que siempre se sitúa también detrás, de esa manifiesta sumisión, de esa pasividad del paciente depresivo expresada en las actuaciones, quizá el donjuanismo no sea más que otro ejemplo de ello; un odio puesto en otro lugar, en la suegra odiada o en el jefe malvado; el impulso de querer romper con la dependencia llevado a una conducta extrema podrían ser los crímenes pasionales, manera abrupta de querer acabar con aquéllo de quien se depende, como si destruyéndolos se terminara con todo el asunto y con la necesidad.

Ciencia y conocimiento

Hasta hace poco se consideraba que el conocimiento adquirido fuera de la llamada investigación científica, no podía ser considerado valioso el proceder de la psicología o del psicoanálisis, el interés por sus des-

cubrimientos sobre el psiquismo humano era discutible, al respecto el Dr. Andre Green, psicoanalista prestigioso, comenta al respecto en el libro "El Inconciente y la Ciencia":¹⁴ "Hoy quienquiera que se interese en la *psique* está obligado a admitir, por la pluralidad de sus campos de ejercicio, la necesidad de una articulación, desde el momento en que el sujeto de la ciencia es considerado el único depositario de un saber verídico el proyecto se vuelve por definición absurdo o imposible, el asunto es reconocer que hay otras formas del saber, el conocimiento que se puede obtener del arte, o de la filosofía, por ejemplo, todas las ramas en las que se ejercita el espíritu humano, ¿qué quedaría entonces de ese inmenso continente de obras de reflexión y de pensamiento producido por la civilización? Se entiende que en realidad el problema es menos epistemológico que político."

Hoy con modestia la psiquiatría reconoce que tiene que modificar su marco teórico en el que se fundamentan los conceptos contemporáneos, el artículo del Dr. Kendler,¹⁵ profesor de psiquiatría y de genética en el Medical College of Virginia, Virginia Commonwealth University, es contundente, el modelo para explicar la enfermedad mental debe basarse desde una compleja interacción entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales, el modelo lineal que la ciencia ha usado tradicionalmente que funciona explicando desde una sola perspectiva los padecimientos mentales; un modelo biológico que implementa, pero no sustituye al modelo psicológico de nuestra comprensión (todas la enfermedades mentales podrían ser explicadas en términos de neurociencias moleculares).

Objetivación (la ciencia objetiva) y subjetividad (el saber adquirido por la experiencia) suelen aparecer como opuestos; el mundo externo y el mundo interno; habría que apostar por el diálogo para tratar de unificar el conocimiento, luego entonces podremos entender mejor los procesos mentales y encontrar mejores formas de tratar y de resolver el sufrimiento mental.

Referencias bibliográficas:

1. Gaston Bachelard. La Formación del Espíritu Científico, Contribución a un Psicoanálisis del Conocimiento Objetivo. 19 edición. Siglo XXI editores. 1993.
2. Irving Kirsch, B Deacon. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A meta-Analysis of Data Submitted To The Food and Drug Administration. et al. Plos Medicine Vol. 5 Num. 2. February, 2008.
3. Howard Goldman. Psiquiatría General. 5ª edición en inglés. El manual Moderno. 5ª Edición. 2001.

4. Enciclopedia de la Filosofía. Garzanti Editore. Ediciones B.1992.
5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, editores.
6. Henry Ey. Tratado de Psiquiatría. 8ª edición, Toray-Masson. 1978.
7. Karl Jaspers. Psicopatología General. 3ª edición. Editorial Beta. 1963.
8. Duelo y melancolía, obras completas de S. Freud. Ed. Biblioteca Nueva.
9. Th. Lemperière, A.Féline. Psychiatrie del Adulte. 4ª Edición, Masson. 1983.
10. William Styron. Esa Visible Oscuridad, memoria de la locura, el espejo de tinta. Ed. Grijalbo. 1992.
11. Kenneth S. Kendler, Carol A. Prescott. Genes, Environment, and Psychopathology. Understanding the causes of Psychiatric and Substance Use Disorders. The Guilford Press. 2006.
12. Thase Me, Friedman Es, Biggs MM y cols. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as a second step treatments: a STAR D report. Am J Psychiatry,164: 739-752, 2007.
13. Michéle Bertrand. Depression et Dependance á l, objet; pag.1087-1096. En Revue Francaise de Psychanalyse. Octubre, 2004.
14. R Dorey, C Castoriadis, E Enriquez, R Thom, J.Menechal, W H Fridman, G Berquez, A Green. El Inconciente y la Ciencia. Ammortu. 1994.
15. Kendler Ks: Explanatory models for psychiatric illness. Am J Psychiatry, 165: 695-702,2008.

Correspondencia:
 Dr. Manuel Ponzio Carrillo
 Email: mponzio@itesm.mx