

Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración*

Abel Fernández Ferman**

Introducción

En las últimas décadas la población de más de 65 años viene en aumento en el mundo entero. También las consultas de personas mayores. ¿Podemos seguir sosteniendo como lo hizo Freud que «...en la medida en que las personas se acercan a la cincuentena o la sobrepasan **suelen carecer de la plasticidad** de los procesos anímicos de la que depende la terapia... el material que debería reelaborarse (*durcharbeiten*) **prolongaría indefiniblemente el tratamiento**»? (Freud, 1905. p. 254.) (El subrayado es mío)

En este trabajo pretendo abordar los potenciales beneficios de los tratamientos psicoanalíticos con personas en proceso de envejecimiento. Los conflictos entre los proyectos trazados en función de los ideales y lo logrado o pasible de lograrse, y el redimensionamiento de las aspiraciones ante lo que no se ha podido realizar. Me interesará especialmente la situación de duelo (¿narcisista?) por la disminución de funciones corporales así como por el menoscabo y la pérdida de la imagen del cuerpo de la juventud que sobrevienen. No se trata de un análisis de la vejez, que desborda las posibilidades de ser aprehendida por el psicoanálisis.

* La siguiente es una revisión y ampliación del trabajo presentado en el 2º Congreso de Psicoanálisis de APU "El Cuerpo en Psicoanálisis".

** Miembro de A. P. U. Ellauri 490/401. Tel. 710 05 05. E-mail: abelfer@adinet.com.uy

sis, sino de los beneficios posibles de la experiencia analítica, de un sujeto luego de la crisis de la mitad de la vida.

Cuerpo y Narración

La historia se escribe también en el cuerpo y en el análisis el cuerpo se hace biografía y narración.

El envejecimiento se va instalando en nuestras vidas de maneras casi imperceptibles dejando marcas progresivas que en algún momento se nos hacen visibles (muchas veces en circunstancias como la crisis de la mitad de la vida, el alejamiento de los hijos, el retiro del trabajo, la muerte de pares, etc.). Y entonces... ¿las negamos? ¿las desmentimos? ¿Es posible un proceso de elaboración del envejecimiento? ¿Es éste un proceso que como el duelo normal no se lo asiste más que acompañándolo? ¿Qué es lo que se puede elaborar? ¿La pérdida de la vida? ¿La muerte propia? ¿La muerte de qué?

Y cuando tomamos en tratamiento a un adulto mayor, a alguien que nos sobrepasa en edad: ¿Cómo resuena contratransferencialmente el estar ubicado ante una figura que puede remitir explícitamente al propio padre o madre al tiempo que nos ubica, transferencia mediante, en el lugar de aquellos, de los ideales amenazados, etc.? ¿Qué efectos psíquicos produce la situación de vejez, a la que con suerte nosotros también llegaremos?

En mi práctica con pacientes mayores son más quienes consultan por los temores a los *efectos* de la vejez sobre el cuerpo y la sexualidad, la pérdida de lugares sociales, miedo a la soledad, a la depresión resultante de la renuncia a determinados ideales, etc., que las situaciones de pacientes efectivamente deteriorados, impotentes o con desapego "reales". Tal vez quienes llegan a nuestra consulta han logrado convivir con viejos conflictos que se reactivan debido a precipitantes actuales. Hoy no es posible sostener que el envejecimiento sea un proceso de progresivo desapego (alejamiento natural de todos los vínculos), rigidización y de-

terio psíquico como correlato del envejecimiento del cuerpo que lleva a un aislamiento cuyo destino lógico sería el confinamiento del viejo (teoría sostenida por Cummings, E. Y Henry W., USA, 1961).

A partir de la crisis de la mitad de la vida vemos comenzar muchas veces un proceso de incremento de la interioridad, proceso por el cual volvemos sobre nuestras vidas, sobre nuestros recuerdos, rememorando, reconstruyendo o historizando.¹ Podemos distinguir el incremento de la interioridad de su versión patológica vista como aumento y colapso del narcisismo. Se abre, en el mejor de los casos, un nuevo período de posibilidades de crecimiento mental con un redimensionamiento de la percepción del tiempo, la vida y la muerte. La posibilidad de la rememoración en el proceso analítico permite al analizando el reencuentro con aspectos valorados de sí mismo que ahora son reconocidos por y ante el analista, así como la posibilidad de la reparación y el duelo por lo que no fue posible. La rememoración se constituye en una forma de conservar al tiempo que reconocer lo que ya no está ahí sino bajo la forma del recuerdo. Hay algo del ideal de sí jaqueado por la vejez que puede ser reencontrado en valores, viejos y vigentes aún, en el propio interior del sujeto, por no hablar del desarrollo de nuevos valores e ideales. Si el proceso de re significación es propio del trabajo analítico, y en la vejez se incrementa la interioridad como dijimos, debiera ser muy frecuente el trabajo con personas que se encuentran “naturalmente” volviendo sobre la significación del pasado. Sin embargo no todos recurren al psicoanalista para este proceso, descontando incluso las situaciones de envejecimiento muy patológico, los deterioros de base orgánicos y el importante número de quienes logran armados defensivos más o menos exitosos (negadores, maníacos, o de otros tipos).

Creemos que como efecto saludable de la crisis de la mitad

1. «...lo asumo en una forma de la vejez, con el sustento asegurado, en la que la gran nutriente de la vida es la interioridad con sus afectos, complejidades y recuerdos”.
J. P. Barrán.

de la vida se produce una anticipación a los procesos que sobrevendrán que permiten una cierta disponibilidad para la elaboración de/en la vejez. Tal vez algo propio de este momento de crisis de resignificación esté dado por la conciencia de estar ante una de las últimas oportunidades de “re escritura”, más o menos complicada, de una (auto)biografía. Y en el análisis, esta historia se escribe al calor de la transferencia con un analista, muchas veces más joven, que encarna imagos parentales idealizadas, omnipotentes e inmortales y que puede resultar blanco de ataques envidiosos porque recuerda lo que está perdiéndose o directamente a lo perdido. Insistimos nuevamente con el análisis como trabajo de perlaboración del analizando que incluye las elaboraciones y construcciones que hace el analista a punto de partida de las asociaciones del paciente. No se trata del modelo arqueológico de escarbar en la historia sacando a luz viejos recuerdos enterrados, sino de la posibilidad de aprehender un nuevo sentido (algo de la verdad inconsciente) para lo que siempre ha estado ahí (¿o no?), sin la necesidad de recurrir siempre, en el trabajo con el paciente, a una metáfora infantil.

Breve comentario sobre la interrelación Depresión - Vejez

La depresión en personas mayores es más importante de lo que anteriormente se había pensado. A pesar de que la depresión es un problema habitual en personas de avanzada edad un número importante no reciben tratamiento. Sabemos que el pronóstico de la depresión varía debido a factores como los problemas físicos, psicológicos o la falta de apoyo del medio que pueden afectar la evolución de esta dolencia.

Son muchos los autores que afirman que una tarea psicológica significativa de esta etapa consiste en el intento de contemplar la vida en su conjunto, con coherencia y aceptación. Si se tiene éxito culminará en la integridad del yo. Cuando la depresión domina, la persona puede ser vencida por la desesperación y la desesperanza. Se acentúan los temores a la muerte y, aunque se pue-

da expresar desprecio por la vida, se continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla, en un nuevo comienzo que posibilite “la recuperación del tiempo perdido”. En cambio, cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad que habilita a una vida digna. El adulto “normal” sabe aceptar las limitaciones; sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo.

Es importante considerar en esta edad el concepto de *bienestar subjetivo* correlacionado con el estado psicosocial y físico del individuo. Se refiere a la sensación de bienestar y su capacidad para conservarla, que tenga o no el adulto mayor y se relaciona con qué tan satisfecho se siente consigo mismo y las metas alcanzadas en la vida.

Cuando una persona mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. En general se tiende a buscar ayuda en el médico que muchas veces carece de los elementos suficientes para una evaluación del estado psicológico. Es frecuente la situación en la que la persona de edad va al médico y describe sólo síntomas físicos siendo reacio a hablar de sus sentimientos de desesperanza y tristeza. La persona puede no querer o no poder hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, sus temores a las pérdidas de seres queridos o de su pena después de la muerte de alguien significativo, incluso cuando el duelo se ha prolongado por mucho tiempo.

Son muchos los factores capaces de desencadenar una depresión en la tercera edad.² De manera genérica, y desde el enfoque que nos ocupa, los podríamos englobar como reacciones ante las pérdidas significativas de todo tipo, desde la muerte de seres queridos a objetos valorados concretos o abstracciones equivalentes. Entre los más frecuentes se encuentra el hecho de no haber

2. Hoy en día se estudia cada vez más las causas genéticas y fisiológicas junto a la estructura de personalidad. Se considera la base hereditaria junto al funcionamiento a nivel de los neurotransmisores, aspectos estos ajenos al objeto de estudio del psicoanálisis y del presente artículo.

alcanzado ciertos logros (la renuncia a determinados ideales, por ejemplo) que hace que el sujeto se sienta descontento consigo. Los factores desencadenantes se conjugan con la estructura psíquica de la persona que envejece junto a los factores constitucionales, orgánicos y sociales. Estos elementos se combinan de manera variable en cada sujeto al modo de las “series complementarias” descritas por Freud.

Son muchos los factores referentes a pérdidas que pueden causar la depresión. Se consideran generalmente los acontecimientos en tres grandes áreas: 1. el cuerpo, 2. la psique y 3. lo social. Brevemente y a modo de ejemplificación:

1. Cambios que acontecen en el propio cuerpo (disminución de capacidades, deterioro, enfermedades crónicas, etc.).

2. Los que acontecen en el ámbito psíquico (enlentecimiento para adquisiciones intelectuales y nuevas destrezas -en una época de cambios vertiginosos-, cambios de la estructura cotidiana del tiempo y las actividades, cambios en la afectividad, repercusiones de la muerte de un familiar próximo o de un amigo, repercusiones psíquicas de una enfermedad crónica, de dificultades económicas, etc.).

3. Los que acontecen en el área social (pérdida de vínculos, referentes laborales, problemas interpersonales, etc.).

Enfatizaremos respecto a que en la tercera edad confluyen una serie cambios que pueden ser pensados como pérdidas. Nos referimos a vivencias subjetivas de pérdida, que la persona sufre y que condicionan el estado depresivo como posible respuesta. Frente a éstas será importante considerar tanto el motivo u objeto de la pérdida, su significación subjetiva como la reacción frente a ésta.

Quisiera a continuación presentar una breve viñeta de un paciente cursando una depresión que consulta por primera vez a los 63 años. Podremos reflexionar sobre las consecuencias psíquicas subjetivas tanto de la temática que en términos generales propusimos luego de la crisis de la mitad de la vida, así como acerca de la instalación progresiva de un estado de ánimo depresivo a causa del colapso narcisista sobrevenido. Esta situación

clínica intenta asimismo mostrar las posibilidades de beneficio del tratamiento psicoanalítico por parte de un adulto mayor.

A medida que envejezco...³

P. es un paciente de 63 años que consulta por depresión relacionada con la etapa vital que atraviesa: “A medida que envejezco, me voy muriendo y a veces me parece que ya está, para qué más...”.

Me llamó la atención su presentación en nuestro primer encuentro. En pleno mes de diciembre vestía camisa de manga larga y un saco de lana muy holgado por encima. No se sacó en ningún momento el abrigo y permaneció como hundido y encorvado en el sillón aunque en su voz se expresaba una jovialidad que contradecía el resto de su apariencia.

Soltero, vivía con otro hermano cuatro años mayor, que había enviudado hacía más de 20 años. Consultó primero a un psiquiatra, por su estado depresivo, que lo medicó con resultados más bien pobres, por lo que le indicó comenzar una “psicoterapia de apoyo”. Pensé entonces, inicialmente, en una escucha comprensiva y continente, desde mi postura psicoanalítica. Sin embargo me sorprendió su disposición a comenzar un tratamiento de alta frecuencia en el que en la medida que fui escuchando, se fue desplegando una rica historia personal al tiempo que un fuerte lazo transferencial. Poseedor de dos títulos universitarios, fue desarrollando desde la juventud un interés por la literatura romántica del siglo XIX además de una afición, compartida con su hermano, por la música. Llegó a formar con éste y tres amigos más un grupo de cámara con quienes se reunían cada domingo en largas jornadas en las que compartían música y otros intereses. Du-

3. *Sé que resalto aquí fundamentalmente los aspectos en los que el trabajo analítico fue posible. Lo hago con la intención de subrayar las posibilidades de analizabilidad en un paciente deprimido en proceso de envejecimiento, dejando de lado múltiples dificultades e interrogantes tanto en lo referente a la forma de mi trabajo, inmerso en las peculiaridades del interjuego transferencial-contratransferencial como en cuanto a consideraciones psicopatológicas del paciente, etc.*

rante años, en la semana cada cual estudiaba las partituras de lo que iban a tocar el domingo siguiente hasta que su hermano enfermó, lo que coincidió aproximadamente con la muerte de un amigo. A partir de aquí se instaló una inhibición, que le impedía la ejecución de música, así como un progresivo desánimo con temor a la muerte de su hermano y a la soledad en la que quedaría, teniendo en cuenta la relativa proximidad de su propia jubilación. Sus únicas salidas eran al trabajo y a la visita diaria a una tía internada en una casa de salud. Racionalizaba su alejamiento de la música diciendo que la vejez y dolores de distinto tipo le impedían desempeñarse en los niveles que una vez hubo logrado, lo que hacía que “no valiera la pena” ni el estudio ni la ejecución junto a sus amigos. Sin embargo, las extensas argumentaciones “defensivas” tendieron hilos y permitieron enlaces hacia otros lugares.

Su padre había muerto, siendo él un púber, luego de un largo e importante deterioro mental. A partir de entonces su madre, con más de una internación previa por depresión, no volvió a salir de la casa, la que compartía con sus dos hijos, ocupándose, en algunos momentos, exclusivamente del jardín, única tarea a la que se dedicaba ya desde antes de la muerte de su marido. Desde que él recuerda, el hogar había funcionado bajo las órdenes de la tía (hermana del padre), ahora internada en una “casa de salud”.

Temí al comienzo la posibilidad de la cristalización de una modalidad de vida retraída y depresiva con aumento de las preocupaciones hipocondríacas y riesgo de enfermedad con compromiso corporal debido a sus frecuentes crisis respiratorias, hipertensivas, trastornos digestivos, etc. ¿Cómo conciliar una actitud de sostén y preocupación (concern) ante sus dolencias corporales, con la función analítica de búsqueda de sentido y análisis de los aspectos resistenciales depositados en el cuerpo? Me interesó su situación personal al tiempo que me intrigaba el progresivo despliegue de una demanda de análisis por primera vez “a su edad”. Comenzamos el tratamiento a dos sesiones semanales que pasaron a tres a partir del segundo año y hasta su finalización seis años más tarde.

A poco más de cuatro meses de la iniciación del tratamiento P. dice: “Estaba deseando que llegara la hora de venir, el fin de semana me sentí tan solo. No es para hablar de nada en especial... No quise que nos reuniéramos en casa, me sentía mal, como si tuviese baja presión y la cabeza me funcionase tan lentamente que no iba a poder tocar nada. Ni siquiera quise leer. En todo el día tomé un par de tazas de caldo que me hizo mi hermano. Ahora me siento inhibido, no sé... volver a hablar sobre las mismas cosas, qué vergüenza, mi inferioridad sexual...”. P se muestra en el proceso transferencial como desvalido, necesitado de ayuda, corporizando sentimientos regresivos de dependencia que comienzan a mostrarse en el vínculo transferencial en una posición pasiva que nos condujo al análisis del Edipo en sus vertientes positiva y negativa. Quería venir, aquí cobra vida nuevamente. Pero también aquí reaparece la inhibición, la dificultad para entrar en contacto y lo que solía llamar su “inferioridad sexual”, dado que nunca había tenido relaciones sexuales. A partir de esta situación comenzamos a analizar varias fantasías sexuales que remitían a deseos edípicos incestuosos, lo que se constituyó en un punto de importancia para la superación de su inhibición. La vergüenza quedaba así anudada a sus deseos sexuales incestuosos, fálico exhibicionistas y a la competencia con el analista. Cuando volvía sobre esta modalidad regresiva resonaban en mí sus quejas repetidas más o menos de la misma forma: “Ahora, estoy muy viejo hasta para tocar”.

El tema de su sexualidad (“inhibida”) nos ocupó largamente recorriendo los efectos sobre su identidad sexual y la modalidad de vínculos fóbigenos establecidos tanto con hombres como con mujeres. Los fuertes contenidos incestuosos que poblaban sus fantasías, no le dieron más chance que la posibilidad de una homosexualidad coartada, que se jugaba con el hermano y se desplegó en el vínculo transferencial.

Algo del orden de las pérdidas referidas al cuerpo y a la amenaza de la soledad ante la vejez propia y la de su hermano, la internación de su tía (madre poderosa y necesitada que llegaba al fin de su vida), así como por la muerte de un ser cercano de su

misma generación, rompe un determinado estado de equilibrio en P., alcanzado en una convivencia “egosintónica” con determinados rasgos obsesivos y fóbicos de carácter, así como de las sublimaciones alcanzadas que ahora parecían quedar en riesgo de perderse. Pensamos que todo trabajo psíquico equivale a un desvío que habilita tanto la carga pulsional como una descarga, en la que están incluidas las prohibiciones sociales interiorizadas. Desde este punto de vista, tal desvío es una forma de sublimación que aleja del objeto pulsional primario. El trabajo perlaborativo en el análisis fue también entonces una forma de nueva organización de la descarga que contribuyó en el restablecimiento y afianzamiento de las sublimaciones logradas a lo largo de su vida.

Si la mirada y el contacto del bebe con su madre producen un efecto de libidinización y estructuración psíquica junto a la función de corte (paterna), ¿qué efectos estamos viendo a posteriori en P. relacionados a una madre depresiva y a un padre muerto tempranamente luego de un proceso de deterioro progresivo? ¿Qué destino le toca vivir al ser humano que envejece y enfrenta en su propio cuerpo las pérdidas sobrevenidas y las que sobrevendrán? ¿Qué resignificaciones acontecen relativas a viejas ausencias? Los sentimientos de vacío, soledad y necesidad de ser atendido por su hermano y por mí, seguramente referían a tempranas carencias vueltas a activar tanto por las pérdidas de la vejez, como ahora por las vicisitudes del vínculo transferencial. Esta imagen de sí mismo como ya acabado hubo de ser transitada a la luz de viejas identificaciones así como al calor de la relación transferencial en la que yo era vivido como en el apogeo de la productividad con las consecuencias de una oscilación en la cualidad del vínculo conmigo (entre la idealización, la rabia y envidia). Por momentos él quedaba ubicado en el lugar del ideal como un hombre intelectual, sensible y estudioso que desplegaba sus conocimientos frente a mí, espectador de su grandeza. En otros yo era un objeto grandioso, dador de vida, de quien no quería separarse nunca (me llamaba algunos días que no tenía sesión para hacerme algún comentario o pretendía dejarme grabaciones de música hechas por él). En otros muchos momentos yo pasaba a ser un analista impo-

tente ante los vaivenes entre sus silencios y sus quejas, referidas centralmente a síntomas somáticos. En estas situaciones mi contratransferencia también oscilaba entre la admiración y respeto por aquel hombre íntegro y estudioso y la rabia hacia un paciente que dificultaba mi propio crecimiento como analista y que me hacía temer por su salud al sentirlo también frágil y necesitado, lo que hacía que perdiese la confianza en nuestro trabajo, sintiéndome anulado transitoriamente en mi función de psicoanalista.

La actitud de temor y rechazo a “ese otro que envejece” (hermano = si mismo) parecía amenazar con una aceleración de los procesos de deterioro (identificación paterna) y repliegue narcisista (identificación materna) en la que muchas veces P. entablaba un diálogo con un cuerpo que ya no respondía como antes, que enfermaba o temía ver enfermar. Frente a esta situación el encuentro con el analista refrendó un diálogo que ya no fue sólo con el propio cuerpo representante de objetos perdidos, sino diálogo analítico que abrió a la posibilidad de enriquecimiento intra e intersubjetivo, que habilitó a un trabajo de perlaboración que permitió transitar nuevamente vías de sublimación amenazadas de pérdida. ¿Podríamos pensar las pérdidas transitorias como efecto de simbolizaciones en parte fallidas de su sexualidad temprana?

Finalizando el tercer año de tratamiento mejoraron sus relaciones sociales, retomó su actividad musical e inició una actividad relacionada con el arte en una asociación profesional a la que pertenecía. También desarrolló una actividad de jardinería que podríamos entender como un reacomodo de la identificación materna (identificaciones homosexuales) con un rasgo de vitalidad, a diferencia de lo que sucedía en la depresión.

Creo que los cambios en su forma de funcionamiento dan cuenta en cierto sentido de un cambio estructural (en el sentido de una nueva relación intersistémica). P. ha logrado ponerse en contacto con identificaciones arcaicas y edípicas que resignificaron inhibiciones y temores hipocondríacos, alejándose de aspectos depresivos que le llevaron al aislamiento del mundo y en parte de sus propias posibilidades sublimatorias. Con menores niveles de

ansiedad pudo contactarse con lo que ya nunca sería, tanto en lo referente a sus aspiraciones artísticas como a sus anhelos de una pareja y familia propia. La experiencia vivida y aceptada de las pérdidas habilitó el enriquecimiento de su vida presente así como abrió perspectivas menos sombrías respecto al futuro al rescatar de su pasado no sólo tales pérdidas sino también la riqueza de sus experiencias transitadas.

Espero haber podido transmitir en estas páginas algo de las posibilidades de comenzar a transitar un análisis con un “adulto mayor”. Hemos escuchado muchas veces acerca de las dificultades, e incluso de la imposibilidad, de analizabilidad en este período de la vida. Si consideramos algunas características generales que sobrevienen luego de la crisis de la mitad de la vida, además de nuestras propias experiencias en este tema, creo que podremos afirmar que la posibilidad del análisis se encuentra más en una actitud y disposición personales que en la edad cronológica de quien consulta.

Resumen

Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración.

Abel Fernández Ferman

En las últimas décadas la población de más de 65 años viene en aumento en el mundo entero. También las consultas de personas mayores. En este trabajo se abordan los beneficios posibles de los tratamientos psicoanalíticos con personas en proceso de envejecimiento. Se hace hincapié en los conflictos entre los proyectos trazados en función de los ideales y lo logrado o pasible de lograrse, y el redimensionamiento de las aspiraciones. Planteamos asimismo la situación de depresión y duelo por las pérdidas sobrevenidas así como por la disminución de funciones corporales y el menoscabo y pérdida de la imagen del cuerpo de la juventud. Se ejemplifican estos temas a través de una viñeta clínica de

un análisis y los beneficios de la experiencia analítica luego de la crisis de la mitad de la vida .

Summary

Old Age Psychoanalysis.

Abel Fernández Ferman

Population over 65 years old has been increasing worldwide in the last decades. So has increased psychoanalytic consultation of elderly people. This paper approaches the possible advantages of such psychoanalytic treatments in persons who have surpassed middle-age crisis and are in the process of aging. The author emphasizes on the conflicts between the projects born from ideals and what was or still can be achieved, and on setting aspirations into a new perspective. The author also brings up depression and mourning for losses that have occurred as well as for the diminishing of body functions and the harm and loss on the image of the body from the youth. A clinical vignette from an analysis illustrates these ideas.

Descriptores: **TERCERA EDAD / DUELO / DEPRESIÓN / ANALIZABILIDAD / NARCISISMO / MATERIAL CLÍNICO/**

Bibliografía

- ABRAHAM, K. "La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada" (1919). En: *Psicoanálisis Clínico*. Ed. Hormé, Bs. As., 1980.
- AULAGNIER, P. "De lo originario al proyecto identificatorio". En: "*Cuerpo, historia, interpretación*" de Horstein L. y otros. Ed. Paidós, Bs. As., 1991.

- BARRÁN, J. P. “*De Amor y Transgresión*” Ed. Banda Oriental, Montevideo, 2000.
- BIANCHI H. y otros. “*La Cuestión del Envejecimiento. Perspectivas Psicoanalíticas*”. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1992.
- CUMMINGS, E. y HENRY W., “*Growing Old: The Process of Disengagement*”. Ed. Basic Books Inc. N.Y., 1961.
- FREUD, S. “El método psicoanalítico de Freud” (1904a.) *O.C. T. VII* Amorrortu, B. A. 1967.
- FREUD, S. “Sobre psicoterapia” (1905) *O.C. T. VII* Amorrortu, B. A. 1967.
- FREUD, S. “Sobre los tipos de contracción de neurosis” (1912c). *O.C. T. XII* Amorrortu, B. A. 1967.
- HILDEBRAND, H. P. “Psychoanalysis and Aging” en: *The annual of psychoanalysis* Volume XV, 1987. Institute for Psychoanalysis of Chicago, 1987.
- JACQUES, E. “La muerte y la crisis de la mitad de la vida” *Rev. De Psicoanálisis* XXIII, 4. Bs. As., 1966.
- KING, P. “El ciclo vital tal como se revela en la transferencia en el psicoanálisis de pacientes de edad madura y avanzada”. 1980. *Revista de Psicoanálisis de APDEBA* N° 3, Vol. IV, 1982.
- SALVAREZZA, L. “*Psicogeriatría. Teoría y técnica*”. Ed. Paidós, Bs. As., 1988.