

VACÍO MENTAL EMOCIONAL: UNA PERSPECTIVA DESDE EL PSICOANÁLISIS CONTEMPORÁNEO

EMOTIONAL MENTAL EMPTINESS: A PERSPECTIVE FROM CONTEMPORARY PSYCHOANALYSIS

DANIEL PORTILLO TREVIZO

Universidad Católica Lumen Gentium

danielportillo@cepromex.com

<https://orcid.org/0000-0002-9730-2800>

*Artículo recibido el 23 de abril de 2025;
aceptado el 21 de enero de 2026.*

Cómo citar este artículo:

Portillo Trevizo, D. (2026). Vacío mental emocional: Una perspectiva desde el psicoanálisis contemporáneo. *Palabra y Razón*, 28, pp. 11-32. <https://doi.org/10.29035/pyr.28.11>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Reconocimiento-No-Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional.

RESUMEN

Este artículo explora el concepto de vacío mental emocional desde la perspectiva del psicoanálisis contemporáneo. A través de un análisis teórico-clínico basado en los aportes de autores como Jaime Lutenberg, André Green, Wilfred Bion, Donald Winnicott, y Thomas Ogden, se examinan las causas estructurales, las manifestaciones clínicas y el impacto subjetivo de esta forma de sufrimiento psíquico. El vacío emocional se entiende aquí no como ausencia de afecto, sino como imposibilidad de simbolización, resultado de experiencias tempranas no mentalizadas, vínculos disfuncionales o traumas no elaborados como el abuso sexual. El artículo incluye estudios de caso que ilustran la vivencia clínica del vacío, así como una reflexión sobre su expresión en la cultura contemporánea y las posibilidades terapéuticas para su abordaje. Se concluye que el vacío mental emocional representa una modalidad específica del malestar subjetivo actual, cuya comprensión exige una práctica clínica sensible, ética y atenta a los silencios del sujeto.

Palabras claves: vacío emocional – trauma psíquico – simbolización – abuso sexual – psicoanálisis contemporáneo

ABSTRACT

This article explores the concept of emotional mental emptiness from the perspective of contemporary psychoanalysis. Through a theoretical-clinical analysis grounded in the work of authors such as Jaime Lutenberg, André Green, Wilfred Bion, Donald Winnicott, and Thomas Ogden, the paper examines the structural causes, clinical manifestations, and subjective impact of this form of psychic suffering. Emotional emptiness is understood not as a mere lack of affect, but as an inability to symbolize experience—often the result of early non-mentalized experiences, dysfunctional relational patterns, or unprocessed traumas such as sexual abuse. The article includes case studies that illustrate the clinical experience of emptiness, as well as a reflection on its expression in contemporary culture and the therapeutic possibilities for its treatment. It concludes that emotional mental emptiness represents a specific mode of contemporary subjective distress that demands an ethical and sensitive clinical practice attuned to the subject's silence.

Keywords: emotional emptiness – psychic trauma – symbolization – sexual abuse – contemporary psychoanalysis

Introducción

En las últimas décadas, el psicoanálisis contemporáneo ha experimentado una reconfiguración en su abordaje del sufrimiento psíquico. Lejos de las estructuras clínicas clásicas centradas en el conflicto edípico, la represión o la neurosis de transferencia, emergen de la práctica clínica — con creciente frecuencia — formas de malestar que desafían los marcos diagnósticos tradicionales: pacientes que no padecen de angustia manifiesta, que no presentan síntomas evidentes, pero que refieren una vivencia persistente de vacío, desconexión y falta de sentido vital. Este fenómeno, al que diversos autores han denominado *vacío mental emocional*, constituye el eje central del presente artículo.

En este sentido, el vacío mental emocional se manifiesta como una suspensión del deseo, como una desvitalización del pensamiento y como una disociación entre el sujeto y su mundo interno. No se trata de una defensa secundaria frente al dolor, sino de una condición originaria derivada — muchas veces — de experiencias tempranas no mentalizadas o traumas psíquicos no representables, como el abuso sexual. Estas experiencias, cuando no son simbolizadas, generan núcleos de vacío que se expresan clínicamente como anhedonia, despersonalización, ataques de pánico o insatisfacción existencial persistente.

El artículo se estructura en seis apartados que abordan, de manera progresiva, el análisis del contexto social contemporáneo, la importancia del tema en la salud mental contemporánea, la definición conceptual del vacío mental emocional: su marco teórico, sus causas psíquicas y sociales, sus manifestaciones clínicas y su relación con el trauma. Se presentan, además, estudios de caso seis apartados que abordan, de manera progresiva, el análisis contemporáneo del contexto social y la importancia del tema en la salud mental que ilustran la vivencia de pacientes con historias de abuso sexual infantil y se exploran las consecuencias del vacío emocional en la vida afectiva y relacional. Finalmente, se plantean algunas líneas de intervención clínica y de reflexión futura, con el objetivo de ofrecer una lectura compleja, rigurosa y comprometida con la subjetividad silenciosa que habita estos cuadros clínicos.

Comprender el vacío mental emocional es, en última instancia, una tarea ética y política: implica reconocer el sufrimiento que no grita, que no produce síntomas estridentes, pero que erosiona lenta y silenciosamente la posibilidad misma de habitar, de vincularse y de desear.

I. Contexto social contemporáneo

El vacío mental emocional no puede ser comprendido cabalmente sin considerar las transformaciones del contexto social contemporáneo, el cual configura nuevas formas de subjetivación marcadas por la aceleración, la hiperconectividad, el individualismo y la fragilización de los vínculos simbólicos. En este horizonte, los malestares emocionales no solo son expresión de historias individuales, sino también el síntoma de un orden cultural que ha reconfigurado profundamente la relación de los sujetos con el tiempo, el cuerpo, el deseo y los otros.

Byung-Chul Han sostiene que vivimos en una *sociedad del rendimiento*, en la cual el sujeto es empujado a una productividad incesante, a la gestión eficiente de sí mismo y a la autoexplotación emocional. En este modelo, el sufrimiento psíquico ya no se expresa principalmente como conflicto, sino como agotamiento, insatisfacción difusa o desconexión afectiva. El sujeto de rendimiento se encuentra librado a sí mismo, es emprendedor de su propia subjetividad, pero también de su propio vacío (Han, 2012, pp. 30-31). El resultado es una experiencia de desvinculación: de los otros, del cuerpo, del deseo, del lenguaje.

La cultura digital contribuye a este fenómeno al generar formas de presencia disociada, donde el contacto virtual reemplaza al encuentro corporal y la imagen sustituye al lenguaje. Si bien la tecnología amplía ciertas posibilidades de conexión, también promueve vínculos fugaces, narcisistas y despersonalizados. La lógica del *me gusta*, la exposición constante y la búsqueda de validación externa configuran un terreno fértil para la desconexión emocional: la experiencia interna queda subordinada al reflejo inmediato del otro, sin posibilidad de elaboración subjetiva.

En este marco, el vacío mental emocional debe ser pensado como una condición que articula lo intrapsíquico con lo sociocultural. Lejos de patologizar al individuo, es necesario comprender que muchas de las formas actuales del sufrimiento psíquico son respuestas a un entorno que no sostiene, no simboliza y no acoge. El sujeto vacío no es solo un sujeto enfermo: es un sujeto sin lugar.

A diferencia de los modelos clásicos del sufrimiento psíquico, que giraban en torno al conflicto, la represión o la prohibición, el sujeto contemporáneo se ve afectado por una nueva forma de padecimiento: la fatiga de ser uno mismo, el colapso por sobreexposición y la angustia sin objeto. El sujeto ya no se halla oprimido por la prohibición, sino por la autoexigencia, el perfeccionismo y la necesidad de optimización constante. Esta mutación estructural ha transformado la manera en que el sufrimiento se inscribe en

el cuerpo y en la psiquis, emergiendo cuadros clínicos caracterizados por el agotamiento emocional, el insomnio, la ansiedad difusa, la sensación de futilidad y la depresión.

La sociedad del rendimiento no es una sociedad libre. Es una sociedad de coacciones. Y la coacción es más eficaz cuando se presenta en forma de libertad (Han 2012, p. 31). Esta lógica produce sujetos narcisistas, autovigilados y profundamente solos, cuya libertad se vuelve una carga insostenible. En este contexto, el vacío emocional no emerge como ausencia, sino como exceso: exceso de estímulos, de exigencias, de información y de exposición. El sujeto se agota no por falta de mundo, sino por su saturación.

La afectividad se ve subordinada a la lógica del rendimiento. La tristeza se vuelve improductiva, el duelo se medicaliza, la pausa se patologiza. Todo debe ser transformado en capital emocional. Sin embargo, en este afán de instrumentalización de lo subjetivo, se cancela la posibilidad misma del descanso psíquico, del pensamiento sin finalidad, de la contemplación del sentido.

El resultado, desde la perspectiva clínica, es el debilitamiento progresivo de la vida emocional profunda. Los pacientes ya no presentan conflictos dramáticos o síntomas estructurados, sino un malestar sutil, persistente, que a menudo no logran nombrar. Como señala Jaime Lutenberg (2019), esta forma de vacío no se presenta como una emoción, sino como su ausencia; no como un duelo, sino como una pérdida sin palabras (p. 30). El sujeto no sabe qué le pasa, pero sabe que algo falta: el deseo, la voz, la resonancia afectiva.

La *sociedad del cansancio*, por tanto, no sólo agota el cuerpo, sino que atrofia la capacidad simbólica del yo. Al exigir al sujeto que sea siempre disponible, conectado, competitivo y eficiente, lo priva de la posibilidad de retirarse, de procesar, de simbolizar. Es en ese espacio clausurado donde se gesta el vacío mental emocional: como una forma de defensa frente a la saturación, como un silenciamiento impuesto por el ruido del mundo. El sujeto actual no ha dejado de sentir, pero muchas veces no sabe qué siente ni cómo narrarlo. Su mundo está lleno de estímulos, pero vacío de resonancia. En este escenario, el psicoanálisis está llamado a recuperar su función ética, vale decir, a ofrecer un espacio donde el vacío no sea negado ni instrumentalizado, sino escuchado como expresión de una subjetividad que, aunque fragmentada, busca todavía sentido y palabra.

2. Importancia del tema en la salud mental contemporánea

El abordaje del *vacío mental emocional* no solo constituye una categoría clínica relevante en el ámbito psicoanalítico, sino que se ha convertido en una herramienta diagnóstica fundamental para comprender el sufrimiento psíquico de amplios sectores de la población en la actualidad. En el contexto de las sociedades contemporáneas, marcadas por la aceleración del tiempo social, la hiperconectividad y la fragmentación vincular, las consultas clínicas reflejan cada vez más la emergencia de subjetividades desvitalizadas, desvinculadas y sin una narrativa que otorgue sentido a su experiencia interna.

Esta realidad ha sido ampliamente documentada por autores como Ehrenberg (2000), quien señala que el modelo psicopatológico dominante ha mutado desde las neurosis clásicas hacia nuevas formas de malestar subjetivo, caracterizadas por la inhibición, la apatía y la disolución del deseo. En este escenario, el vacío emocional aparece no como una excepción, sino como un modo predominante de expresión del sufrimiento psíquico. Ya no se trata de conflictos entre el ello y el superyó, sino del agotamiento del yo frente a la exigencia de rendimiento.

La relevancia del vacío emocional como fenómeno clínico también se manifiesta en su correlación con trastornos de alta prevalencia como la depresión, los trastornos de ansiedad, las adicciones o los cuadros disociativos. En muchos de estos casos, el síntoma no es más que la expresión periférica de una estructura interna vaciada de sentido. Según Lutenberg (2019, p. 256), la persistencia de un vacío emocional no abordado puede derivar en formas graves de desorganización psíquica, autolesión o incluso suicidio, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes expuestos a *la horfandad mental* escenarios de vulnerabilidad vincular o abandono afectivo.

Desde un enfoque clínico, el reconocimiento del vacío emocional implica repensar las estrategias terapéuticas tradicionales. Ya no basta con interpretar los contenidos reprimidos o aliviar los síntomas manifiestos; se trata de reconstruir la capacidad de investidura, de habilitar espacios donde el sujeto pueda simbolizar, nombrar y narrar lo que ha quedado fuera del campo de lo representable. Esta tarea, como ha indicado Ogden (2005, pp. 45-60), exige del analista no solo una escucha técnica, sino una disposición a sostener espacios de silencio, de ausencia y de no-saber, en los que el trabajo analítico se convierte en una forma de co-creación del aparato psíquico.

Asimismo, la relevancia actual de la salud mental trasciende el ámbito clínico, pues interpela directamente a los marcos sociales, educativos y culturales que moldean las formas de subjetivación contemporáneas. La dificultad creciente para construir lazos estables, la disolución de las figuras de autoridad simbólica, la sobreexposición a estímulos inmediatos y la saturación de demandas externas, configuran un paisaje propicio para el surgimiento de vacíos emocionales estructurales. Como afirma Han (2012, pp. 11-23), vivimos una época de *desfatiga del alma*, donde el sujeto se agota no por represión, sino por saturación, lo que lo conduce a un estado de parálisis emocional y vacío existencial.

En definitiva, la comprensión y el tratamiento del vacío mental emocional no pueden limitarse a una lectura psicopatológica en sentido estricto. Se trata de un fenómeno que exige una articulación compleja entre clínica, cultura y sociedad y que reclama, en consecuencia, una praxis terapéutica sensible, ética y situada, capaz de escuchar el malestar silencioso que habita a muchos sujetos de nuestro tiempo.

3. Definición del concepto *vacío mental emocional*

El concepto de *vacío mental emocional* designa, en el marco del psicoanálisis contemporáneo, una experiencia subjetiva caracterizada por una desvitalización psíquica profunda, una dificultad estructural para la vinculación emocional significativa y una desconexión de las representaciones afectivas que sostienen la vida interna. Jaime Lutenberg (2019), uno de los principales autores en torno a esta noción, propone que este vacío no constituye simplemente una ausencia de afectos, sino una imposibilidad de producir y sostener *ilusiones vitales*, es decir, aquellos dispositivos psíquicos que permiten al sujeto atribuir sentido, proyectarse al futuro y establecer relaciones significativas con los otros.

En este marco, Lutenberg introduce el término *ilusión vaciada* para describir cómo ciertas formas simbólicas que antes estructuraban la existencia del sujeto (relaciones, ideales, proyectos) persisten formalmente, pero carecen de contenido emocional. Esto da lugar a una existencia funcional, pero subjetivamente vacía: el sujeto actúa, pero no siente; se relaciona, pero no se vincula. Este fenómeno se inserta dentro de lo que el autor denomina la *clínica del vacío*, una modalidad de sufrimiento psíquico ligada al empobrecimiento de la vida representacional y afectiva.

André Green (2006) profundiza esta concepción al desarrollar la noción de *psicopatología del negativo*, en la cual el sufrimiento no se expresa como exceso, sino como falta. Green describe estos cuadros clínicos como marcados por el *blanco interno*, una forma de silenciamiento mental donde

el pensamiento queda suspendido, no por represión, sino por cancelación. Así, el pensamiento no reprimido no se transforma en síntoma, sino que simplemente no existe. Este tipo de vacío compromete gravemente la función representacional del yo, dejando al sujeto en una condición de pasividad radical frente al mundo interno.

Christopher Bollas (2009) aporta una dimensión complementaria mediante el concepto de *lo sabido no pensado*, es decir, aquellas experiencias tempranas que, por no haber sido mentalizadas adecuadamente, se constituyen como núcleos psíquicos inaccesibles, aunque determinantes. En estas condiciones, el vacío emocional no es producto de una defensa activa, sino el efecto de un déficit temprano de contención simbólica. Cuando el entorno primario fracasa en ofrecer un espacio suficientemente bueno para el despliegue afectivo del infante, se gesta una estructura yoica que no logra integrar su experiencia emocional.

Por su parte, Thomas Ogden (2005) describe los *colapsos del espacio potencial*, es decir, la anulación de aquella zona intermedia entre la realidad externa e interna donde emergen la creatividad, el juego y el deseo. En estos cuadros, el sujeto queda atrapado en una lógica concreta, sin acceso a la fantasía ni al pensamiento simbólico. Se trata de otra manifestación del vacío mental emocional: no como ausencia, sino como imposibilidad estructural de producir mundo interno.

En conjunto, estas elaboraciones permiten sostener que el vacío mental emocional no se reduce a una falta de sentimientos, sino que constituye una falla estructural en la capacidad de simbolizar, metabolizar y narrar la experiencia emocional. Clínicamente, esto se expresa en sujetos que, si bien pueden mantener un funcionamiento formalmente adaptado, lo hacen sin resonancia afectiva, sin deseo y sin narración. La vida psíquica queda así reducida a su esqueleto funcional, sin la riqueza simbólica que la constituye como experiencia humana.

4. Manifestaciones clínicas del vacío mental emocional

El vacío mental emocional se manifiesta en la clínica psicoanalítica contemporánea bajo formas diversas, a menudo sutiles y de difícil simbolización. A diferencia de los cuadros estructurados propios de la nosografía clásica —como las neurosis o las psicosis—, las manifestaciones del vacío no se organizan necesariamente en torno a síntomas definidos, sino que se expresan como un malestar difuso, como una desvitalización psíquica que afecta el pensamiento, la afectividad y la identidad.

Desde la teoría de André Green (2006, p. 35), estos cuadros pueden entenderse como efectos de una economía libidinal marcada por el *negativo*, en la que no predomina la represión, sino la cancelación de la representación psíquica. El sujeto no reprime, por el contrario, no accede a la representación. Así, el pensamiento queda suspendido, las palabras no llegan, y las emociones se tornan ininteligibles. Clínicamente, esto se observa en silencios densos, narrativas fragmentadas, incapacidad de simbolizar el dolor y, en muchos casos, un retraimiento que no responde a la angustia, sino al vacío.

En términos vinculares, el vacío emocional se manifiesta a menudo como *relaciones planas*, superficiales o instrumentales, carentes de profundidad afectiva. Los pacientes pueden sostener vínculos funcionales, incluso exitosos socialmente, pero sin experimentar intimidad genuina, empatía o deseo. En muchos casos, se observa una *adaptación excesiva* al entorno, un cumplimiento de expectativas externas que oculta la desconexión interna. Este falso equilibrio puede quebrarse ante crisis vitales (pérdidas, separaciones, fracasos) que revelan la fragilidad del andamiaje emocional. Finalmente, el vacío puede presentarse bajo formas más disruptivas, como episodios de despersonalización, ataques de pánico sin objeto, mutismo emocional, autoagresiones o ideación suicida. En estos casos, el dolor no puede ser simbolizado y se convierte en acto. El sujeto no logra decir lo que le pasa, porque *no hay palabras para lo que no se ha sentido*; el lenguaje no alcanza a nombrar un sufrimiento que ha quedado fuera del campo representacional.

Frente a estas manifestaciones clínicas, la tarea del analista no es llenar el vacío, ni interpretar precipitadamente, sino sostener un espacio donde ese vacío pueda comenzar a simbolizarse. Se trata de habilitar un lugar para que el pensamiento pueda nacer, para que lo impensable comience a encontrar forma y para que el silencio deje de ser cancelación y se vuelva posibilidad de palabra.

a. Síntomas psicológicos

El vacío mental emocional se expresa en la clínica a través de un conjunto de síntomas psicológicos que, aunque no siempre encajan en categorías diagnósticas convencionales, revelan un sufrimiento subjetivo profundo y sostenido. Estos síntomas no remiten necesariamente a una causa única ni a un trauma identificable, sino que configuran una constelación que articula aspectos cognitivos, afectivos y existenciales. En este contexto, el síntoma no es un significante por descifrar, sino una señal de desinvertidura estructural del aparato psíquico.

Uno de los indicadores más recurrentes es la *apatía afectiva*, una desconexión profunda del sujeto con su mundo emocional. Quienes padecen esta condición suelen reportar que no sienten nada, o que las emociones aparecen como apagadas, borrosas o ajenas. En estos casos, no se trata de una represión del afecto, sino de una dificultad estructural para experimentarlo y representarlo. El paciente puede sostener vínculos, cumplir funciones e incluso narrar su historia, pero todo ello sin resonancia afectiva: vive como si no viviera.

Otra manifestación frecuente es la *anhedonia vital*, es decir, la pérdida de interés por actividades que antes resultaban placenteras o significativas. En estos sujetos, la vida se experimenta como inerte, automática, carente de color o sentido. Esta experiencia suele acompañarse de dificultades para proyectarse en el tiempo y construir ideales. La sensación de vacío se vuelve entonces una constante subjetiva, refiriéndose a una estructura interna vacía de contenido y no a algo perdido. El sujeto refiere no experimentar placer ni interés en las actividades de la vida cotidiana, incluso en aquellas que solían resultarle gratificantes. Esta pérdida de vitalidad no está necesariamente acompañada de tristeza manifiesta, como en la depresión típica, sino que adopta la forma de un aplanamiento afectivo. Las emociones parecen lejanas, amortiguadas o inexistentes; el sujeto actúa, responde, se mueve, pero no vive afectivamente.

Otro síntoma característico es la *sensación persistente de vacío interno*. Esta experiencia, difícil de describir verbalmente, se traduce en frases como *me siento hueco por dentro, no tengo nada que decir o no siento nada, solo un peso*. No se trata de una metáfora, sino de una vivencia corporalizada del vacío. En muchos casos, esta sensación coexiste con una dificultad para nombrar emociones, fenómeno conocido como *alexitimia*, en el que el paciente percibe cambios internos, pero no puede traducirlos en lenguaje emocional. También son frecuentes los trastornos de la atención y la dificultad para sostener el pensamiento reflexivo. Siguiendo a Wilfred Bion (1972), esto puede interpretarse como una falla en la función alfa, es decir, en la capacidad del yo para transformar elementos emocionales crudos en pensamientos simbólicos. El resultado es una forma de pensamiento fragmentario, concreto, con escasa capacidad de introspección o simbolización. El sujeto puede relatar hechos de su vida sin afecto ni elaboración, como si narrara una historia ajena.

Asimismo, es común la presencia de *angustia sin representación*, un tipo de malestar que no se organiza en torno a un objeto claro ni a un conflicto identificable. Esta angustia puede irrumpir como tensión corporal, insomnio, ataques de pánico o una sensación de amenaza inminente.

Se trata de estados propios de una psique que no ha podido constituirse plenamente como sujeto del lenguaje y en la que el dolor psíquico se manifiesta como experiencia sin forma ni contorno.

En su conjunto, estos síntomas psicológicos remiten a un empobrecimiento de la vida emocional, a una desconexión del sujeto con sus propios afectos y a una imposibilidad de elaborar simbólicamente la experiencia. La intervención clínica en estos casos exige una escucha que no fuerce la interpretación, sino que habilite la construcción progresiva de una subjetividad que, en el mejor de los casos, ha sido postergada y, en el peor, nunca se constituyó plenamente.

b. Depresión y vacío emocional

Aunque el vacío mental emocional y la depresión comparten manifestaciones clínicas como la apatía, la anhedonia o la desvitalización, no son equivalentes ni intercambiables. La depresión, entendida en su formulación clásica, remite a una estructura melancólica o a un duelo patológico, mientras que el vacío emocional constituye un estado más primario, caracterizado por la desconexión afectiva y la imposibilidad de simbolizar la pérdida. En otras palabras, la depresión sufre por lo perdido; el vacío emocional no siente la pérdida porque nunca hubo verdadero vínculo.

Sigmund Freud (1917/2019), en su texto *Duelo y melancolía*, establece una distinción fundamental: en el duelo, el yo conserva su integridad al lamentar la pérdida de un objeto amado; en la melancolía, en cambio, el yo se empobrece, identificándose con el objeto perdido y reprochándose por ello (p. 241). Sin embargo, en el vacío emocional ni siquiera se accede al registro del duelo, no hay objeto claro perdido ni elaboración simbólica de esa pérdida, sino una ausencia originaria que se vive como desconexión existencial.

Esta diferencia clínica es crucial para el diagnóstico y la intervención. Mientras que la persona deprimida puede verbalizar su sufrimiento, llorar por su pérdida o expresar desesperanza, el sujeto con vacío emocional suele mostrar un afecto plano, dificultad para acceder al dolor y una sensación de inercia vital más que de tristeza propiamente dicha. No estoy triste —dicen muchos pacientes—, simplemente no siento nada. Esta forma de vacío puede incluso enmascarar procesos depresivos graves, al no ajustarse a los criterios clásicos de tristeza o culpabilidad.

Desde la perspectiva de André Green (2006), la depresión vinculada al vacío debe entenderse como una *depresión blanca*, en la que no hay representación

del objeto perdido ni elaboración simbólica del conflicto. Esta forma de depresión no se manifiesta en términos de lamento o dolor, sino en una opacidad psíquica generalizada: el sujeto no sabe qué ha perdido, ni por qué, ni cómo empezar a recuperarse. En estos cuadros, la depresión no aparece como un afecto, sino como una suspensión del afecto.

Muchas formas actuales de depresión no responden a una estructura melancólica clásica, sino a la lógica de la *clínica del vacío*. Estas depresiones no surgen por la pérdida de un ideal, de un amor o de una identidad, sino por la imposibilidad de acceder a una experiencia vital significativa. Se trata de una tristeza muda, sin relato, que remite a la caída del Otro simbólico y a la imposibilidad de inscribirse subjetivamente en el mundo.

En la práctica clínica, la distinción entre depresión y vacío emocional permite adecuar el tratamiento. Mientras que el abordaje de la depresión requiere el trabajo con el objeto perdido y sus identificaciones, el vacío demanda primero la construcción del aparato representacional y el acompañamiento en la emergencia de la vida afectiva. El desafío no es interpretar lo que no se dice, sino sostener lo que aún no ha nacido.

c. Ansiedad y vacío emocional

La ansiedad constituye otra de las manifestaciones psicológicas frecuentes asociadas al vacío mental emocional. Sin embargo, a diferencia de la ansiedad clásica asociada al conflicto intrapsíquico —como la que Freud describió en los cuadros neuróticos—, la ansiedad vinculada al vacío no tiene un objeto claro ni una representación simbólica. Se trata de una ansiedad sin nombre, un estado de inquietud persistente, difusa y no figurada, que atraviesa al sujeto sin poder ser localizado ni tramitado psíquicamente.

Desde la perspectiva de Wilfred Bion (1972), este tipo de ansiedad responde a la imposibilidad de metabolizar experiencias emocionales intensas a través de la función alfa. Cuando el aparato psíquico no logra transformar las emociones en pensamientos simbólicos, estas quedan alojadas como cargas crudas, no mentalizadas (*elementos beta*), que irrumpen en la conciencia como sensaciones de amenaza inminente, desorganización o pánico. Así, la ansiedad deja de ser una señal que orienta al sujeto y se convierte en una fuerza disruptiva que lo desborda.

Los pacientes con vacío emocional refieren episodios de ansiedad sin desencadenante aparente, como si algo estuviera a punto de pasar, aunque no puedan precisar qué. Esta forma de ansiedad no está asociada a un conflicto identificable ni a un objeto fóbico, sino a la experiencia de habitar

un mundo interno sin sostén simbólico. Es una ansiedad flotante que no deriva del miedo a perder algo, sino de no tener nada a qué aferrarse.

Clínicamente, esta ansiedad puede adoptar diversas formas: insomnio persistente, sensación de vacío corporal, urgencia motriz sin dirección, hipervigilancia, dificultad para concentrarse, irritabilidad o incluso episodios de pánico sin representación consciente. En estos casos, la ansiedad no remite a un contenido reprimido, sino a la ausencia de contención psíquica. Se trata de una angustia sin representación, donde no hay conflicto ni represión, sino cancelación del trabajo psíquico. La angustia señala algo que no puede pensarse y no aquello que no puede pensarse.

Desde la teoría de Thomas Ogden (2005, pp. 45-60), esta forma de ansiedad también puede entenderse como el efecto de un colapso del espacio potencial. Cuando no existe un espacio transicional que permita al sujeto jugar con sus representaciones, construir significados o simbolizar su experiencia, la ansiedad se convierte en el único lenguaje disponible para expresar una psique en estado de desamparo estructural.

Por tanto, la ansiedad en el vacío emocional no es el síntoma de un contenido inconsciente reprimido, sino la manifestación de una imposibilidad estructural de representación. No hay algo escondido que el analista deba revelar, sino una ausencia que debe ser lentamente habitada y simbolizada. El trabajo clínico, en estos casos, requiere más que interpretación: exige presencia sostenida, acompañamiento continente y la creación progresiva de un lenguaje afectivo donde antes solo había silencio y disociación.

d. Ataques de pánico y vacío emocional

Los ataques de pánico son una de las manifestaciones más abruptas y desconcertantes del vacío mental emocional en la clínica contemporánea. Se presentan como irrupciones súbitas de angustia extrema, acompañadas de síntomas somáticos intensos (taquicardia, dificultad para respirar, temblores, sensación de desmayo o de muerte inminente) que sobrevienen sin causa externa aparente. Esta experiencia, devastadora para quien la sufre, remite menos a un peligro real que a una vivencia interna de desamparo radical y de inminente colapso psíquico.

Desde una perspectiva psicoanalítica, el ataque de pánico puede entenderse como una *emergencia del no representado*, es decir, como el retorno violento de afectos y sensaciones que no han podido ser elaborados psíquicamente. André Green (2006) ha señalado que cuando el aparato mental no logra representar la angustia, esta se somatiza o irrumpe como estado de pánico. No se trata de un conflicto reprimido que retorna disfrazado, sino de una

falla en la función representacional: la angustia sin representación no se piensa, se padece (Green, 1993, p. 95).

En el contexto del vacío emocional, estos episodios pueden aparecer en sujetos que, durante largos períodos, han funcionado de manera aparentemente estable, aunque con una afectividad profundamente inhibida o desvitalizada. El ataque de pánico puede irrumpir justamente cuando el sujeto pierde una ilusión que, aunque vaciada de contenido afectivo, organizaba su vida cotidiana. La caída de ese sostén simbólico precario (una relación, un trabajo, un rol) deja al sujeto expuesto a una experiencia cruda de desamparo, sin herramientas internas para tramitarla. Estos episodios también pueden vincularse con lo que Wilfred Bion (1972) denominó *elementos beta*, es decir, emociones no mentalizadas que, al no poder ser transformadas en pensamientos o imágenes simbólicas, invaden al sujeto como sensaciones intolerables. En lugar de ser contenida, la angustia se convierte en pánico y el cuerpo se transforma en el único escenario posible de expresión psíquica. El sujeto no puede pensar lo que le pasa, solo puede experimentarlo como amenaza vital.

A nivel clínico, es importante diferenciar el ataque de pánico vinculado al vacío emocional de aquellos asociados a fobias específicas o a traumas circunscritos. En el primer caso, no hay un desencadenante claro, ni un objeto de temor definido. Lo que irrumpe no es el miedo a algo externo, sino la vivencia de un abismo interno, de una caída en el vacío. Es el cuerpo quien grita lo que la mente aún no puede simbolizar.

El abordaje terapéutico de estos cuadros no debe centrarse exclusivamente en la reducción del síntoma, sino en la reconstrucción progresiva de una capacidad representacional. La tarea del analista consiste en ofrecer un espacio continente donde esas experiencias puedan ser alojadas, nombradas y lentamente elaboradas. No se trata de interpretar el ataque de pánico como metáfora, sino de reconocerlo como expresión de una subjetividad aún sin palabras.

e. Terror sin nombre

El *terror sin nombre* es una de las expresiones más primitivas y perturbadoras del vacío mental emocional. El término, propuesto por Wilfred R. Bion (1972), designa una forma de angustia temprana, no simbolizada, que irrumpe en el psiquismo del sujeto como una vivencia de aniquilación inminente, sin representación posible. No se trata de un miedo a algo definido, ni de una reacción frente a un estímulo externo, sino de una experiencia afectiva cruda, inasimilable, que desborda al sujeto y lo sitúa al borde del colapso psíquico.

Este tipo de terror suele tener su origen en fallas graves en la función continente del entorno primario. Cuando la madre —o la figura cuidadora principal— no puede recibir, transformar y devolver los estados emocionales del infante en forma simbolizada y procesable, el aparato psíquico queda expuesto a emociones invasivas que no pueden ser pensadas ni digeridas. En palabras de Bion (1972), el niño expulsa estas experiencias bajo la forma de *elementos beta*, que solo serán tolerables si son recogidos y mentalizados por el otro. Si esto no ocurre, el afecto queda cristalizado como terror sin nombre.

Este terror no se manifiesta, por tanto, como un síntoma narrable o como una fantasía representada, sino como una vivencia límite que aparece súbitamente y que amenaza con desorganizar toda la estructura psíquica. En la clínica, puede expresarse en estados de pánico sin causa discernible, en bloqueos del pensamiento, en episodios de llanto convulsivo sin contenido verbalizable o en estados de despersonalización. El sujeto no sabe qué le sucede, no puede hablar de ello y muchas veces lo único que puede transmitir es una sensación corporal de inminente desaparición.

Se podría asociar esta forma de vivencia con estructuras de vacío estructural, en las que el sujeto no ha logrado constituir una narrativa interna capaz de alojar la experiencia emocional. En estos casos, el terror no surge por una amenaza externa, sino por la ausencia de recursos simbólicos internos que le permitan al sujeto sostenerse frente al mundo y frente a sí mismo. No es el miedo a perder algo, es la certeza de que nunca hubo algo para perder.

Desde la perspectiva de André Green, este tipo de terror puede entenderse como un efecto de la *muerte psíquica*, concepto que alude a una forma de existencia en la que la vida emocional ha sido cancelada como defensa frente al dolor intolerable. El sujeto vive, pero no siente; actúa, pero no desea; se mueve, pero no habita su mundo interno (Green, 2012, p. 264). Cuando este equilibrio precario se desestabiliza —por una pérdida, un vínculo que se rompe, una confrontación con el vacío— emerge el terror sin nombre como testimonio de una subjetividad escindida y no elaborada.

En términos clínicos, trabajar con este tipo de manifestaciones requiere una función terapéutica primordialmente continente. No se trata de buscar interpretaciones simbólicas prematuras, sino de construir un espacio donde el terror pueda ser sostenido sin desbordar al sujeto. Como señala la teoría de Thomas Ogden (2005), el analista debe ser capaz de soportar junto con el paciente la experiencia del horror psíquico primario, para que poco a poco pueda surgir un lenguaje donde antes solo había un grito sin nombre.

f. Impacto en la calidad de vida: insatisfacción persistente y dificultades en la conexión interpersonal

El vacío mental emocional no solo configura un fenómeno clínico complejo, sino que tiene un impacto directo y sostenido en la calidad de vida de quienes lo padecen. Más allá de los síntomas identificables, este vacío se traduce en una insatisfacción persistente con la propia existencia y en dificultades significativas para establecer vínculos afectivos profundos, lo que deteriora la experiencia del bienestar subjetivo, la vida relacional y la capacidad de construcción de proyectos vitales con sentido.

La insatisfacción que reportan los pacientes no es episódica ni motivada por frustraciones puntuales, sino existencial. Se trata de una vivencia de futilidad crónica, de ausencia de propósito, incluso cuando las condiciones externas son estables. Jaime Lutenberg (2019) señala que esta forma de malestar no se vincula con la falta de logros o con la frustración de expectativas, sino con una desconexión profunda del sujeto con sus propias emociones: No hay deseo que anime, ni pérdida que duela. Hay una constante sensación de no pertenecer ni a uno mismo ni al mundo. “Corresponde a una vivencia de oquedad interior, esto es, de no tener nada adentro. Lo que falta atañe al plano de las emociones, los afectos y sus derivados” (p. 47).

Esta insatisfacción se manifiesta en la vida cotidiana como desmotivación, desinterés, incapacidad para disfrutar de logros o vínculos, y una marcada dificultad para experimentar gratitud, entusiasmo o implicación emocional. Muchos pacientes describen su vida como correcta pero vacía; funcional, pero sin alma. En estos casos, el vacío emocional se vuelve una barrera invisible entre el sujeto y la posibilidad de construir una existencia con sentido.

A esto se suma la dificultad para establecer vínculos afectivos auténticos. El sujeto con vacío emocional puede sostener relaciones familiares, laborales o incluso de pareja, pero estas suelen ser superficiales, funcionales o inestables. La *desconexión interpersonal* no se debe a una fobia social o a un retraimiento narcisista clásico, sino a una falla en la resonancia afectiva: el otro es percibido, pero no sentido; la relación se da, pero no se habita emocionalmente.

Donald W. Winnicott (1999) ya había advertido que, en ausencia de un *self* verdadero, los vínculos se organizan en torno a un falso *self* que se adapta, responde y se presenta ante el mundo, pero que no experimenta autenticidad. Esta modalidad vincular puede sostenerse por años, hasta que una crisis —como una pérdida o un cambio vital— evidencia la fragilidad del entramado afectivo. El sujeto se encuentra entonces solo, no por falta de compañía, sino por no haber estado verdaderamente en vínculo.

Se podría describir esta forma de sufrimiento como propia de la clínica del vacío: sujetos que no sufren por un exceso de conflicto, sino por una falta de inscripción subjetiva. En estas condiciones, la relación con el otro se vive como amenaza o como formalidad, pero no como lugar de encuentro. La dificultad para confiar, para entregarse, o incluso para sostener el interés por el otro, configura un cuadro de aislamiento emocional que no siempre es visible, pero que erosiona profundamente la vida afectiva.

Así, el impacto del vacío emocional trasciende lo clínico y se instala en el núcleo de la vida diaria. Afecta la manera en que el sujeto se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo. La existencia queda entonces suspendida entre la funcionalidad y la desconexión, entre la apariencia de estabilidad y la certeza íntima de no habitar del todo la propia vida.

5. Experiencias traumáticas como abuso sexual

El abuso sexual, especialmente cuando ocurre en la infancia o adolescencia, constituye una de las experiencias traumáticas más devastadoras para la organización psíquica del sujeto. Desde el psicoanálisis contemporáneo, se reconoce que este tipo de trauma excede la capacidad del aparato psíquico para simbolizar la experiencia vivida, dando lugar a una sobrecarga emocional que no puede ser tramitada ni integrada. El resultado frecuente es la instalación de zonas psíquicas no representadas, huecos afectivos y fragmentaciones en el yo que conforman el núcleo del *vacío mental emocional*.

El abuso sexual infantil produce una desorganización profunda de la subjetividad, al imponer una experiencia traumática para la cual el niño carece de recursos simbólicos, afectivos y vinculares. En estos casos, el yo se ve forzado a escindirse como mecanismo de autoprotección, aislando la vivencia traumática en compartimentos psíquicos inaccesibles. Esta escisión, aunque adaptativa en el momento, puede consolidarse estructuralmente, afectando de manera duradera la capacidad de sentir, vincularse y confiar en el mundo.

André Green (2006) señala que una de las consecuencias del trauma precoz no elaborado es el establecimiento de una economía libidinal del negativo, en la que el sujeto renuncia a la vitalidad para evitar el dolor. El resultado es la instalación de un *vacío pulsional* en el que no hay acceso ni a la angustia ni al deseo. En términos clínicos, esto se manifiesta en pacientes que relatan su experiencia con frialdad, sin afecto aparente o que no pueden recordar lo sucedido en absoluto. El trauma sexual, en estos casos, no desaparece, permanece encapsulado, fuera del alcance de la representación.

Jaime Lutenberg (2019) identifica en estos sujetos lo que denomina *ilusión vaciada*, un estado en el que los recursos simbólicos con los que antes se sostenía el sentido de la vida se tornan ineficaces. Tras una experiencia como el abuso sexual, el sujeto puede seguir participando en la vida cotidiana, pero sin investidura emocional: las palabras, las relaciones y los proyectos carecen de resonancia. La ilusión vaciada no es la ausencia de ilusión, sino la persistencia formal de una ilusión que ha perdido todo contenido afectivo (p. 34).

El trauma sexual no solo afecta la estructura del deseo, sino también la posibilidad de habitar un cuerpo propio. En muchos pacientes que son víctimas de abuso, el cuerpo se vive como un objeto extraño, ajeno o incluso peligroso, lo cual produce efectos de despersonalización y desconexión. La imposibilidad de inscribir la experiencia traumática en un relato simbólico genera un desfondamiento subjetivo que puede expresarse clínicamente en depresión, autoagresiones, trastornos disociativos o mutismo emocional.

A esto se suma el hecho de que, en numerosos contextos, el abuso sexual se mantiene en el silencio, ya sea por temor, vergüenza, o por la negación del entorno familiar o institucional. Este *silencio impuesto* refuerza la lógica del vacío: la experiencia, además de ser traumática, es negada en el plano social, lo que impide toda elaboración psíquica y sitúa al sujeto en un doble desamparo.

Por estas razones, la experiencia del abuso sexual no debe ser comprendida exclusivamente en términos de daño concreto, sino como un atentado contra la constitución del sujeto como ser deseante, como cuerpo habitado y como identidad narrativa. Su vínculo con el vacío emocional no es anecdótico, sino estructural. De allí que la intervención terapéutica exija no solo acompañar la elaboración del trauma, sino reconstruir las condiciones para que el sujeto recupere su capacidad de simbolizar, desear y habitarse a sí mismo.

6. Estudios de caso

El análisis clínico de casos reales permite ilustrar de manera concreta la relación entre experiencias traumáticas —como el abuso sexual— y la configuración del vacío mental emocional. Estos relatos no solo ejemplifican cómo el trauma impacta la estructura psíquica, sino que permiten comprender la compleja relación entre el silencio, la escisión y la imposibilidad de sentir. Los casos que se presentan a continuación han sido modificados para preservar la confidencialidad de los pacientes; no obstante, conservan la fidelidad clínica y fenomenológica necesarias para el análisis.

a. Presentación y análisis de casos de víctimas de abuso sexual

Caso 1: Martina, 28 años. Acude a análisis refiriendo una sensación permanente de desconexión, dificultad para vincularse afectivamente y una apatía vital que define como vacío sin causa. Aunque su funcionamiento laboral es alto, no experimenta placer ni tristeza, todo le resulta indiferente. En sesiones iniciales se muestra colaborativa, pero emocionalmente distante. Recién en el octavo mes de trabajo analítico y tras varias sesiones de silencio denso, comienza a narrar fragmentos discontinuos de una experiencia de abuso sexual en la infancia por parte de un familiar.

Este caso refleja lo que Jaime Lutenberg (2019) denomina *ilusión vaciada*: una vida aparentemente estable, pero carente de resonancia emocional. El abuso no había sido reprimido, sino escindido, sin inscripción simbólica. La paciente no presentaba síntomas depresivos ni ansiosos clásicos, sino un vacío emocional que solo pudo comenzar a tramitarse cuando el espacio analítico permitió nombrar lo innombrable.

Caso 2: Rodrigo, 34 años. Derivado tras un intento autolítico sin expresión verbal previa de malestar. En las entrevistas iniciales, niega tristeza o angustia, pero menciona que ya no tiene sentido seguir. Durante el proceso terapéutico emergen múltiples señales de despersonalización y autoanulación. Eventualmente, se revela una historia de abuso sexual en la adolescencia por parte de un entrenador deportivo, nunca compartida con nadie hasta ese momento.

En este caso, el intento suicida no surge como expresión de desesperación emocional, sino como acto mudo de una subjetividad que no ha podido narrarse. Tal como lo sugiere André Green (2012), la cancelación del pensamiento y la desvitalización libidinal producen una forma de muerte psíquica silenciosa, en la que el cuerpo actúa lo que la mente no puede pensar.

b. Relación entre trauma, silencio y sensación de vacío

Ambos casos muestran una constante: la imposibilidad inicial de representar el trauma y de vincularlo con el propio mundo afectivo. El abuso sexual no solo constituye un atentado contra la integridad física, sino contra la capacidad de significar la experiencia. Cuando el entorno niega, minimiza o silencia lo ocurrido, el sujeto queda atrapado en una vivencia traumática no elaborada, que no desaparece, sino que se encapsula como *núcleo de vacío* dentro de la estructura psíquica.

El silencio, en este contexto, no es solo ausencia de palabras, sino defensa ante el terror sin nombre (Bion, 1972). La imposibilidad de hablar del

abuso es también la imposibilidad de pensarlo, de recordarlo con afecto, de insertarlo en una narrativa. Esta discontinuidad subjetiva es la que produce el vacío, no como olvido, sino como escisión, como zona psíquica no investida ni simbolizada.

En estos pacientes, el proceso analítico debe permitir la creación progresiva de un espacio transicional donde puedan emerger, con lentitud y contención, formas primitivas de representación. El lenguaje no cura por sí solo, pero su ausencia sostiene la herida. Romper el silencio no es solo hablar del trauma, es volver a habitar el cuerpo, recuperar el afecto, y reinscribirse simbólicamente en el mundo.

Así, la relación entre trauma, silencio y vacío no es lineal, sino circular: el trauma produce silencio, el silencio mantiene el vacío, y el vacío impide la elaboración del trauma. Solo un trabajo clínico sostenido, ético y cuidadoso puede interrumpir este circuito y acompañar al sujeto en la tarea de simbolizar lo que alguna vez fue vivido sin palabras.

Conclusiones

El vacío mental emocional, en tanto fenómeno psíquico complejo y multiforme, interpela tanto a la clínica como a la teoría psicoanalítica contemporánea. Lejos de constituir una categoría meramente descriptiva, representa una vía privilegiada para comprender formas de sufrimiento psíquico cada vez más frecuentes en contextos marcados por la fragmentación simbólica, la desvinculación afectiva y la saturación subjetiva. A lo largo del presente trabajo se ha mostrado cómo dicho vacío no es ausencia de emociones, sino imposibilidad de representarlas; no es simple pérdida, sino desconexión estructural con el deseo, el cuerpo y el otro.

a. Importancia del reconocimiento y la intervención oportuna

El reconocimiento del vacío mental emocional como una estructura clínica específica permite afinar la escucha terapéutica y evitar errores diagnósticos frecuentes. Muchas veces, estos pacientes son etiquetados como depresivos atípicos, trastornos ansiosos generalizados o cuadros disociativos, sin que se reconozca la raíz estructural de su desconexión afectiva. Este desconocimiento puede llevar a abordajes centrados exclusivamente en la remisión del síntoma, sin atender al núcleo vacío que subyace a la experiencia subjetiva.

La intervención oportuna no implica una urgencia interpretativa, sino la capacidad del analista de ofrecer un espacio donde lo innombrable pueda comenzar a adquirir forma. Se trata de sostener los fragmentos de experiencia emocional que emergen lentamente en la transferencia, sin

forzarlos, sin reprimirlos, y sin clausurarlos con un diagnóstico apresurado. La presencia clínica, la función continente y el respeto por el ritmo psíquico del paciente se vuelven entonces condiciones esenciales del trabajo analítico.

Además, el reconocimiento temprano del vacío emocional puede prevenir la cronificación de la desvinculación subjetiva y su traducción en actos autodestructivos, relaciones tóxicas, estados de despersonalización o actos desesperados de silenciosa protesta, como el intento suicida. La palabra llega tarde cuando el vacío ha ocupado todos los espacios internos del sujeto.

b. Perspectivas futuras en la investigación y práctica clínica

El abordaje del vacío emocional plantea desafíos teóricos y clínicos que requieren una revisión constante de los marcos clásicos de la psicopatología. La proliferación de cuadros sin estructura definida, con sintomatología difusa y ausencia de conflicto manifiesto, exige modelos que incorporen nociones como trauma no representado, silenciamiento simbólico, y clínica del negativo. Autores como Green, Bion, Ogden y Lutenberg han abierto vías fértiles para esta tarea, pero su desarrollo requiere diálogo interdisciplinario y sensibilidad a los cambios sociales que configuran nuevas formas del malestar psíquico.

Desde la práctica clínica, se vuelve necesario formar profesionales capaces de operar en zonas grises, en territorios donde no hay síntomas manifiestos, sino silencios actos sin lenguaje o presencias desvitalizadas. La intervención terapéutica, más que curativa en el sentido clásico, debe proponerse como un acompañamiento en la reconstitución del lazo simbólico: habilitar un espacio donde el deseo pueda surgir, donde el cuerpo pueda ser habitado y donde el sujeto pueda comenzar a narrarse, incluso desde el vacío.

Asimismo, futuras investigaciones pueden explorar la articulación entre las experiencias de vacío emocional y los dispositivos sociales que promueven la desvinculación subjetiva: la cultura del rendimiento, el narcisismo digital, la medicalización del sufrimiento, o la desafección institucional. Comprender el vacío no solo como fenómeno clínico, sino como signo de época, puede ampliar el campo de acción del psicoanálisis y restituir su función ética y política frente a una subjetividad cada vez más deshabitada.

Referencias

- Bion, W. R. (1972). *Volviendo a pensar*. Hormé.
- Bollas, C. (2009). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Amorrortu.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Nueva Visión.
- Freud, S. (2019). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 236–255). Amorrortu Editores. [Duelo y Melancolía es de 1917].
- Green, A. (2006). *El trabajo de lo negativo*. Amorrortu Editores.
- Green, A. (2012). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu Editores.
- Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Luttenberg, J. (2019). *El vacío mental*. Paradiso Editores.
- Ogden, T. H. (2005). *This art of Psychoanalysis*. Routledge.
- Winnicott, D. W. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Paidós