

APLICACIONES DE LA LOGOTERAPIA EN PSIQUIATRÍA

M^a Isabel RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

Resumen

En el presente trabajo se muestran los elementos más importantes que la logoterapia puede aportar a la práctica de la psiquiatría. Se plantea, inicialmente, la aportación que la logoterapia puede hacer a la psiquiatría en su conjunto y, después, en aspectos concretos, como puede ser en la psicoterapia, en la psiquiatría de enlace o en el ámbito de la investigación.

Abstract

Applications of Logotherapy in Psychiatry

This work shows the most important contributions of Logotherapy to the practice of Psychiatry. In the first place, it explains the contribution that Logotherapy represents to Psychiatry as a whole, and afterwards, it focuses in particular subjects like Psychotherapy, Link Psychiatry or in research.

Palabras clave: Logoterapia. Psiquiatría. Psicoterapia. Psiquiatría de enlace. Investigación.

Key words: Logotherapy. Psychiatry. Psychotherapy. Link Psychiatry. Research.

Introducción

La logoterapia, puede proporcionarnos diferentes aportaciones, dentro diferentes ámbitos en el campo de la Psiquiatría. En el presente trabajo, centraremos sus aportaciones, a la Psiquiatría, en las siguientes áreas:

1. Visión antropológica.
2. Aportaciones para el propio psiquiatra.
3. Psicoterapia.
4. Psiquiatría de enlace.
5. Investigación.

1. Visión antropológica

La logoterapia propone una visión antropológica, del ser humano, en la que se tenga una idea de hombre no reduccionista (Frankl, 1999). Es decir, que sea lo más completa posible, a través de la unión de verdades parciales, que son planteadas por diferentes perspectivas o escuelas psicológicas y psiquiátricas. Su idea de persona es más amplia que la de otras psicoterapias, como es el caso del conductismo y el psicoanálisis, sin negar sus aportaciones positivas, para comprender y ayudar a los pacientes.

Si vemos al paciente como un ser humano completo, se posibilita un encuentro interpersonal más auténtico y real, pues si el psiquiatra, ve al paciente, como ser humano, integrado por diferentes dimensiones (por ejemplo, una biológica, otra mental y otra espiritual), es más posible que lo trate como un ser más digno de respeto, que si considera que el otro es un conjunto de neuronas, de reacciones químicas o de conductas mal aprendidas. La logoterapia nos aporta una visión del enfermo en la que se trata de no cosificar o reducir lo que es el otro a una de sus partes. Llopis (1970), en sintonía con esta idea, haciendo referencia al perspectivismo orteguiano, indica que "el conocimiento de cualquier realidad es tanto más perfecto cuanto mayor sea el número de aspectos parciales de tal realidad que podamos sintetizar en él" (p. 335). Y esto es lo que nos propone la logoterapia, integrar en una visión totalizadora, todos los elementos parciales posibles y por lo tanto, nos lleva a una visión más real de lo que es una persona, que nunca funciona por partes, sino como una totalidad.

2. Aportaciones para el propio psiquiatra

Al psiquiatra, la logoterapia también le puede resultar útil para su propia vida. En primer lugar porque le proporciona una visión de sí mismo más global y completa. La mirada de la logoterapia, enriquece la visión de uno mismo, al dar una visión antropológica más amplia, tal como hemos mostrado anteriormente y por lo tanto enriquece la mirada de aquel que se mira a sí mismo. De alguna manera, el propio psiquiatra, se puede hacer más consciente de su propia riqueza y potencial y puede ver más allá de lo que la ciencia psiquiátrica suele plantear, desde posiciones que, con frecuencia, resultan reduccionistas.

Por otra parte, la logoterapia nos confronta con el propio sentido de la vida y por lo tanto nos interpela hacia una actitud de coherencia y responsabilidad ante la propia existencia. Si nos planteamos que hemos de buscar un sentido, tener metas y objetivos en la vida, la salud mental del psiquiatra se puede ver beneficiada, pues encontrar sentido en la vida, aumenta la sensación de bienestar y de satisfacción con la misma. Algo que es fundamental en las profesiones de ayuda para servir de modelo de equilibrio al paciente, de referencia ante lo que sería posible, y para poder mostrar una actitud de transparencia y autenticidad que facilite la comunicación y la confianza, en la relación terapéutica.

La logoterapia también nos proporciona ideas sobre cómo nos podemos enfrentar a nuestro propio sufrimiento y crisis vitales, que son hechos que se dan en toda vida humana. Si uno mismo, como psiquiatra, tiene recursos adicionales para enfrentarse a sus propias crisis y limitaciones, también puede sentirse mejor consigo mismo, más estable y satisfecho con su vida, todo lo cual, redundará en el beneficio de los pacientes, al tener delante un ejemplo de una vida que merece la pena ser vivida, a pesar del sufrimiento o las limitaciones. Pues, una vida más plena y realizada, es siempre una provocación para intentar llegar a vivir así.

3. Psicoterapia

En psicoterapia, la logoterapia, aparte de proporcionarnos métodos propios, como son el diálogo socrático, la derreflexión y la intención paradójica, nos ayuda a tener en consideración más dimensiones sobre las que intervenir (como la dimensión espiritual) y más elementos con los que

contar, que los que proporcionan otras escuelas. Para la logoterapia es lícito usar cualquier método que pueda ayudar al paciente, dándonos la posibilidad de tener una actitud ecléctica o integradora. Así que tenemos la posibilidad de recurrir a diferentes métodos, aunque no sean estrictamente logoterapéuticos. El uso de esos elementos diversos, ha de ser en sintonía con las necesidades del paciente, y no de manera aleatoria, haciendo una especie de "traje a medida" para el paciente y no obligándole a seguir un esquema preestablecido. Por lo tanto, la logoterapia nos hace una propuesta de integrar métodos de una manera organizada y estructurada, acorde con lo que el paciente puede necesitar, en un momento determinado y no forzándole a adaptarse a un esquema nuestro preestablecido.

La logoterapia, también nos ofrece la posibilidad, si no nos consideramos estrictamente logoterapeutas y trabajamos desde otro enfoque de terapia, de enriquecer nuestra mirada, de ver que el paciente nos puede plantear cuestiones relacionadas con el sentido de la vida y la espiritualidad, y de ver al paciente como una persona más completa y con más dimensiones, que las que plantean muchas escuelas de psicología.

En relación con los procedimientos que se pueden seguir en psicoterapia, desde una perspectiva logoterapéutica, a continuación se exponen brevemente algunos ejemplos, que se pueden considerar representativos de lo que acontece en una sesión de logoterapia. En los tres ejemplos mostrados, trataremos de dar una muestra, una aproximación, de los elementos que la logoterapia nos puede aportar durante el trabajo de una psicoterapia.

3A. Ejemplo I

La paciente que acudió a la consulta, era una mujer de 38 años que solicita ayuda, por presentar ansiedad generalizada (que está siendo tratada con medicación) y crisis de ansiedad ocasionales (que han cedido con el tratamiento farmacológico). A pesar del tratamiento farmacológico no se siente bien con su vida, y persiste algo de ansiedad, sobre todo por el temor a que se repita la situación. Dicho temor a la aparición de los síntomas, se da especialmente en su puesto de trabajo. Cuando está en el mismo, piensa que en cualquier momento se va a desmayar y que sus compañeros van a "darse cuenta" de que está mal y van a pensar que está loca.

A lo largo de varias sesiones se va estableciendo un vínculo de confianza con la paciente y en diferentes momentos muestra que es una persona con sentido del humor. Hechos que llevan a la consideración de que puede ser adecuado aplicar la "intención paradójica". Se le plantea que lo mejor que puede hacer, cuando le de por pensar en que se va a poner mal, es concentrarse en que se va a desmayar de forma espectacular, en plan "Dama de las Camelias", y que así todos se van a enterar de lo que es de verdad desmayarse "como Dios manda". De entrada, esta propuesta le produce primero risa y después dudas, pues cree que como piense lo indicado, se va a poner aún peor. Entonces se le explica que al decirse se ha reído y por lo tanto es probable que si hace lo mismo en la situación que se le indica, le haga gracia y se le quite la ansiedad. Acepta probarlo y en la siguiente consulta me confirma que esa manera de pensar, le ha resultado graciosa y le ha "cortado el agobio". Así que se ha tranquilizado y ha podido concentrarse en otras cuestiones "más interesantes".

3B. Ejemplo II

El paciente, era un varón de 21 años que acude a la consulta por haber sufrido crisis de ansiedad y ansiedad generalizada, que han remitido de manera importante con la medicación, pero de las que aún persisten algunos síntomas, que le generan malestar. Por ejemplo, experimenta que su ansiedad se acrecienta con los exámenes y no quiere incrementar en los mismos la dosis de medicación, porque no podría concentrarse bien, en los estudios.

Aparte, refiere sentir un gran malestar consigo mismo, pues no siente que tenga motivaciones claras en la vida y se considera presa del conformismo, por estar satisfaciendo lo que sus padres esperan de él (ser buen estudiante, buen chico, etc.). A través del diálogo socrático, se le va confrontando con los porqués de su existencia y va tomando conciencia de la inconsistencia de su vida. Algo que va generando cambios en su manera de ver las cosas, pues se da cuenta de que vive a través de máscaras, que le sirven para sentirse aceptado por los demás, pero también para no ser él mismo y llevar una existencia inauténtica, que al final le hace sentirse solo, perdido y desconcertado. Pasado un tiempo, decide dejar la carrera, pues se da cuenta de que la ha elegido para satisfacer las expectativas de sus padres y de la sociedad, y no porque él realmente la quiera hacer.

Inicialmente, en lugar de escoger otra carrera, decide dedicarse un tiempo a reflexionar sobre su vida y a trabajar en un trabajo que le resulta agradable y encaja con sus aficiones. En un momento determinado, la idea de Frankl, de que lo importante no es lo que te pueda dar la vida sino lo que tú puedes darle a la vida, le cala muy hondo, pues es consciente de que tiene un importante potencial intelectual y creativo y no es justo que esto se desperdicie. Por ello, se matricula finalmente en una carrera que es más afín a sus intereses, que la que estaba cursando inicialmente. Al ir dando estos pasos, su ansiedad va mejorando sustancialmente y es posible reducir, de manera importante, la dosis de medicación, que en estos momentos, está en trámites de ser retirada completamente.

Aparte de este cambio de carrera, se siente motivado por buscar su propio camino, e inicia una búsqueda más profunda de la vida, interesándose por cuestiones filosóficas, antropológicas y espirituales. Le interesa profundizar más en el sentido último de la vida, algo que le va llenando de satisfacción y de plenitud crecientes, pues, por ejemplo, dice disfrutar con pequeños detalles cotidianos a los que anteriormente no prestaba atención.

Otra cuestión que se trabaja con él es la del sentido del sufrimiento, pues se acaba dando cuenta de que su ansiedad y malestar ha provocado una crisis en su vida que le ha puesto ante sus incongruencias y le ha empujado a buscar salidas para ser más él mismo. A pesar del sufrimiento y en parte, gracias a él, su ansiedad ha sido un empuje a buscar salidas, ha supuesto una tensión que le ha llevado a buscarse y a encontrarse más a sí mismo y por lo tanto a ser más feliz y a llevar una vida más auténtica.

3C. Ejemplo III

La paciente, de 40 años de edad, que acude a la consulta, después de haber consultado previamente a muchos terapeutas.

Según refiere, su principal objetivo es sentir que forma parte de algo más grande que ella. Refiere que al plantear esto a otros terapeutas, no se ha sentido comprendida, pues ha obtenido respuestas como "eso son tonterías", "olvídate de eso, que no vale para nada", etc. Todas ellas en la línea de que dejara de un lado ese planteamiento. Por ello, ha dejado a algunos terapeutas y ha seguido con su búsqueda de alguien que pudiera

comprender su demanda. Se le contesta que parece lógica su petición y que su búsqueda es totalmente legítima porque es una búsqueda de totalidad, de respuestas, de significados y de trascendencia que está presente en el mundo desde que existe el hombre. Cuando le digo esto se muestra aliviada y conmovida por sentirse aceptada en su planteamiento. Esta aceptación facilita la conexión con la paciente, pues dice sentirse comprendida y aceptada de una manera que no ha experimentado antes. Este primer paso, abre el camino hacia la posibilidad de que ella siga su propio recorrido y sentido de su vida y por lo tanto se posibilite una mayor realización de sí misma, contando con su dimensión espiritual y por lo tanto, teniendo una aceptación más global de sus inquietudes y de su persona.

4. Psiquiatría de enlace

La psiquiatría de enlace o de interconsulta, es una subespecialidad de la psiquiatría que se dedica a tratar a enfermos, que están siendo tratados por otras especialidades médicas. Por ejemplo, este puede ser el caso de un enfermo de cáncer que se siente deprimido, de una persona que ha sufrido un infarto de miocardio y siente angustia, etc. Es decir, sería una parte de la psiquiatría en la que la misma complementa el tratamiento de un enfermo, que además de sufrir un padecimiento físico, sufre alguna alteración psíquica que es susceptible de ser tratada por un psiquiatra.

La logoterapia, lo que nos aporta, ante esta situación es una visión integral del enfermo somático, por la visión antropológica global que ha sido mencionada anteriormente. En dicha visión, tenemos en consideración la situación física del enfermo (su enfermedad orgánica), su estado mental (como lleva su enfermedad, estado anímico, etc.) y su estado espiritual (sentido de su vida en esa situación, sentido de su enfermedad ante el sentido de la vida y sentido de la vida ante el sufrimiento). Para muchos enfermos terminales son importantes cuestiones relacionadas con el sentido que ha tenido su vida, hasta ese momento, así como el buscar sentido a su vida aunque esté terminando, el plantearse qué pueden aprender de su enfermedad (sentido de su enfermedad) o sobre el sentido de su vida, ante su sufrimiento o limitaciones por la enfermedad o por la cercanía de la muerte.

El tema de la muerte es un fenómeno muy importante dentro de la psiquiatría de enlace. Pues la muerte siempre está presente dentro del

ámbito hospitalario, como un fenómeno humano al que nos tenemos que enfrentar inevitablemente. La logoterapia nos aporta ideas, acerca de cómo tomarnos la muerte, por plantearnos (como hemos señalado previamente) la cuestión del sentido de la vida ante la muerte y del sentido de la muerte por sí misma, aparte de que esta situación supone una oportunidad para desarrollar valores de actitud, pues supone enfrentarse a algo que no se puede cambiar, de lo que no se puede escapar y ante lo que podemos probar nuestras propias fuerzas, buscar la actitud más equilibrada y elegir entre la aceptación o la desesperación (que no va a resolver nada).

En la psiquiatría de enlace también nos encontramos con los cuidadores de los enfermos, que son los profesionales de la salud o sus familiares. Ambos sufren por estarse enfrentando a situaciones difíciles y dolorosas y, con frecuencia, pueden necesitar algún tipo de ayuda psicológica y/o psiquiátrica. En este campo, la logoterapia también nos puede ayudar a encontrar un sentido a la vida ante el cuidado, un sentido del propio proceso de cuidar de otros y un sentido al sufrimiento que supone la situación de cuidar de un familiar enfermo, que tal vez esté en proceso de morir (López y Rodríguez, 2007).

5. Investigación

En los últimos años han ido en aumento el número de publicaciones, en revistas relacionadas con la psiquiatría y la psicología, sobre el tema del sentido de la vida o sobre aplicaciones de la logoterapia en la práctica clínica. Los hallazgos más relevantes de dichas publicaciones tienen que ver con que se encuentra que hay relación entre que la vida tenga más sentido y una mejor salud mental (Rodríguez, 2005). Es decir, que las personas que encuentran más sentido a sus vidas, obtienen menores alteraciones psicopatológicas, como ansiedad y depresión (Barkwell, 1991; Crumbaugh & Maholick, 1964; Kroeff, 1999; Lewis, 1989; Nelson et al., 2002; Noguchi et al., 2006; Phillips, 1980; Yalom, 1984), estrés (Bauer-Wu & Farran, 2005), menor malestar psicológico (Bauer-Wu & Farran, 2005; Kroeff, 1999; Vickberg et al., 2001) y un menor abuso de drogas y alcohol (Yalom, 1984).

Además, se ha hallado relación entre encontrar más sentido a la vida y un menor impacto de situaciones estresantes, razón por la que se ha considerado como un factor protector o amortiguador entre el estrés y

sus consecuencias negativas (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Mullen, Smith y Hill, 1993; Reker, 1994; Vickberg et al., 2000; White, 2004).

Un campo en el que se ha desarrollado con mayor amplitud la cuestión del sentido de la vida y el impacto de situaciones estresantes, ha sido el de la psicooncología, en el que va en aumento el número de publicaciones que abordan esta temática, por considerarse que el sentido es un aspecto relevante para adaptarse a la situación de padecer un cáncer, tanto por la necesidad de encontrar sentido a la situación, como para encontrar sentido a la vida cuando se padece un cáncer (White, 2004). En las investigaciones en este campo, se ha hallado relación entre encontrar un mayor sentido a la vida y un mejor afrontamiento o adaptación a la situación (Rodríguez, 2007; Schnoll, Harlow y Brower, 2000) y entre encontrar sentido a la vida y menor ansiedad (Lewis, 1989; Noguchi et al. 2006; Rodríguez, 2007), menor grado de depresión (Barkwell, 1991; Kroeff, 1999; Nelson et al., 2002; Noguchi et al., 2006; Rodríguez, 2007) y menos estrés (Bauer-Wu & Farran, 2005).

En nuestro país, también es importante señalar que se han desarrollado varias tesis doctorales en las que se investigan diferentes aspectos relacionados con el sentido de la vida. Las tesis que se han desarrollado en los últimos años, que pueden tener algún impacto en el campo de la psiquiatría son las siguientes:

"Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido" (Noblejas, 1994). Esta tesis nos da puntos de referencia, para investigaciones ulteriores, sobre el tema del sentido, en población española. Nos da la baremación del PIL y del Logo-test, lo que nos facilita su uso para investigación, y datos relevantes sobre los resultados de los mismos en población española.

"La ansiedad ante la muerte y el propósito de vida en el fin de la vida" (Thompson, 1996). En este trabajo se encontró que las personas con enfermedades crónicas con mayor propósito en la vida (medido con el PIL) tenían menor ansiedad. No se halló relación entre propósito en la vida y ansiedad ante la muerte, ni entre propósito en la vida y religiosidad.

"Afrontando la enfermedad y la muerte: una investigación en pacientes con cáncer" (Kroeff, 1999). En este estudio se realiza una comparación entre enfermos de cáncer y población general, para evaluar

la incidencia de las variables: depresión, desesperanza, calidad de vida, distrés, afrontamiento y resiliencia. Encontró en ambos grupos una correlación positiva entre sentido de la vida (medido con el PIL) y personalidad resistente, espíritu de lucha ante la enfermedad y menor miedo a la muerte. Por último, se halló correlación negativa entre sentido de la vida y depresión, malestar físico y psíquico y desesperanza.

"Religiosidad y sentido de la vida y desesperanza. El suicidio en clave existencial: suicidio noógeno y logoterapia" (Gallego Pérez, 2005). En este trabajo se encontró una relación negativa entre sentido de la vida y desesperanza (relacionada con menos riesgo de suicidio).

"Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida. Un estudio empírico y clínico" (Rodríguez, 2007). Esta investigación trata de dar una evaluación integral sobre el paciente oncológico, en concreto enfermos de cáncer de pulmón. En la misma se encontró relación entre un mayor sentido de la vida y un locus de control más interno, menores alteraciones psicopatológicas, un mejor afrontamiento del cáncer y encontrar un sentido al sufrimiento. No se encontró relación entre sentido de la vida y creencias religiosas.

M^a Isabel RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ es Doctora en Medicina, Psiquiatra, Master en Psicoterapia, Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU-San Pablo, miembro de AESLO, de la Asociación Española de Personalismo y de ASEPRAF (Asociación Española para la Práctica y el Asesoramiento Filosófico).

Bibliografía

Barkwell D.P. (1991). Ascribed meaning: A critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer relating pain. *Journal of Palliative Care*, 7(3), 5-14.

Bauer-Wu, S.; Farran, C.J. (2005). Meaning in life and psycho-spiritual functioning: a comparison of breast cancer survivors and healthy women. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 172-190.

Crumbaugh, J. y Maholick, L. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 589-596.

Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-574.

Frankl, V.E. (1999). *La idea psicológica del hombre*. Madrid: Rialp.

Gallego Pérez, J.F. (2005). *Religiosidad y sentido de la vida y desesperanza. El suicidio en clave existencial: suicidio noógeno y logoterapia*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología.

Kroeff, P. (1999). *Afrontando la enfermedad y la muerte: una investigación en pacientes con cáncer*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología.

Lewis, F.M. (1989). Attributions of control, experienced meaning and psychosocial wellbeing in patients with advanced cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 105-119.

Llopis, B. (1970). *Introducción dialéctica a la psicopatología*. Madrid: Morata.

López, J. y Rodríguez, M.I. (2007). La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. *Psicooncología*, 4(1), 111-120.

Mullen, P.M., Smith, R.M., Hill, E.W. (1993). Sense of coherence as a mediator for stress for cancer patients and spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11, 23-46.

Nelson, C.J., Rosenfeld, B., Breitbart, W. y Galietta, M. (2002). Spirituality, Religion and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatic*, 43(3), 213-220.

Noblejas de la Flor, M.A. (1994). *Logoterapia. Fundamentos principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación.

Noguchi, W., Morita, S., Ohno, T., Aihara, O., Tsujii, H., Shimozuma, K. y Matsushima, E. (2006). Spiritual needs in cancer patients and spiritual care base on logotherapy. *Support Care Cancer*, 14(1), 65-70.

Phillips, W.M. (1980). Purpose in Life, Depression, and Locus of Control. *Journal of Clinical Psychology*, 36(3), 661-667.

Reker, G.T. (1994). *Logotherapy and logotherapy: Challenges, opportunities and some empirical findings. International Forum for Logotherapy*, 17, 47-55.

Rodríguez Fernández, M.I. (2005). Sentido de la vida y salud mental. *Acontecimiento. Revista de pensamiento personalista y comunitario del Instituto Emmanuel Mounier*, 74(1), 47-49.

Rodríguez Fernández, M.I. (2007). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina.

Schnoll R.A., Harlow L.L. y Brower, L. (2000). Spirituality, demographic and disease factors, and adjustment to cancer. *Cancer Practice*, 8(6), 298-304.

Schnoll R.A., Knowles J.C., Harlow L.L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 37-59.

Thompson, L.A. (1996). *La Ansiedad ante la Muerte y el Propósito en la vida en Fin de Vida*. Tesis doctoral. Universidad de Deusto. Facultad de Psicología.

Vickberg, S.M., Bovberg, D.H., Duhamel, K.N, Currie, V. y Reed, W.H. (2000). Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: Global meaning as a possible protective factor. *Behavioral Medicine*, 25(4), 152-160.

Vickberg, S.M., Duhamel, K.N., Smith, M.Y., Manne, S.L., Winkel, G., Papadopoulos, E.B. y Redd, W.H. (2001). Global meaning and psychological adjustment among survivors of bone marrow transplant. *Psycho-Oncology*, 10(1), 29-39.

White, C.A. (2004). Meaning and its measurement in psychosocial oncology. *Psycho-Oncology*, 13(7): 468-481.

Yalom, I.D. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder.