

El trastorno de despersonalización y desrealización desde el punto de vista de la psicoterapia fenomenológica-existencial

Autor: Alvarado Díaz, Cristina (Graduada en Filosofía por la Universidad de Oviedo).

Público: Estudiantes y egresados de la carrera de Filosofía o Psicología, cualquier persona interesada en la materia. **Materia:** Filosofía, Psicología. **Idioma:** Español.

Título: El trastorno de despersonalización y desrealización desde el punto de vista de la psicoterapia fenomenológica-existencial.

Resumen

Se plantea el concepto de angustia desde una perspectiva fenomenológica-existencial, ya que la angustia puede entenderse como articulada por las cuatro grandes preocupaciones existenciales (muerte, libertad, aislamiento y falta de sentido vital). Se distingue entre los conceptos de angustia y ansiedad, distinción que en el DSM-IV parece poco concluyente. Asimismo, se presentan los trastornos mentales como modos de esquivar las verdades existenciales y la angustia que conllevan, y se ejemplifica esto desde el trastorno de despersonalización-desrealización. Finalmente, se recomienda tratar de evitar, en psicología, enfoques científicistas que dejen de lado la condición humana por la que la mirada fenomenológica-existencial aboga.

Palabras clave: Angustia, despersonalización, desrealización, psicoterapia, fenomenología, existencialismo, Psicología, Filosofía.

Title: The depersonalization and derealization disorder from the phenomenological-existential psychotherapy point of view.

Abstract

The concept of anguish is proposed from a phenomenological-existential perspective, while anguish can be understood as articulated by the four existential concerns (death, freedom, insolation and lack of vital meaning). It is discern between the concepts of anguish and anxiety, distinction that in the DSM-IV seems inconclusive. Likewise, mental disorders are presented as ways of dodging the existential truths and the anguish that they entail, and this is exemplified from the depersonalization-derealization disorder. Finally, it is recommended to try to avoid, in psychology, scientist approaches that leave aside the human condition by which the phenomenological-existential gaze pleads.

Keywords: Anguish, depersonalization, derealization, psychotherapy, phenomenology, existentialism, Psychology, Philosophy.

Recibido 2017-07-10; Aceptado 2017-07-26; Publicado 2017-08-25; Código PD: 086023

1. NOTAS SOBRE EL SURGIMIENTO DE LA PSICOTERAPIA FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL

La perspectiva fenomenológica-existencial hunde sus raíces en filosofías como la de Edmund Husserl, Max Scheler, Martin Heidegger, Karl Jaspers, o Jean Paul Sartre. Justamente, el nombre compuesto de este enfoque responde a las dos perspectivas filosóficas fundamentales que lo conforman: la fenomenología, que trata de ofrecer, atendiendo a Husserl, la objetividad real del mundo de la vida 'que suele estar sepultada por el objetivismo científico'¹, y el existencialismo, que reivindica la reconciliación del sujeto con el mundo en el que está inmerso² y aboga por la intersubjetividad, por la relación entre los individuos; razones por las cuales también podemos hablar de Friedrich Nietzsche como un precursor de este enfoque. El nombre que recibe este nuevo movimiento psicoterapéutico responde también a la distinción de dos grandes etapas a lo largo de su desarrollo. Así, cronológicamente hablando, puede discernirse un primer momento fenomenológico que prepara el terreno para una segunda fase existencialista o existencial, con diferentes exponentes como Eugene Minkowski y Erwin Straus en la primera etapa fenomenológica, y Ludwig Binswanger, Roland Kuhn y F. L. Buytendijk en la segunda fase, la existencialista³, que será en la que fundamentalmente me centre a lo largo de este ensayo, sin detrimento del componente fenomenológico de sus antecedentes.

¹ Marino Pérez Álvarez, *Tratamientos psicológicos*, p. 178.

² *Ibídem*, p. 198.

³ Rollo May, *Existencia*, pp. 20 y p. 21.

Conforme a varios autores relevantes —me refiero aquí a psiquiatras y/o psicoterapeutas existenciales como Ludwig Binswanger, Rollo May o Irvin D. Yalom—, la psicoterapia fenomenológica-existencial surge a lo largo del siglo XX como respuesta al descontento de psiquiatras y psicólogos ante las estrategias tradicionales para abordar el conocimiento de la condición humana, estrategias que siempre respondían a la aplicación de algún tipo de cliché cientificista⁴ y que en todo caso parecían insuficientes para dar cuenta del hombre como sujeto de estudio de un proceso psicoterapéutico satisfactorio. Lo más llamativo del surgimiento de este nuevo enfoque es que se da simultáneamente en diversos ámbitos, como el de la psiquiatría y psicología, y en distintos puntos del globo, sin que exista un acuerdo previo o un único individuo que actúe como dirigente⁵ y que convenga en encaminar este nuevo modo de entender la psicoterapia hacia la dirección fenomenológica-existencial. No obstante, será en esta dirección en la que la nueva mirada psicológica acabará por orientarse de forma unánime.

Este nuevo enfoque de la psicoterapia se caracteriza por centrarse en las ‘preocupaciones enraizadas en la existencia del individuo’⁶ y por entender los trastornos psicológicos o psiquiátricos del sujeto de manera flexible, como consecuencias de las estrategias ineficaces que este aplica ante las cuestiones fundamentales de su existencia y condición. Estas maneras de abordar los supuestos existenciales por parte del individuo resultan en todo caso particularísimas y conforman su visión vital, por lo que el psicoterapeuta existencial ha de intentar comprenderlas como integradas en un todo y no de manera aislada y firmemente catalogable en, por ejemplo, rígidas categorías diagnósticas. A mi modo de ver, para el psicoterapeuta existencial, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o *DSM*, resultará entonces adecuado no como un conjunto de directrices nosológicas rígidas e inamovibles, sino como guía a seguir conceptualmente orientativa.

Desde la perspectiva fenomenológica-existencial, se analiza el modo en el que el sujeto conforma su ser-en-el-mundo⁷ —*Da-sein* heideggeriano— y la manera que tiene de relacionarse con otros⁸, evitando el dualismo del que parte la psicoterapia humanista, que, al hablar de un mundo interno, corre el riesgo de derivar en metafísica y retórica⁹. Por tanto, discrepo, en este punto, con Sartre, quien asevera que el existencialismo es un humanismo, y comulgo con la tesis de Heidegger, que afirma que el humanismo sartreano acaba siendo metafísico¹⁰ en tanto que peca de *petitio principii* en el momento en el que antepone la esencia de lo humano a su existencia, o lo que es lo mismo, el humanismo sartreano es metafísico pues no clasifica ni define a raíz de lo existente, sino que encasilla lo existente en categorías que previamente ha propuesto y no cumple con la clásica fórmula existencialista, que enuncia que la existencia debe de preceder a la esencia.

2. LOS TEMAS CLÁSICOS DE LA PSICOTERAPIA EXISTENCIAL

Tal y como he subrayado, a lo largo de este ensayo me centraré principalmente en el enfoque existencial de la psicoterapia fenomenológica-existencial, sin ignorar los supuestos fenomenológicos. Así, como he venido diciendo, la psicoterapia existencial pretende dar cuenta del individuo a través de las diferentes estrategias que este afronta para hacer frente a las grandes cuestiones subyacentes a la existencia. La razón por la cual estos aspectos inherentes a la existencia parecen encontrarse, sin embargo, en el trasfondo de la misma, es que se trata de cuestiones esenciales que solo se distinguen bajo un punto de vista que diluya todo lo superfluo; aunque, por desgracia, rara vez suele adoptarse esta forma de mirar. Sin embargo, al igual que la ciencia comienza por el asombro, el existencialismo se origina en el momento en el que el sujeto se asombra del misterio de existir, lo que le hace estremecerse continuamente¹¹ y lo que le

⁴ May, *Existencia* cit., p. 20.

⁵ Ibídem, p. 21.

⁶ Irvin D. Yalom, *Psicoterapia existencial*, p. 15.

⁷ Yaqui Andrés Martínez, “La escuela inglesa de psicoterapia existencial”, en Efrén Martínez Ortiz, *Las psicoterapias existenciales*, p. 4.

⁸ Ídem.

⁹ Pérez Álvarez, *Tratamientos* cit., pp. 173 y 181.

¹⁰ Luis Sáez Rueda, *Movimientos filosóficos actuales*, pp. 166-168.

¹¹ Paul Foulquié, *El existencialismo*, p. 112.

sitúa ante una nueva dimensión vital; “mi existencia comenzaba a asombrarme seriamente”¹², dice Sartre. Así, la psicoterapia existencial planteará la sustancialidad de esta nueva perspectiva, y la misión de su estrategia consistirá en adentrarse en la posición que adopta el sujeto —que puede ser consciente o no de ella— ante las grandes cuestiones vitales, sin necesidad de que el individuo haya dado el paso de disolver lo superfluo, —o el paso de la cotidianidad a la existencia— previamente.

De este modo, los grandes temas que quedan en el poso de la existencia tras la disolución de la cotidianidad son, según Yalom, solamente cuatro: la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital¹³.

La muerte es la preocupación existencial por antonomasia y el desasosiego que nos produce no puede entenderse sin el concepto del tiempo. Toda la existencia se halla retratada bajo el arco temporal que ilustra su mutabilidad (la situación espacial carece de interés en este caso) y toda acción es responsable de configurar la temporalidad con su dinamismo, pues no tendría sentido inferir el tiempo de una existencia invariable o del no-ser mismo. La ‘existencia invariable’ y el ‘no-ser’ son equivalentes, pues considero, heráclita y nietzscheanamente, que la esencia de toda existencia es competir a la acción y no al estatismo —aun cuando este opere como ideal regulador del devenir—, lo que aniquila cualquier dualismo ontológico. De esta suerte, la temporalidad no encierra a la existencia pues, ‘en realidad, no es el cambio el que es producido por el tiempo; es el tiempo el que es producido por el cambio’¹⁴. Que la existencia —cambio— precede al tiempo queda respaldado si atendemos a las diferentes percepciones internas del paso del tiempo que experimentamos en función del lugar en el que nos encontremos y de la quietud de este; ¿quién no ha sentido que el tiempo pasa más despacio en los pueblos y aldeas alejados del frenesí y el cambio del ambiente urbano? Afirmar que la temporalidad es producida por el cambio que conforma la existencia es tanto como decir que es el cambio el que nos conduce ante la muerte, y el tiempo no hace más que dar cuenta de la inexorabilidad del mismo. Sea como fuere (tanto si consideramos que es el cambio el que precede al tiempo o si apostamos por lo contrario), es innegable que temporalidad y cambio van de la mano; luego, como la existencia es cambio, toda temporalidad acompaña a la existencia.

Según lo expuesto en el párrafo anterior, el tiempo representa un devenir continuo y constitutivo de la existencia vital; un cambio que dirige la vida hacia una muerte, que es, a su vez, culmen de la existencia y condición ineludible para que la sucesión que conforma lo existente pueda darse. Berdiaeff apunta que la tristeza mortal que acompaña al tiempo tiene que ver con no poder disfrutar del momento presente, con la imposibilidad de deshacerse ‘de la tristeza del pasado y del temor del porvenir’¹⁵. Esto se debe a que todo instante es incapaz de permanecer en el ser y se diluye en el cambio, y la tristeza temporal pone de manifiesto la frustración que provoca la incapacidad de aprehender lo presente. Sin embargo, ontológicamente hablando, el instante es lo único que puede darse, aunque incesantemente transformado. Esta aporía —la de no poder disfrutar del presente a pesar de ser la única realidad ontológica efectiva— parece ser la causante del doble desasosiego de la temporalidad: el del pasado-futuro y el del presente. Esta doble desazón responde, a su vez, a una misma cuestión: la consumación de la existencia individual. La zozobra ante la muerte se manifiesta en la tristeza del pensar en el pasado en tanto que recuerda la vida que no volverá y se expresa en la preocupación futura como temor a la extinción de la existencia individual. Por otro lado, el desasosiego ante la muerte se experimenta cada vez que no puede apartarse la vista del pasado o del futuro como fuente de desconsuelo, ratificando, en un paradójico círculo vicioso, la incapacidad de liberar al presente y, en definitiva, de desvincular la existencia de toda angustia.

La inminente muerte individual amenaza al ideal tradicional e ingenuo de que se es particularmente distinto a los demás, ese ideal conformado por la creencia irracional y profunda —más allá de cualquier capa superflua de racionalización de la muerte en un sentido intelectualista—de que la muerte solo atrapa a la alteridad. El colapso entre ambos extremos (la angustia y la ingenuidad) produce la constatación de que, en palabras de Berdiaeff, ‘la última esclavitud del hombre es su sujeción con respecto a la muerte’¹⁶, de la que nadie ni nada puede liberarlo.

¹² Jean Paul Sartre, *La náusea*, p. 71.

¹³ Yalom, *Psicoterapia* cit., p. 19.

¹⁴ Nicolás Berdiaeff, *Cinco meditaciones sobre la existencia*, p. 142.

¹⁵ Íbidem, p. 147.

¹⁶ Íbidem, p. 220.

La libertad es el segundo de los grandes temas existenciales; ‘el yo, por su propia naturaleza existencial, es libertad’¹⁷ pues ‘la existencia humana y la libertad son inseparables desde un principio’¹⁸. Aunque muy posiblemente no se trate de un asunto tan inmediato o evidente para la existencia como el anterior, es una de las cuatro cuestiones en torno a las que gira la condición humana. Que usualmente no se tenga en cuenta a la libertad como uno de estos supuestos existenciales tiene que ver con la tendencia a otorgarle una connotación claramente positiva, cuando, bajo una mirada existencialista (especialmente sartreana), la libertad efectiva solo puede darse mediante la privación de una estructura condicionante, mediante la supresión del dualismo ontológico, de cualquier realidad trascendental determinante, lo que inmediatamente nos convierte en responsables de nosotros mismos y consecuentes con nuestras decisiones, nos sentencia a hacernos responsables de nuestra libertad.

De otra parte, si bien me he servido del concepto de responsabilidad sartreano a propósito de la libertad —que se articula gracias a la supresión del dualismo ontológico tradicional—, de momento, he querido dejar de lado la aporía fundamental en la que, a mi juicio, incurre Sartre cuando afirma la dualidad ontológica del ser y la nada, estructurando el ser, a su vez, en el ser del mundo y el ser del hombre¹⁹, esto es, en una doble dimensión. Sin embargo, este último dualismo sartreano y la metafísica humanista en la que acaba cayendo, son necesarios si se quiere afirmar la libertad en términos de responsabilidad, pues ha de darse una escisión entre hombre y mundo para que el primero pueda desenvolverse en el segundo libremente y ambos no se muevan de manera conjunta conforme a la llamada del ser heideggeriana²⁰. A mi modo de ver, la única manera de conciliar la supresión del dualismo ontológico (como base para que la libertad en términos de responsabilidad pueda darse) con la inclusión del nuevo dualismo sartreano (hombre-mundo) sin incurrir en contradicción, es entender este último como un dualismo no trascendente, en donde el ser del mundo no condiciona al ser del hombre de manera determinante, a diferencia de la dimensión ontológica superior que condicionaba al hombre en el dualismo tradicional. Pero, si se defiende la tesis de la libertad del hombre en términos de responsabilidad, aunque sea a partir de un dualismo no trascendente, ha de rechazarse, por contradictoria, la idea de que el hombre no lleve las riendas de su existencia (juicio que se deriva de sostener que el humanismo sartreano sea metafísico, es decir, de la crítica de Heidegger a Sartre²¹, crítica que no es posible abandonar). Por su parte, la única manera de seguir sosteniendo que el existencialismo no es un humanismo, y que, por tanto, psicoterapia existencial y psicoterapia humanista no deben confundirse (y de hecho no se confunden²²), es manteniendo la crítica de Heidegger a Sartre. Es decir, llegados a este punto, solo puede salvarse una tesis: que la libertad se dé efectivamente bajo el ejercicio de la responsabilidad (cuestión que la psicoterapia existencial no puede obviar²³) o que el existencialismo no sea un humanismo (tesis que, como ya he dicho, a raíz de la crítica de Heidegger y por las diferentes corrientes psicoterapéuticas derivadas, no se cuestiona). Esta es, desde mi punto de vista, la gran paradoja sartreana en la que incurre la psicoterapia existencial: defender la libertad en términos de responsabilidad al tiempo que se distingue de la psicoterapia humanista. En el presente ensayo, no obstante, asumiré esta aporía, pues considero que, en el caso de que pudiera resolverse, la cuestión desbordaría un texto de estas características.

Sea como fuere lo anterior y volviendo al segundo de los grandes supuestos existenciales, si se sostiene la idea de la libertad como responsabilidad, ha de decirse que, como la muerte, produce desasosiego; el propio Sartre se decía estar lleno de angustia porque cualquier gesto compromete²⁴ y porque le corresponde a uno el responsabilizarse de su propio porvenir. ‘La responsabilidad confiere sentido a la existencia’²⁵, ya que la elección solo le pertenece a cada uno. La libertad implica, en definitiva, no encontrar dónde asirse en un mar en el que tampoco se hace pie.

¹⁷ *Ibidem*, p. 97.

¹⁸ Erich Fromm, *El miedo a la libertad*, p. 54.

¹⁹ Rueda, *Movimientos cit.*, p. 161.

²⁰ *Ibidem*, p. 167.

²¹ *Ídem*.

²² Pérez Álvarez, *Tratamientos cit.*, pp. 171-443.

²³ Yalom, *Psicoterapia cit.*, pp. 266-346.

²⁴ Sartre, *La náusea cit.*, p.73.

²⁵ Yalom, *Psicoterapia cit.*, pp. 266-267.

El aislamiento es la tercera cuestión existencial por excelencia. Por supuesto, no se habla aquí de él en un sentido cotidiano (como aislamiento respecto de otros sujetos o como la desintegración personal que caracteriza al aislamiento intrapersonal), sino de la constatación de que uno está efectivamente aislado de todo lo demás²⁶, que constituye la alteridad. Es decir, el ser del hombre de Sartre se divide en tantos hombres como haya, y estos, a pesar de ser interdependientes en cierto modo, poseen una existencia particular bien diferenciada. Se trata aquí de ratificar que nada ni nadie puede compartir mi misma existencia y de que, además, mi existencia es fugaz respecto al mundo y a los otros, respecto a todo lo demás; mi existencia empieza y acaba en mí y se distingue del resto, lo que termina provocando zozobra.

En tanto que no me siento en mí, que no estoy en el mundo de mi existencia propia, en tanto que siento a los hombres como pertenecientes a otro mundo, a un mundo extraño que no es el mío, el mundo y los hombres son para mí objetos, forman parte del mundo objetivado, al cual estoy no solamente adherido, sino también encadenado. El mundo objetivado no me saca jamás de mi soledad. Delante del objeto, y cualesquiera que sean sus vínculos conmigo, el yo está siempre solo. Hay en esto una verdad fundamental.²⁷

El aislamiento existencial es primordial y subyace al individuo. Esto se debe a que el aislamiento es inherente a la existencia de todo hombre, que está solo consigo mismo, lo que, como dije con anterioridad, produce desasosiego. La creación o no de mecanismos adecuados para procesar el aislamiento existencial determinará, en gran medida, el carácter y las relaciones del sujeto, que no en pocas ocasiones tratará de paliar esta incómoda sensación mediante el juego de la pertenencia y de la integración en un grupo social. A propósito de esto, Erich Fromm asevera que 'la religión y el nacionalismo, así como cualquier otra costumbre o creencia, por más que sean absurdas o degradantes, siempre que logren unir al individuo con los demás constituyen refugios contra lo que el hombre teme con mayor intensidad: el aislamiento'²⁸. De acuerdo con esto, muchos de nuestros comportamientos a la hora de relacionarnos y de los grupos en los que nos integramos responden a una evitación sistemática del aislamiento existencial; estas son estrategias que paulatinamente hemos ido adoptando para distanciarnos de lo que, paradójicamente, nos hace constatar la distancia que separa nuestra existencia de la de los demás.

Yalom señala la falta de un sentido vital como el último de los supuestos existenciales. Esta carencia de sentido se infiere de las consideraciones previas que se han hecho a propósito de las otras tres cuestiones²⁹: ¿tiene la vida sentido si, a pesar de saber que nuestra existencia es fugaz, detentamos un 'inmortal anhelo de inmortalidad'³⁰?, ¿posee sentido si estamos condenados a ser libres³¹, responsabilizándonos de todas y cada una de nuestras decisiones?, ¿lo tiene si existimos aisladamente y, existencialmente hablando, siempre estamos solos? La supresión de cualquier dualismo ontológico tradicional deja al hombre totalmente desamparado con respecto a la muerte, a la libertad y al aislamiento; el individuo no encuentra ya el respaldo de una vida posterior, ni el sosiego de un determinismo que le permita refugiarse en sentencias como 'las cosas son como tienen que ser' y eludir sus responsabilidades, como tampoco se siente cómplice de una existencia superior que lo comprende a un nivel tan íntimo que la zozobra provocada por el aislamiento existencial se desvanece. Ante estas tres formas de angustia, la falta de un sentido vital emerge, provocando, si cabe, un mayor desamparo. La carencia de sentido es un tema recurrente que puede formularse de diversos modos como: ¿por qué existo?, ¿qué sentido tiene la vida si tarde o temprano concluye?, ¿de qué sirve poder elegir libremente? o ¿para qué vivir? Ante el cuarto de los supuestos existenciales, el individuo siente su vida, su existencia, como insignificante y carente de valor o sentido.

Por suerte o por desgracia, una vez hemos renunciado a la idea de un plan cósmico del que nuestra existencia formaría parte, no existe una fórmula mágica que revele cuál es el sentido de la vida de cada uno de los sujetos. La dolorosa realidad ante la que el individuo se enfrenta, desde un punto de vista existencialista —y ateo—, es que, en primer lugar,

²⁶ Ibídem, pp. 425-428.

²⁷ Berdiaeff, *Existencia* cit., pp. 102-103.

²⁸ Fromm, *libertad* cit. P. 42.

²⁹ Yalom, *Psicoterapia* cit., p.20.

³⁰ Miguel de Unamuno, *Del sentimiento trágico de la vida*, p. 81.

³¹ Jean Paul Sartre, *El ser y la nada*, p. 90.

esta vida es única y concluirá con la muerte; en segundo, no hay nada escrito acerca del destino, con lo que somos totalmente libres y responsables de nuestras decisiones; tercero, el individuo está aislado en una existencia que no puede compartir con nadie; y, por último, la vida carece de sentido, pues no existe propósito alguno. Llegados a este punto, el panorama parece, cuando menos, desalentador.

Tal y como apunta Yalom a lo largo de toda su obra sobre psicoterapia existencial, desde la mirada de esta, el psicoterapeuta tratará de abordar y hacer frente a estos cuatro supuestos existenciales que otras corrientes psicoterapéuticas suelen eludir por abstractos, incómodos e irresolutos. La labor del psicoterapeuta existencial consistirá en asumir que estas grandes cuestiones articulan la condición humana y se encuentran en el trasfondo de buena parte de los trastornos psicológicos y psiquiátricos una vez se ha eliminado el componente de la cotidianidad, con lo que una buena aproximación a ellos constituirá la base del tipo de psicoterapia del que vengo hablando. Para que pueda darse una aproximación efectiva a estos temas, el psicoterapeuta ha de acompañar al sujeto, aportándole diferentes estrategias para hacer frente de una manera efectiva al desasosiego existencial que suscitan.³² Sin embargo, la labor del psicoterapeuta no consistirá en dar claves para la evitación sistemática de la congoja, sino en ayudar al individuo a no dejarse ahogar por ella al tiempo que le hace ver que la angustia constituye un componente ineludible de la experiencia vital, de la existencia; un componente incómodo que, en cierta medida, debemos aprender a sobrellevar.

3. LA ANGUSTIA Y LA ANSIEDAD: INTERPRETACIONES

¿Qué es exactamente la angustia en un contexto existencial? En los epígrafes precedentes he atendido a sus causas, que bien pueden resumirse en las apreciaciones de Foulquié, quien habla de la angustia como la consecuencia natural de la supresión de un mundo inteligible, heredero del platonismo, que dotaría de sentido y orientación la propia experiencia vital³³. El individuo, desde un punto de vista existencialista, se encuentra totalmente desamparado y abandonado, absolutamente desprotegido. La razón de ser de la angustia existencial es para él 'menos el temor a un peligro concreto, que el vivo sentimiento de haber sido echados al mundo sin haberlo querido, y obligados a opciones cuyas consecuencias no pueden preverse y que no sabríamos justificar'³⁴ y, sin embargo, le atribuye a esta misma angustia el ser un 'sentimiento doloroso, *pero a la vez* noble, pues nos remite a la existencia auténtica'³⁵.

De las apreciaciones de Foulquié y de lo expuesto con anterioridad se pueden colegir varios puntos clave que articularán cualquier discurso que pueda darse a propósito de la angustia desde un punto de vista existencial: el primero, que el existencialismo suprime el dualismo ontológico tradicional; el segundo, que esta supresión de lo trascendente deja al individuo desprotegido en al menos tres niveles —muerte, libertad y aislamiento—, lo que puede provocar la ratificación de la carencia de sentido vital; el tercero, que este desamparo es el que produce la angustia, que puede venir de uno o más de los niveles; el cuarto y último, que esta angustia, por ser existencial, no debe eludirse o ignorarse, sino integrarse en la propia experiencia vital para alcanzar una existencia lúcida y también satisfactoria.

El siguiente poema de Fernando de Toro-Garland ilustra a la perfección buena parte de lo dicho anteriormente a propósito de la angustia que genera la existencia:

¿De qué sirve el sol
 la tierra, dorada y alegre
 el jubiloso piar de los pájaros
 y las flores sonrientes al azul del cielo,
 el brillante y bullicioso mundo de la primavera,
 si esta angustia de vivir luchando eternamente
 jamás me deja
 jamás me abandona?
 Es un dolor agudo

³² Yalom, *Psicoterapia* cit., pp. 13-578.

³³ Foulquié, *El existencialismo* cit., pp. 89-90.

³⁴ *Ibíd.*, p.90.

³⁵ *Ídem.* (La cursiva es mía).

todo dentro de mí.
Es un dolor inmenso e indescriptible.
No tiene límites,
ni me deja un descanso.
Es la tortura eterna,
de la única existencia que tengo.³⁶

Analizando brevemente el poema, podemos ver que en él se retrata este tipo de angustia como una sensación inherente e inseparable a la existencia; es más, la angustia aparece aquí como la manifestación desagradable de la existencia misma. El autor se pregunta, debido a esa desazón vital, de qué sirve todo cuanto le rodea, si finalmente la existencia no es más que aguda angustia, o, lo que es lo mismo, el protagonista trata de expresar que la vida carece de sentido porque existir entraña una lucha continuada.

Desde un punto de vista menos filosófico y más fisiológico, puede atenderse a las posibles manifestaciones somáticas de una crisis de angustia. En lo relativo a este punto, cabe señalar que las crisis de angustia pueden dar lugar a reacciones fisiológicas como mareos o taquicardias³⁷ además de a cierta sensación de ahogo y a náuseas, lo que sin duda recuerda a la famosa Náusea sartreana. La identificación usual de un episodio de angustia con un ataque de pánico se debe a que la angustia se relaciona con el miedo a algo. No en pocas ocasiones, se la ha relacionado con un instinto de protección hacia aquello que se teme³⁸. Desde una perspectiva existencial, en las crisis de angustia el pavor no se focalizaría en ningún temor concreto, sino hacia lo general, hacia la existencia misma, desorientando al individuo sobremanera.

El estado ansioso se asemeja en gran medida al de angustia y la utilización de ambos términos indistintamente en buena parte de la literatura médica dificulta aún más la labor de establecer una distinción inequívoca entre uno y otro. De hecho, incluso en algunas lenguas ambos estados se agrupan bajo un mismo vocablo (como es el caso del alemán). Sin embargo, en la lengua francesa, en la inglesa y en el castellano, existen dos vocablos diferenciados que, en último término, atañen a dos experiencias distintas que es conveniente diferenciar.³⁹ Tanta similitud existe entre ambos términos que, en el plano médico, la ansiedad se contempla como una reacción ante una sensación de peligro, y en este sentido puede entenderse como un mecanismo adaptativo⁴⁰, ocurriendo algo parecido en el caso de la angustia, que también es conocida, tal y como se asevera en el DSM-IV, como ataque de pánico⁴¹, ya que usualmente se entiende como una reacción de alerta ante un temor. La ansiedad y la angustia tienen, además, manifestaciones somáticas similares, luego, ¿qué decir entonces a propósito de las diferencias entre la ansiedad y la angustia?

Para introducir la cuestión, partiré de diferentes manuales diagnósticos—CIE-10-ES, ICD-10 y DSM-IV— y de sus distintas interpretaciones de la ansiedad y de la angustia. En el primero de ellos, el CIE-10-ES, los episodios de ansiedad pueden encontrarse en cuatro contextos: afecciones fisiológicas, drogas, en relación a síndromes depresivos y como protagonistas de un trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, en este manual no hallamos ningún tipo de mención a los episodios de angustia —tampoco a crisis de pánico—.⁴² Por esto mismo, considero que el CIE-10-ES no basta para dar cuenta de la disimilitud entre los conceptos de angustia y ansiedad. En lo que al ICD-10 respecta, ha de decirse que los episodios de ansiedad figuran como síntomas de otros trastornos como el de esquizofrenia, en relación a la depresión (incluyendo aquí neurastenia) y también como íntimamente relacionados con las fobias, entre otros. En este manual no encontramos ninguna mención a la angustia, aunque sí a las crisis de pánico como criterio sintomático para diferenciar entre dos posibles tipos de agorafobia y como conformadoras de un trastorno específico: el trastorno de

³⁶ Fernando de Toro-Garland, *La angustia infinita*, 15.

³⁷ Barclay Martin, *Angustia y trastornos neuróticos*, p.21.

³⁸ Juan Carlos Sierra y otros, *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*, p. 27

³⁹ Enrique Rojas, *La ansiedad. Cómo superar el estrés, las crisis de pánico y las obsesiones*, p. 18.

⁴⁰ *Ibídem*, p.15.

⁴¹ Pierre Pichot (coord.), *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 405.

⁴² M^a Dolores Pastor Sanmillán (coord.), *Manual de codificación CIE-10-ES diagnósticos*, pp. 19, 101, 288.

pánico.⁴³ No obstante, aunque la categorización diagnóstica del ICD-10 se asemeja más a la del DSM-IV, considero que el DSM-IV ofrece más información sobre cada uno de los trastornos; a esto hay que añadir, además, que en el DSM-IV sí que encontramos el término 'angustia' *per se* (aunque, todo sea dicho, identificándolo con los ataques de pánico)⁴⁴. De ahora en adelante, esencialmente debido a su completud, tomaré el DSM-IV como guía para tratar de diferenciar entre los conceptos de angustia y ansiedad.

Dentro de la categoría diagnóstica de trastornos de ansiedad, el DSM-IV contempla el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada y otros (de los que no hablaré, ya que no ayudan significativamente a esclarecer las diferencias entre la angustia y la ansiedad, que es lo que me propongo en este punto) como el de fobia social, el de estrés postraumático, estrés agudo... Conforme al DSM-IV, la peculiaridad del trastorno de ansiedad generalizado es que la ansiedad persiste durante seis o más meses y, además, se diferencia de las crisis de angustia principalmente gracias a la intermitencia y gran intensidad de estas, ya que la ansiedad generalizada se encuentra más dilatada en el tiempo y resulta ser de carácter menos agudo. Además, en la ansiedad generalizada las situaciones que provocan preocupación según los sujetos que la padecen no son las mismas que las que la provocan en una crisis de angustia ni las mismas que la producen en cualquier otro tipo de trastorno de ansiedad;⁴⁵ así, podría decirse que el trastorno de ansiedad generalizada acaba siendo una especie de cajón de sastre en donde caen todos aquellos temores que, siendo etiquetados como inherentes a los trastornos de ansiedad, no encajan en ninguna de las otras subdivisiones diagnósticas de esta categoría.

Por último, la crisis de angustia se entiende en el DSM-IV como una cuestión transversal a varios de los trastornos de ansiedad e incluso a algún trastorno psicótico,⁴⁶ si bien en este manual la angustia en sí misma, al igual que en el ICD-10, puede constituir un diagnóstico definido cuando las crisis de angustia son repetidas e inesperadas y el individuo siente un miedo recurrente y persistente a volver a experimentarlas. De este modo, el DSM-IV contempla el trastorno de angustia como un tipo de trastorno de ansiedad e identifica las crisis de angustia con ataques de pánico y con la frecuente sensación, por parte del sujeto, de miedo a su propia muerte, que se percibe como inminente, o de temor a perder la cordura.⁴⁷ El DSM-IV distingue, además, entre tres tipos de crisis de angustia: 'inesperadas, situacionales o más o menos relacionadas con una situación determinada'⁴⁸ y en función del tipo de crisis, podremos hablar de un trastorno u otro.

Dicho lo anterior, resulta difícil no mostrar cierto acuerdo con las conclusiones del estudio comparativo entre la sintomatología de las crisis de angustia y los síntomas de la ansiedad generalizada realizado por María del Carmen Lara y otros. Este estudio sostiene que 'las crisis de angustia constituyen un trastorno distinto y que el concepto de ansiedad generalizada necesita ser válido empíricamente antes de ser aceptado como una entidad nosológica'⁴⁹. Es decir, todo parece apuntar a que el concepto de ansiedad generalizada es mucho más difuso que el de crisis de angustia, posiblemente por la ambigüedad del primero, que, para más inri, conforme al DSM-IV carecería de puntos álgidos o crisis, en tanto que, en principio, en él no hay cabida para las crisis de angustia⁵⁰. Con todo, ambos conceptos —ansiedad y angustia— parecen encontrarse íntimamente relacionados. Llegados a este punto, lo más interesante sería realizar un estudio comparativo entre el trastorno de angustia —y no las crisis de angustia— y el trastorno de ansiedad generalizada, cuyas diferencias parecen no estar muy claras. Si atendemos a los manuales diagnósticos de este tipo, la principal diferencia entre la angustia y la ansiedad es que la primera suele manifestarse en forma de crisis puntuales o ataques de pánico inesperados por miedo a la muerte o a la locura súbita, mientras que el concepto de ansiedad es mucho más difuso

⁴³ World Health Organization (coord.), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, pp. 110-132.

⁴⁴ Pichot, *DSM-IV cit.*, p. 405.

⁴⁵ *Íbidem*, pp. 401-448.

⁴⁶ *Íbidem*, p. 409.

⁴⁷ *Íbidem*, pp. 401-448.

⁴⁸ *Íbidem*, p. 409.

⁴⁹ María del Carmen Lara y otros, *Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad*, p. 7.

⁵⁰ Pichot, *DSM-IV cit.*, p. 444.

y se refiere a un estado generalizado en el que los miedos tienen otras causas, que son siempre concretas, y en donde las crisis de angustia no siempre se dan y en todo caso tienen que ver con situaciones específicas y más cotidianas.

Considero fundamental señalar que, a mi juicio, las carencias que es posible apreciar en el DSM-IV y otros manuales diagnósticos de esta índole a propósito de la diferenciación entre los conceptos de angustia y ansiedad responden al punto de partida que este tipo de manuales toman para dar cuenta de los diferentes trastornos mentales. Usualmente, los criterios para establecer diferentes tipos de categorías diagnósticas pueden reducirse a la agrupación de síntomas a partir de las manifestaciones somáticas y psicológicas de estos. No obstante, a la hora de diferenciar la angustia de la ansiedad, este criterio parece insuficiente. Si atendemos a las manifestaciones somáticas, tal y como se ha dicho, angustia y ansiedad resultan difíciles de diferenciar, ocurriendo algo parecido en el momento en el que atendemos a sus manifestaciones psicológicas. Efectivamente, esto es tanto como reconocer que apenas existen diferencias entre la angustia y la ansiedad, si nos centramos estrictamente en la descripción clínica y, sin embargo, como respondiendo a una intuición que desborda su rango de visión, la descripción clínica parece distinguirlas. Llegados a este punto, la única salida posible para distinguir uno de otro conforme al DSM-IV parece ser el atender a una cuestión de grado y duración, limitando a la angustia prácticamente a crisis puntuales y dejando a la ansiedad como un concepto más general. En tanto que el concepto de crisis de angustia es transversal a casi todos los trastornos de ansiedad, cabría decir que la angustia es síntoma de muchos de ellos, mientras que la ansiedad es el trastorno en sí. Esta podría haber sido la diferencia; es decir, el DSM-IV podría haber dejado la cuestión aquí, en un asunto de duración e intensidad, en una cuestión jerárquica, pero, sin embargo, no lo hace: introduce el trastorno de angustia con crisis de angustia inesperadas (dentro de la categoría de los trastornos de ansiedad), y este es el punto en el que todo se vuelve mucho más confuso.

A mi juicio, la diferencia entre los conceptos de angustia y ansiedad puede intuirse como una cuestión de contenido y no solo de grado o de lo inesperado de la crisis (y esta sería, a mi modo de ver, la razón por la que el DSM-IV no reduce la angustia a un mero síntoma de la ansiedad y acaba hablando específicamente de un trastorno de angustia), pero el *modus operandi* del DSM-IV es incapaz de ofrecer una respuesta satisfactoria porque, aunque intuye que existe una disimilitud entre ambas experiencias, trata de establecerla fundamentalmente a partir de sus manifestaciones y menos de sus causas. En el momento en el que el DSM-IV apunta una desemejanza de contenido y no solo de intensidad, duración o espontaneidad entre un concepto y otro, todo se vuelve aún más borroso. En el DSM-IV parecen confundirse causa y manifestación psicológica; tanto es así, que en él se pone de manifiesto que durante la crisis de angustia el sujeto experimenta miedo a la muerte y a perder la cabeza, pero se deja abierta la cuestión de si fue el miedo a la muerte o a la locura el que indujo la crisis, o si son estos miedos los que pueden inferirse de ella. Nótese que las crisis de angustia siguen figurando aquí como síntoma transversal, luego cualquier trastorno de ansiedad podría tener que ver, en principio, además de con otros temores, con el miedo a la muerte y a la locura. Precisamente por la transversalidad de la angustia, esta diferencia de contenido alimenta aún más la confusión a la hora de distinguir entre ambas experiencias. Por último, súmesele a esta disimilitud de contenido el hecho de que exista un trastorno de ansiedad generalizada que funcione, como ya se ha señalado, a modo de cajón de sastre en donde meter cualquier vivencia ansiosa en la que no operen miedos ya especificados en otros trastornos de ansiedad. Así, si el trastorno de angustia está contemplado dentro de la categoría de trastornos de ansiedad y las crisis de angustia son síntomas prácticamente de todos los trastornos de ansiedad, ¿no hay aquí una contradicción en relación al trastorno de ansiedad generalizada? El DSM-IV se salva de esto en el momento en el que excluye a las crisis de angustia del cuadro diagnóstico de la ansiedad generalizada. No obstante, esto es tanto como decir que en el trastorno de ansiedad generalizada no hay ningún tipo de crisis o de punto álgido, lo cual me parece absolutamente erróneo. Es más, si entendemos que la diferencia entre el trastorno de angustia y el de ansiedad generalizada subyace esencialmente en la ausencia de crisis de angustia en el segundo, ya que de lo contrario parece que se compartirían los miedos inherentes a cada uno de estos trastornos, el asunto puede enredarse aún más si tenemos en cuenta que el propio DSM-IV indica que al menos un 25% de los sujetos con trastorno de angustia, padece también ansiedad generalizada⁵¹. Más aún, si bien el DSM-IV señala en un punto, como se ha venido diciendo, la incompatibilidad de las crisis de angustia con un trastorno de ansiedad generalizada —que de hecho es lo que se apunta como propiamente distintivo de este trastorno—⁵², en otro momento subraya que ‘si las crisis de angustia inesperadas aparecen en el contexto de otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada), pero no se acompañan de miedo a experimentar una nueva crisis de angustia, inquietud constante por esta cuestión o cambio

⁵¹ *Ibidem*, p. 407.

⁵² *Ibidem*, p. 444.

comportamental durante el período de por lo menos 1 mes, debe olvidarse el diagnóstico adicional de trastorno de angustia⁵³.

Conforme a lo anterior, parece que en el DSM-IV se intuye la diferencia entre la ansiedad y la angustia, pero por más que intente establecerse, en sus términos clínicos no acaba de quedar clara. A mi modo de ver, esto solo puede solventarse adoptando un nuevo enfoque: el filosófico. El concepto de angustia se ha ido introduciendo desde la filosofía particularmente a raíz de la corriente existencialista (si bien es cierto que, en la dimensión psicológica, el psicoanálisis también ha trabajado con este término). El enfoque filosófico existencial parece ser capaz de dar cuenta de la experiencia de la angustia como diferenciada de la ansiedad de una manera mucho más clara y satisfactoria que el DSM-IV, que se limita a una perspectiva más psicológica y categorizadora, si se quiere. Así, considero que lo oportuno sería diferenciar ambos conceptos de un modo muy sencillo: teniendo en cuenta sus causas. Desde esta nueva perspectiva, podemos entender la angustia tal y como la he venido defendiendo hasta el momento —es decir, como subyacente a la existencia misma—, y a la ansiedad como relativa a cuestiones más cotidianas. Sería necesario, además, introducir el concepto de crisis de ansiedad para lo relativo a estas causas, si se quiere, menos profundas o más livianas, y limitar la angustia a los cuatro supuestos existenciales. El atender a las causas de la angustia como su principal rasgo distintivo parece pecar de pedir el principio, pero, en ese caso, ¿no peca también el DSM-IV cuando habla de crisis de angustia que responden a situaciones concretas y crisis de angustia que no lo hacen y que, por tanto, son inesperadas? Es más, el propio DSM-IV parece invitar a considerar a las crisis de angustia inespecíficas y súbitas con un acento existencial en el momento en el que habla de la ansiedad generalizada —con crisis de angustia situacional— como referida a preocupaciones sobre circunstancias⁵⁴ o acontecimientos⁵⁵, y de la angustia —con crisis de angustia inespecífica— como relacionada con el temor a la muerte, que es uno de los cuatro supuestos existenciales de los que se ha venido hablando.

Considero que, a propósito de esta distinción, la intuición filosófica más acertada del DSM-IV se da en el momento en el que se distingue entre tres tipos de crisis de angustia y se reservan las crisis de angustia espontáneas o inesperadas para el trastorno de angustia en sí⁵⁶. En este punto, por claridad terminológica y conceptual, abogo por identificar las crisis de angustia situacionales y las más o menos referidas a situaciones concretas como crisis o ataques de ansiedad en tanto que se dan de un modo transversal a los trastornos de ansiedad exceptuando el de angustia —además de que, por otro lado, así parecen denominarse en el lenguaje coloquial—, y definiendo el reservar el concepto de crisis de angustia a aquellas crisis inesperadas, sin causa cotidiana o concreta, que son las que propiamente articulan el trastorno de angustia. En el momento en el que la angustia se deshace de lo cotidiano y de causas específicas, solo nos queda referirnos a ella como algo difuso, abstracto y profundo, con un trasfondo filosófico que, en definitiva, tiene que ver con la existencia. La angustia es entonces la pérdida de sujeción, de sostén existencial⁵⁷, y las crisis de angustia —y no las de ansiedad— no serían más que acometidas y envites de la existencia en sí, de ahí la razón por la que el DSM-IV, en sus términos clínicos, se refiere a ellas como carentes de causa concreta, porque parece que no hay concreción causal si la causa es la existencia misma.

Este discurso a propósito del trastorno de angustia puede parecer muy abstracto; no obstante, nada más lejos de la realidad. Es el alegato propio de la tradición clínica el que habla de una angustia o crisis de pánico inespecífica, misteriosa, sin causas aparentes, casi como si viniera de la nada, y no el discurso de la psicoterapia existencial, que remite a esta angustia a lo más inmediato y menos añadido, menos superfluo: la existencia. En este punto, desmentir lo inesperado de estas crisis de angustia se vuelve necesario, y el acento existencial parece ofrecer una salida satisfactoria. En lo relativo a las crisis de angustia o pánico del trastorno de angustia, Marino Pérez Álvarez apunta:

La experiencia-de-pánico está modulada por ese discurso clínico al servicio de un tratamiento, que ‘conforma’ al paciente. Si ‘se escucha al paciente’, se percibiría un ‘segundo discurso’ en el que el pánico tiene sus antecedentes (por qué) y consecuentes (para qué) (...). En términos de las causas se diría que el pánico, lejos de ser irracional y súbito como si

⁵³ Íbidem, p. 410.

⁵⁴ Íbidem, p. 432.

⁵⁵ Íbidem, p. 444.

⁵⁶ Íbidem, p. 409.

⁵⁷ Alfried Längle, *La búsqueda de sostén. Análisis existencial de la angustia*, p. 60.

viniera de la nada (según el discurso confabulado entre clínicos y pacientes), tiene tanto causa material (situaciones problemáticas), como causa final (intento de arreglar esta situación).⁵⁸

De este modo, la mirada existencial desestima todo el constructo a propósito de las crisis de pánico o de angustia inespecíficas e inesperadas (es decir, las propias de un trastorno de angustia) y las enfoca hacia causas materiales. Desde la perspectiva existencialista 'la materia de los trastornos psicológicos vendría dada por ciertas preocupaciones existenciales básicas'⁵⁹ y 'la forma de los trastornos psicológicos serían los síntomas al uso, si bien entendidos como refugios, subterfugios y arreglos de las condiciones existenciales'⁶⁰. En todo caso, es conveniente recordar que la queja del sujeto que acude a psicoterapia requiere de una reelaboración que la mayor parte de las veces se aleja de la materia inicial. Es decir, en cualquier tipo de psicoterapia, se adopte el punto de vista que se adopte (el del psicoanálisis, terapia comunicacional, existencial, experiencial, cognitiva o de conducta), el síntoma se somete a un proceso de confección. Así, este proceso de formación del síntoma variará en función del enfoque del psicoterapeuta.⁶¹ En el caso de la psicoterapia existencial, el enfoque clínico es ontológico, al igual que en la terapia de conducta, y desde este contexto hay que entenderla (a ella y a su perspectiva), no desde la mirada gnoseológica a partir de la que habría de entenderse la terapia cognitiva, la psicopatología y la neurobiología, ni exclusivamente desde lo pragmático, como habría de mirarse el psicoanálisis o la terapia comunicacional.⁶²

Reconduciendo el tema, venía diciendo que, desde la psicoterapia existencial, la angustia se encuentra, necesariamente, dilatada a lo largo de toda la existencia, pues se da la mano con ella. Esto se debe a que los temores que orquestan la angustia operan de manera permanente pues se derivan de los cuatro grandes supuestos existenciales en torno a los que gira la condición humana. La angustia existencial puede definirse como la impotencia ante el cosmos y es constitutiva de todo ser humano, de forma consciente o inconsciente⁶³. De esta afirmación se deducen dos cuestiones: la primera, que la angustia no entraña solamente el miedo a la muerte o a perder la cordura, sino el temor a la existencia misma de un modo más abstracto (tesis que bien podría sostener Foulquié⁶⁴), razón por la que cualquier otro tipo de trastorno de ansiedad queda totalmente diferenciado al tener causas más cotidianas y concretas; la segunda; que no hay necesidad de entender su presencia en un individuo concreto como una desviación de lo que se entiende por salud mental, a no ser que el sujeto no sea capaz de procesar esta angustia de una manera eficiente y acabe por adoptar estrategias inadecuadas para poder sobrellevarla que le paralicen en su día a día. De esta última proposición se sigue la idea de que, contrariamente a lo sostenido en el DSM-IV, no podemos hablar de un trastorno de angustia por la mera presencia de una angustia —que en todo caso es existencial— subyacente que enlace diferentes crisis muy puntuales, sino que, desde esta perspectiva filosófico-psicológico-existencial, tan solo podrá hablarse de un trastorno de angustia cuando la angustia sea efectivamente paralizante y anquilosante.

4. LA DESPERSONALIZACIÓN Y LA DESREALIZACIÓN (D-D) Y SU RELACIÓN CON LA ANGUSTIA EXISTENCIAL

Hasta ahora he ido presentando los diferentes aspectos clave de la psicoterapia existencial que, tal y como se viene sosteniendo, se ocupa de los cuatro grandes supuestos en torno a los que gira la condición humana. Estas cuatro cuestiones acaban por dar lugar a la angustia —en el sentido en el que esta se ha diferenciado de la ansiedad—, de la que también he hablado anteriormente. La tarea que me dispongo a llevar a cabo a lo largo de este epígrafe será la de presentar la despersonalización y desrealización como un trastorno que, por poder articularse en torno al concepto de angustia, en no pocas ocasiones, puede ser muy satisfactoriamente analizado desde la perspectiva de la psicoterapia fenomenológica-existencial.

⁵⁸ Marino Pérez Álvarez, *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*, p. 46. El autor continúa señalando la causa eficiente y la causa formal.

⁵⁹ Íbidem, p. 51.

⁶⁰ Ídem.

⁶¹ Íbidem, pp. 35-38.

⁶² Íbidem, p. 57.

⁶³ Alejandro Patiño Román, *Reflexiones clínico-filosóficas sobre la angustia*, pp. 4-6.

⁶⁴ Foulquié, *El existencialismo cit.*, p. 90.

La despersonalización-desrealización figura en el ICD-10 como trastorno y como síntoma de otros trastornos. Conforme a este manual, como trastorno está incluido en la categoría de ‘otros trastornos neuróticos’⁶⁵ y como síntoma aparece referido a un trastorno esquizotípico⁶⁶, de agorafobia⁶⁷ y a trastornos de desorden de la conducta y emociones⁶⁸. El ICD-10 subraya, además, que la vivencia de d-d es un síntoma típico de un trastorno de pánico⁶⁹ (en la terminología del DSM-IV el trastorno de pánico equivale al trastorno de angustia). A diferencia de en el DSM-IV, en el ICD-10 se sostiene específicamente que el trastorno de d-d no se incluye en los trastornos disociativos ya que ‘en estos síndromes solo se dan aspectos limitados de la identidad personal y no hay pérdida asociada de rendimiento en términos de sensaciones, recuerdos o movimientos’⁷⁰. Por su parte, en el CIE-10-ES, *Manual de codificación*, los episodios de despersonalización y desrealización ni siquiera se mencionan.

Atendiendo al DSM-IV y de un modo similar al ICD-10, la despersonalización y desrealización pueden conformar una categoría diagnóstica completa —trastorno de despersonalización— o bien constituir uno de los síntomas de otro trastorno⁷¹ (usualmente, de los inicios de la esquizofrenia o de las psicosis delirantes agudas⁷², pero no necesariamente de estas). Por practicidad conceptual, mi intención es atender, al menos en un principio, a la despersonalización como un trastorno neurótico en sí mismo y no como un síntoma más de otra categoría diagnóstica, si bien aún no se sabe con exactitud si puede hablarse de un trastorno de despersonalización en estado puro⁷³, esto es, de una despersonalización — y desrealización— descontaminada de muchos otros síntomas que forman parte de la idiosincrasia de otros trastornos, y que se integran mejor en el cuadro diagnóstico de estos. Por mantener el rigor, para hablar de la vivencia d-d seguiré el manual diagnóstico DSM-IV, pues es el que se ha ido siguiendo principalmente a lo largo de todo el ensayo.

La personalización designa la sensación de control sobre los contenidos de nuestra conciencia, mientras que, durante un episodio de despersonalización, el sujeto se siente ajeno a sí mismo y a su propia conciencia, que se vuelve extraña y distante. Es necesario diferenciar la despersonalización del delirio nihilístico, en el que el sujeto afirma que todo ha desaparecido.⁷⁴ A diferencia del ICD-10, el DSM-IV incluye el trastorno de despersonalización en la categoría de trastornos disociativos y lo define como la persistencia de episodios o crisis de despersonalización caracterizadas por el sentimiento de extrañeza hacia uno mismo y por hacer sentir al individuo como un espectador o un observador de su propio yo.⁷⁵ La despersonalización puede definirse como la experiencia en la que el sujeto siente que ya no es quien controla su pensamiento, de este modo, el individuo imagina y siente que ya no lleva las riendas de sí mismo. La experiencia de despersonalización puede entenderse como un desdoblamiento del yo, durante el que la conciencia se desdobra para ser espectadora de sí misma, sintiéndose ajena y distante y siendo incapaz de identificarse y de confluir en una sola. De su parte, la desrealización se entiende como la vivencia del sujeto de extrañeza hacia el mundo exterior, hacia la realidad, que el individuo percibe como irreal⁷⁶. Ambas experiencias, desrealización y despersonalización, están relacionadas, aunque no *sine qua non*, es decir, aunque se entienden como vinculadas, un mismo sujeto puede haber padecido episodios de despersonalización sin haber padecido un solo episodio de desrealización y viceversa. Ante la incapacidad

⁶⁵ World Health Organization (coord.), *ICD-10* cit., p. 33.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 84.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 113.

⁶⁸ *Ibidem*, p. 214.

⁶⁹ *Ibidem*, p. 115.

⁷⁰ *Ibidem*, p. 123. ‘In these syndromes only limited aspects of personal identity are usually affected, and there is no associated loss of performance in terms of sensations, memories, or movements.’

⁷¹ Pichot, *DSM-IV* cit., p. 500.

⁷² R. Luque y otros, *Despersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos*, p. 453.

⁷³ *Ibidem*, p. 446.

⁷⁴ Jose Luis González de Rivera y otros, *Psicopatología del sí mismo: trastornos de la experiencia del ser*, p.2.

⁷⁵ Pichot, *DSM-IV* cit., p. 500.

⁷⁶ *Ídem*.

para describir estas vivencias de forma clara, los individuos suelen acudir al uso de metáforas, que habitualmente enuncian tras proferir la expresión 'como si', pues nunca pierden el contacto con la realidad⁷⁷ y son capaces de identificar las sensaciones producidas durante estos episodios como aparentes o irreales, por lo que puede asegurarse que los episodios de despersonalización y desrealización constituyen un tipo de neurosis y no llegan a caer del lado de la psicosis, si bien pueden, junto con otros síntomas, formar parte de los inicios de algún tipo de trastorno psicótico. Un ejemplo de la manera de describir una vivencia de despersonalización sería el que apunta Restrepo a propósito de una mujer con estos episodios: 'la paciente se quejaba de que el lado izquierdo de su cuerpo se sentía extraño, como si no le perteneciera. También, en ocasiones, ella tenía la sensación de que los dedos de su mano derecha repentinamente se le caían de la mano, o como si sus miembros desaparecieran'⁷⁸; y un ejemplo de desrealización, que también señala Restrepo a propósito de las declaraciones de otro sujeto: 'sostiene que todo en su vida ordinaria parece ser igual, pero que hay algo que falta: eso que le es propio a cada cosa. Se queja de que cada uno de sus sentidos, de que cada parte de sí mismo es como si estuviera separada de él y, por tanto, no le produjeran ninguna sensación. (...) Que sus ojos ven y que su espíritu percibe, pero que la sensación de lo que ve está completamente ausente'⁷⁹.

Parece haber un acuerdo generalizado respecto a la relación del trastorno de despersonalización con la ansiedad y con las crisis de angustia y los ataques de ansiedad, tal y como expone Rafael Kichic, pues un alto porcentaje de los sujetos que padecen un trastorno de despersonalización tienen algún tipo de antecedente de alguno de los trastornos comprendidos en la categoría de trastornos de ansiedad (aunque se han dado determinados hallazgos que podrían cuestionar esta hipótesis⁸⁰ y que, por las dimensiones de este ensayo, no me es posible entrar a analizar). En el DSM-IV se sostiene que 'en las crisis de angustia se observan muy a menudo despersonalización y desrealización; sin embargo, no debe hacerse el diagnóstico de trastorno de despersonalización por separado cuando la despersonalización y la desrealización aparecen exclusivamente en el transcurso de las crisis'⁸¹. Esto es tanto como aseverar que para hablar de un trastorno de despersonalización propiamente dicho y no de un síntoma de un trastorno de ansiedad a o una añadidura a una crisis de angustia o ansiedad determinada, hemos de asegurarnos de que los episodios de despersonalización se dan de manera reiterada y no exclusivamente ligados a crisis. En el CIE-10-ES podemos encontrar algo parecido, pues en él se asevera que 'el número de sujetos que experimentan este trastorno de forma pura o aislada es pequeño. Más comúnmente, los fenómenos de despersonalización-desrealización ocurren en el contexto de las enfermedades depresivas, en el trastorno fóbico y en el trastorno obsesivo-compulsivo'⁸². Sin embargo, como ya subrayé con anterioridad, no se sabe exactamente si es plausible hablar de un trastorno de despersonalización puro. Además, si tratamos de mantener la tesis de que la d-d constituye un trastorno por sí misma, tenemos que desvincularla, al menos en algún componente, de los elementos de angustia y ansiedad, lo cual no parece tan fácil de realizar.

Pero, ¿por qué la d-d está tan íntimamente ligada al concepto de angustia? Partiendo de la tesis de que existe un modo de experiencia corporal que puede entenderse como existencial⁸³, es plausible aseverar que los episodios de despersonalización y de desrealización, en la medida en la que suponen un alejamiento de la experiencia corpórea, tienen un fuerte componente de angustia como causa ante la que se reacciona, y han de ser considerados como episodios o manifestaciones de crisis existenciales, ya que 'experimentar el mundo como extraño y totalmente desprovisto de toda significación práctica sería un sentimiento existencial'⁸⁴, por lo que la despersonalización y la desrealización remiten

⁷⁷ Rafael Kichic, *Síntomas de despersonalización en los trastornos de ansiedad y en participantes de la comunidad*, p. 23.

⁷⁸ Jorge Emiro Restrepo, *Despersonalización y desrealización: una aproximación filosófica desde el análisis de casos*, p. 59.

⁷⁹ *Ibidem*, p. 58. La cursiva es mía.

⁸⁰ Kichic, *Síntomas* cit., p. 24-25.

⁸¹ Pichot, *DSM-IV* cit., p. 500.

⁸² World Health Organization (coord.), *ICD-10* cit., p. 135. 'The number of individuals who experience this disorder in a pure or isolated form is small. More commonly, depersonalization-derealization phenomena occur in the context of depressive illnesses, phobic disorder, and obsessive-compulsive disorder'

⁸³ Giovanna Colombetti y Matthew Ratcliffe, *Bodily Feeling in Depersonalization: A Phenomenological Account*, p. 147.

⁸⁴ *Ídem*. 'Experiencing the world as strangely and wholly bereft of all practical significance would be an existential feeling'

directamente a un modo de manifestación psicológica defensiva o elusiva de la existencia misma, se dé a partir de una crisis de angustia, de ansiedad o no se vincule con crisis de ningún tipo.

Desde mi punto de vista, la despersonalización y la desrealización pueden entenderse como estrategias específicas de evitación que el sujeto procura aplicar, generalmente de manera inconsciente, para no hacer frente o no responsabilizarse de aquello que le produce angustia y ansiedad —incluyendo aquí las cuatro grandes fuentes de angustia que son cada uno de los supuestos existenciales—; de este modo, tal y como afirman Søren Ventegodt y otros a propósito de la despersonalización y desrealización, ‘la ruptura en estas áreas vitales de la existencia humana (...) constituye un estado mental y existencial que impide al paciente el asumir la responsabilidad de su propia vida y del funcionamiento normal, las cuales son las características centrales de un estado psicótico’⁸⁵. Es decir, la despersonalización y la desrealización pueden entenderse como una disfunción existencial que no permite que el sujeto se responsabilice de su propia vida (la cuestión de que a partir de estas vivencias pueda incurrirse en psicosis ya ha quedado planteada como algo plausible pero no necesario). Por tanto, intuitivamente, que el individuo eluda la asunción de responsabilidades existenciales mediante la despersonalización y la desrealización no es más que un mecanismo adaptativo por evitación que ha ido adquiriendo y conformando como estrategia a la hora de soportar los envites de existencia, que necesariamente pasan por la angustia (latente o no). Yalom parece coincidir en que la angustia juega un papel fundamental en la despersonalización y desrealización, especialmente la angustia ante la muerte, pues al menos en un 50% de los casos el síndrome de despersonalización surge por una muerte cercana al sujeto, que es la que lo desencadena⁸⁶. Algo similar parece señalarse en el ICD-10, en donde se sostiene que ‘los fenómenos de despersonalización-desrealización son similares a las llamadas experiencias cercanas a la muerte, asociadas con momentos de extremo peligro para la vida’⁸⁷.

Por su parte, si hablamos de un episodio de despersonalización y desrealización sin el componente de crisis de angustia —por ejemplo, en relación a la ansiedad y a las crisis ansiosas en el sentido que se viene sosteniendo—, la angustia subyacerá como un componente más, aunque no de manera tan explícita como en el caso de las crisis de angustia. Esto es debido a que, como se ha venido diciendo, la angustia está íntimamente relacionada con la existencia, y en la medida en la que podemos hablar de la despersonalización y la desrealización como un alejamiento prudencial de la existencia, la d-d tiene que estar ligada a la angustia de un modo u otro. Esto se ve más claramente si entendemos la despersonalización como aislamiento intrapersonal con causas existenciales y la desrealización como aislamiento existencial. Conforme a este argumento podría sostenerse que todo tipo de trastorno de evitación hacia lo existente, como una esquizofrenia, pasa necesariamente por el concepto de angustia, aunque este solo se encuentre latente (esto explica, de otra parte, por qué la d-d puede aparecer en los inicios de trastornos psicóticos, que no son más que distanciamiento de la realidad) y es susceptible de ser analizado desde una perspectiva existencial en la medida en la que alude directamente a la elusión de responsabilidades, que es una de las preocupaciones de este tipo de psicoterapia⁸⁸. De hecho, cualquier trastorno mental puede ser tratado desde este punto de vista existencial⁸⁹, es decir, como vinculado a al menos uno de los cuatro supuestos existenciales.

Llegado este punto, quizá no pueda sostenerse la idea de que exista un trastorno de despersonalización propiamente dicho si es el caso de que para que este se constituya de manera distintiva sea menester desvincularlo definitivamente de la angustia. Sin embargo, la existencia del trastorno de angustia por un lado y del trastorno de despersonalización por otro podría salvarse si, en el caso del trastorno de angustia, tal y como expuse en el apartado anterior, hablamos solo de la angustia existencial paralizante y si, en lo relativo al trastorno de despersonalización, estamos dispuestos a debilitar su

⁸⁵ Søren Ventegodt y otros, *Clinical Holistic Medicine: Mental Disorders in a Holistic Perspective*, p. 314. ‘The breakdown in these (...) vital areas of human existence (...) constitutes a mental and existential state that prevents the patient from assuming responsibility for his or her own life and for normal functioning, which are the core characteristics of the psychotic state of being’.

⁸⁶ Yalom, *Psicoterapia* cit., pp. 70-71.

⁸⁷ World Health Organization (coord.), *ICD-10* cit., p. 135. ‘The depersonalization-derealization phenomena are similar to the so-called "near-death experiences" associated with moments of extreme danger to life’.

⁸⁸ Pérez Álvarez, *Tratamientos* cit., p. 285.

⁸⁹ Alfred Längle, *Aplicación práctica del análisis existencial personal. Una conversación terapéutica para encontrarse a uno mismo*, p. 2.

definición, mitigando la rigidez de esta. Es decir, el trastorno de despersonalización como entidad nosológica puede salvarse si, en lugar de definirse distintivamente por su pureza (y conforme a lo que se ha venido defendiendo, en la medida en la que la experiencia de d-d se vincula a la angustia, no se podría hablar de esta vivencia de despersonalización como algo puro), se explicara por la intensidad de sus componentes —la angustia y la d-d—. Así, un sujeto con un trastorno de angustia podría experimentar la desrealización como un posible síntoma, pues la desrealización lleva implícito el concepto de angustia existencial, pero la angustia existencial no implica necesariamente desrealización. Por su parte, otro individuo podría padecer un trastorno de desrealización sin sobrellevar un trastorno de angustia, pues el trastorno de despersonalización se caracteriza por la frecuencia y lo paralizante de los episodios de d-d, que no tienen por qué darse como ligados a una crisis de angustia —es más, podría ligarse a una crisis de ansiedad—, aunque siempre estén vinculados a un sentimiento de angustia existencial. Esta angustia existencial, en la medida en la que es inherente a la misma existencia, tal y como sostuve en el epígrafe anterior, no conforma, si no es paralizante, una patología.

5. APRECIACIONES FINALES

A lo largo de este ensayo y tras una presentación de la perspectiva y las aporías de un enfoque existencial en psicoterapia, ha sido imprescindible diferenciar los conceptos de ansiedad y de angustia, para no incurrir en la confusión habitual que lleva a emplear estos términos indistintamente. Se ha analizado, además, cómo una perspectiva categorizadora y rígida como la de los manuales diagnósticos es insuficiente para discernir satisfactoriamente entre ambos conceptos y cómo un enfoque filosófico existencial permite dar cuenta de esta distinción, que naturalmente se intuye, pero que no es susceptible de ser analizada de un modo ventajoso si se encorseta o si se constriñe en una mirada psicológica limitada. Se defiende aquí que la angustia subyace a la existencia, y que, como tal, tiene que ver con los cuatro supuestos existenciales que se han venido exponiendo.

La perspectiva fenomenológica-existencial conforma un enfoque satisfactorio a la hora de dar cuenta de buena parte de los trastornos mentales (estrés, neurosis obsesivo-compulsiva, agorafobia, anorexia, hipocondría, depresión...) ⁹⁰, en la medida en la que todos ellos pueden analizarse como concernientes a un supuesto existencial o a más de uno. Así, el enfoque existencial, que se ocupa particularmente de la angustia, ha sido 'aprobado como un enfoque psicoterapéutico significativo indicado en el tratamiento de todo tipo de enfermedades y trastornos psicológicos, psicosomáticos y psicosociales' ⁹¹, incluyendo el trastorno de d-d, que es el ejemplo concreto que aquí se analiza.

Por las dimensiones de este ensayo, quedará sin exponer lo concerniente a la metodología de la psicoterapia existencial ⁹² y lo relativo a su efectividad ⁹³ con respaldo empírico en los diferentes trastornos, que requeriría un análisis más dilatado y de otras características. Sin embargo, he de señalar que el enfoque existencial no es excluyente y puede compatibilizarse con prácticamente cualquier otro tipo de psicoterapia ⁹⁴, de forma transversal, pues a toda terapia le conviene incluir un toque —o un retoque— existencial ⁹⁵ que la enriquezca y le impida asumir sesgos cientificistas que olviden lo que, en último término, la tradición fenomenológica-existencial reivindica: la condición humana, la vuelta a las cosas mismas.

⁹⁰ Pérez Álvarez, *Tratamientos* cit., pp. 208-313.

⁹¹ Alfred Längle, *Análisis existencia. Búsqueda de sentido y afirmación de la vida*, p. 37.

⁹² Puede consultarse Marino Pérez Álvarez, *Tratamientos*, cit., pp. 207-313.

⁹³ Para ampliar esta cuestión, el lector puede dirigirse a Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, pp. 495-538.

⁹⁴ Pérez Álvarez, *Tratamientos* cit., p. 876.

⁹⁵ Pérez Álvarez, *Causas* cit., 72.

Bibliografía

- Berdiaeff, N., (original rusa: 1934), "Cuarta meditación: el mal del tiempo, el cambio y la eternidad" en Berdiaeff N., *Cinco meditaciones sobre la existencia*. Buenos Aires: La Aurora (1948); pp. 139-187.
- Colombetti, G., Ratcliffe, M., (2012), "Bodily Feeling in Depersonalization: A Phenomenological Account", *Emotion Review*, Vol. 4, 2: 145-150.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013), "Research on humanistic-experiential psychotherapies", en M.J. Lambert (ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley (6ª ed.); pp. 495-538.
- Foulquié, P., (original francesa: 1946), "La Filosofía existencialista", en Foulquié, P., *El existencialismo*. Barcelona-Buenos Aires: Salvat Editores (1948); pp. 63-153.
- Fromm, E., (original estadounidense: 1941), "La libertad como problema psicológico", "La emergencia del individuo y la ambigüedad de la libertad", en Fromm, E., *El miedo a la libertad*. Barcelona: Editorial Paidós (1980); pp. 46-126.
- Kichic, R., (2014), "Definición de despersonalización y manifestaciones clínicas", "Trastornos de ansiedad, síntomas de pánico, ansiedad y depresión", en Kichic, R., *Síntomas de despersonalización en los trastornos de ansiedad y en participantes de la comunidad*. (Tesis doctoral). Universidad de Palermo, Facultad de Humanidades y ciencias sociales. Argentina; pp. 23-35, 69-85.
- Längle, A., (1993), "Aplicación práctica del análisis existencial personal. Una conversación terapéutica para encontrarse a uno mismo"; traducción desde Längle, A. (1993), "Ein Gespräch zur Selbstfindung anhand der Personalen Existenzanalyse", *Bulletin der GLE*, 10, (2): 3-11. http://www.icae.cl/wp-content/uploads/2013/06/Aplicacion_practica_del_AEP.pdf [Consultado: 05/05/2017].
- Längle, A., (2005), "La búsqueda de sostén. Análisis existencial de la angustia", *Terapia psicológica*, 23 (2): 57-64.
- Längle, A., (2013), "Análisis existencial. Búsqueda de sentido y afirmación de la vida", *Castalia*, 24: 27-43.
- Lara, M. del C., Ontiveros, M., Berlanga, C., Fuente, J. R., (1988), "Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad", *Salud Mental*, 11 (18): 7-10.
- Luque, R., Villagrán, J. Mª., Valls, J. Mª., Díez, A., (1995), "Despersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos", *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XV, 54: 443-459.
- Martin, B., (original estadounidense: 1971), "Síntomas del trastorno neurótico", en Martin B., *Angustia y trastornos neuróticos*. Barcelona: Herder (1974); pp. 21-39.
- Martínez, Y. A., (2011), "La escuela inglesa de psicoterapia existencial", en Martínez Ortiz, E. (ed.), *Las psicoterapias existenciales*. Colombia: Editorial El Manual Moderno; pp. 1-39.
- May, R., (original estadounidense: 1958), "Orígenes y significado del movimiento existencial en Psicología", en May, R., *Existencia*. Madrid: Gredos (1967); pp. 19-58.
- Pastor Sanmillán, Mª. D. (coord.), (2016), "Trastornos mentales y de comportamiento" en Pastor Sanmillán, Mª. D., *Manual de codificación CIE-10-ES diagnósticos*; pp. 19, 93-102, 288. https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf [Consultado: 4/05/2017].
- Patiño Román, A., (2015), "Reflexiones clínico.filosóficas sobre la angustia", *Revista Brasileira de Neurología e Psiquiatría*, 19 (1): 4-9.
- Pérez Álvarez, M., (1996), "El planteamiento fenomenológico y existencial del tratamiento psicológico", "La tradición humanista en Psicoterapia", "Usos y abusos de la ciencia en Psicología", en Pérez Álvarez, M., *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas S. A.; pp. 171-443 y pp. 869-896.
- Pérez Álvarez, M., (2003), "La formación del síntoma", "Forma y contenido del síntoma", "La forma y el contenido según el discurso clínico", en Pérez Álvarez, M., *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas S. A.; pp. 35-76.
- Pichot, P. (coord.), (1995), *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.; pp. 401-448. <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf> [Consultado: 29/04/2017].
- Restrepo, J. E., (2010), "Despersonalización y desrealización: una aproximación filosófica desde el análisis de casos", *Acta colombiana de psicología*, 13 (1): 55-70.
- Rivera, J.L.G., Vela, A., Arana, J., (eds.), (1980), "Psicopatología del sí mismo: trastornos de la experiencia del ser", en

Rivera, J.L.G., Vela, A., Arana, J., (eds.) *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos; pp. 392-395.

- Rojas, E., (2009), “Prólogo”, “Introducción”, “Concepto”, en Rojas, E., *La ansiedad. Cómo superar el estrés, las crisis de pánico y las obsesiones*. Madrid: Ediciones Planeta; pp. 2- 19.
- Sáez Rueda, L., (2001), “Existencialismo”, en Sáez Rueda, L., *Movimientos filosóficos actuales*. Madrid: Editorial Trotta (2009); pp. 157-178.
- Sartre, J. P., (original francesa: 1938), *La náusea*. Barcelona: Editorial Seix Barral (1963).
- Sartre, J. P., (original francesa: 1943), “La temporalidad”, en *El ser y la nada*; pp. 77-113.
<https://elartedepreguntar.files.wordpress.com/2009/06/sartre-jean-paul-el-ser-y-la-nada.pdf> [Consultado: 15/04/2017].
- Sierra, J. C., Ortega V., Zubeidat, I., (2003), “Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar”, *Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza*, 1: 10-59.
- Unamuno, M., (1912), “El hambre de inmortalidad”, en Unamuno, M., *Del sentimiento trágico de la vida*. Barcelona: Editorial Planeta DeAgostini, S. A.(2010); pp. 81-99
- Ventegodt, S., Andersen, N.J., Neikrug, S., Kandel, I., Merrick, J., (2005), “Clinical Holistic Medicine: Mental Disorders in a Holistic Perspective”, *The Scientific World Journal*, 5: 313-323.
- World Health Organization (coord.), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*; pp. 110-132. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf> [Consultado: 04/05/2017].
- Yalom, I. D., (original estadounidense: 1980), *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder (2015).