



Aspectos existenciales de la conducta suicida

Este trabajo, nos gustaría se interpretara como un homenaje póstumo al profesor Demetrio Barcia Salorio, maestro de muchos psiquiatras españoles y fundamentalmente amigo, con el que tuvimos el privilegio de compartir estas ideas en el marco del Curso Nacional de Actualización en Psiquiatría en sucesivas ediciones.

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha sido muy estudiado desde la psiquiatría y la sociología. Las motivaciones por las que una persona se suicida no son muy diferentes entre las que padecen enfermedades psiquiátricas y las consideradas normales. Puede ser de interés una aproximación antropológica al problema.

Aspectos existenciales de la conducta suicida

Miguel Gutiérrez fraile

Catedrático de Psiquiatría

Ex presidente Sociedad Española Psiquiatría

Es bien conocido que el suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en las distintas sociedades y que su consideración ha ido variando en función de diferentes principios filosóficos, postulados religiosos y aproximaciones intelectuales en cada cultura a lo largo del tiempo.

Para muchos filósofos de la antigüedad, la muerte voluntaria se inscribía en el problema de la libertad humana. Así, grandes filósofos como Séneca, Sófocles y Sócrates, se mostraban partidarios del suicidio; mientras que Pitágoras, Platón y Aristóteles proporcionaban argumentos en contra de este.

El cristianismo, a partir de San Agustín, sentencia que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la ley natural y solo Dios puede disponer de la vida del hombre", llegando a condenar oficialmente a los suicidas a los que se excomulgaba, se negaba su enterramiento e incluso se confiscaba sus bienes.

En el siglo XX, lo más importante ha sido los estudios de Emile Durkheim, (6), con una visión plenamente sociológica del problema o las aportaciones del psicoanálisis freudiano, del existencialismo y por último las investigaciones biológicas, que estudian cada vez con más rigor aquellos fenómenos que están en la base de la conducta suicida.



Para explicar el comportamiento suicida se han estudiado alteraciones de múltiples mecanismos biológicos y sus interrelaciones. Se han señalado en este sentido, alteraciones del metabolismo de la serotonina y el glutamato así como alteración de los sistemas de respuesta al estrés o mecanismos tisulares, capaces de producir anomalías morfológicas y funcionales en la materia gris y materia blanca de los sujetos suicidas. El desafío actual es comprender qué motivaciones y planteamientos existenciales empujan al hombre a desear la muerte.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que más de un millón de personas consuman el suicidio anualmente, y que una cifra diez veces superior tiene ideación suicida, por lo que alcanza un notable decimotercer lugar como causa de muerte; la cuarta parte de quienes intentan suicidarse repiten su intento dentro de los siguientes doce meses, y una décima parte de ellos logra su propósito en un plazo de diez años.

El suicidio es una conducta que se observa en muchas enfermedades mentales, pero también en muchos sujetos que difícilmente pueden ser catalogados como enfermos. Tanto enfermos como sanos comparten muchas de las motivaciones que les llevan al acto suicida. Quizás nadie como Barcia Salorio se ha ocupado más de proponer la necesidad de una *psiquiatría antropológica*, afirmando que el hombre es “*el único ser que sabe de sí mismo y reflexiona sobre su vida*”. En este trabajo, siguiendo a Demetrio Barcia Salorio, (2), se analizan algunas de estas situaciones que pensamos son las fundamentales en relación con el suicidio: Desesperación, Desesperanza, Soledad, Cansancio de la vida.

Cada una de estas situaciones se encuentra con frecuencia en patologías psiquiátricas, especialmente las tres últimas con trastornos depresivos, adicciones y trastornos de ansiedad y adaptativos, pero no son específicas de ellas sino que deben ser vistas como conductas típicamente humanas. El hecho de que desde la psiquiatría se hayan analizado estas motivaciones con cierta frecuencia e intensidad, facilita el abordaje, análisis y estudio de la conducta suicida en personas que no padecen “*sensu estricto*” un trastorno psiquiátrico.

La conducta suicida es un hecho frecuente y no solo entre los enfermos psiquiátricos. En España es la primera causa de muerte en población joven al haber disminuido la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de forma importante a lo largo de los últimos años. Sucede también que la motivación para el acto suicida no siempre se debe a un trastorno mental, sino que puede obedecer a una conducta voluntaria de la que es responsable una persona normal. Por eso, su análisis no solo corresponde a la Psiquiatría que lo hace en el marco de las enfermedades psiquiátricas, tratando de correlacionar este hecho con ciertas características de las enfermedades mentales, sino que debe ser comprendida también desde otra perspectiva como puede ser la



antropológica. En términos generales, excepción hecha de pacientes, por ejemplo, con esquizofrenia, influidos por una orden delirante, que contamina su capacidad volitiva y por tanto su conducta, podemos afirmar que las motivaciones para un suicidio, la mayoría de las veces, son las mismas en personas sanas que en enfermos psiquiátricos. Pensamos, en consecuencia, que el suicidio es un fenómeno humano y que su estudio puede hacerse también desde la antropología. Antropología en el marco de las Humanidades como señaló Ortega y Gasset (16) y las Ciencias humanas (Foucault),(8), entendidas como ciencias que tienen al hombre por objeto, que es lo que hace en general la Medicina que estudia al hombre como un animal más, aunque asumiendo su gran desarrollo y su enorme complejidad. Pero lo que verdaderamente separa las llamadas Ciencias Humanas de otras ciencias que tienen al hombre por objeto y que se podrían denominar Ciencias del hombre, no es ni la trascendencia ni la complejidad del ser humano. La verdadera Ciencia del hombre es la que se centra en el hombre, como ser que vive, habla y produce. La Biología, la Economía, la Filología no son Ciencias humanas, ni sus conocimientos saberes fundamentales en el terreno que hablamos. Respecto a esto Foucault, (8), señalaba.. *“el hombre no es para las ciencias humanas este ser vivo que tiene una forma particular (una fisiología especial y una anatomía casi única), sino que es ese ser vivo que, desde el interior de la vida a la cual pertenece y por la que está atravesado todo su ser, construye representaciones, gracias a las cuales vive y a partir de las cuales posee esa extraña capacidad de poder referirse a la vida y lo mismo a la economía y al habla”*.

La Antropología destaca la capacidad del hombre, su positividad, que le permite saber de sí mismo, es decir, saber qué es la vida, en qué consiste la esencia del trabajo y de qué manera siente y puede hablar. Es desde ésta Antropología, postula Demetrio Barcia, (2), que se debe enfocar el problema del suicidio, para tratar de dilucidar que planteamientos existenciales empujan al hombre a desear la muerte.

Por ello, sin perjuicio de que nuestra experiencia esté más vinculada al ejercicio de la Psiquiatría, se pueden analizar, además de las motivaciones que empujan a los enfermos mentales al suicidio, otras motivaciones que empujan a lo mismo en personas teóricamente normales.

Decíamos que, en principio, existen las mismas motivaciones para el suicidio en personas *“normales”* que en pacientes psiquiátricos. El suicidio no es algo específico de la enfermedad mental.

Decía Laín Entralgo, (8), que junto a los conocimientos morfológicos, fisiológicos y psicológicos que acompañaron al desarrollo de la Medicina a lo largo del siglo XIX, la inclusión del saber que proporciona la Antropología debiera formar parte también de ese *“corpus de conocimiento”* de la Medicina actual. Para Demetrio Barcia Salorio, (2), esta fundamentación antropológica de la Medicina debe apoyarse en la observación del hombre enfermo. López Ibor, (11), afirmaba que el dolor y el sufrimiento humano no



eran solo pathos, sino también logos. Este logos y este pathos producen, sin duda, conocimiento no solo en quien lo padece sino también en quien, como el médico, acompaña al hombre en su sufrir.

Resulta por tanto de mucho interés, profundizar en el conocimiento de las motivaciones de la conducta suicida estudiando aquellas que encontramos en la enfermedad mental, pero que son motivaciones humanas que aparecen también en el hombre sano. Si entendiéramos la enfermedad mental como una modalidad de la existencia humana, esta sería igual de comprensible o incomprensible que la conducta del hombre normal, solo que en algunos aspectos sería diferente. El estudio de las enfermedades mentales ayuda a comprender mejor al ser humano pues lo que la enfermedad mental hace muchas veces no es sino aumentar, como si se tratara de una lupa, los matices que están en la base de la conducta y que en la normalidad pueden pasar desapercibidos.

Partiendo de la base de que cada sujeto es un caso único, de que cada conducta se da en un tiempo y en un espacio irreplicable, se pueden llevar a cabo algunos posibles análisis acerca de la conducta suicida. Se han diseñado dos modelos para explicar el suicidio. El *modelo de estrés-diátesis* se basa en rasgos peculiares de algunos individuos que los llevan a reaccionar de manera catastrófica ante las contingencias del medio ambiente. El *modelo de proceso* se apoya en la observación de que en numerosos casos hay una secuencia que va desde la ideación a la consumación del suicidio. La interacción entre variables disposicionales o de vulnerabilidad del sujeto y el entorno aumentan o disminuyen las probabilidades de aparición de la conducta suicida y en cada caso encontraremos diferentes condiciones. Si bien es verdad que el mundo de las contingencias es caótico e impredecible, aun así es posible describir variables importantes que explican mejor el comportamiento suicida. Algunos estímulos externos de la vida cotidiana como dificultades económicas, despido laboral, duelo, infidelidad, conflictos sociales, divorcios, desengaños amorosos, problemas físicos como enfermedades y/o dolor crónico etc. asociados a variables cognitivas con función discriminativa como pensamientos de inseguridad, ineficacia, incapacidad, ruina, culpa, etc. se encadenan o condicionan a pensamientos con función amenazante como inviabilidad de soluciones, falta de alternativas, imposibilidad de escapar o evitar, etc. también a variables fisiológicas como ansiedad y angustia con alto grado de sufrimiento. A partir de aquí, empezará la elaboración de la ideación suicida que se seguirá o no de la conducta suicida también en función de determinadas circunstancias muy en relación con la vulnerabilidad del individuo y las circunstancias o acontecimientos externos que le rodean. Los pacientes que han intentado suicidarse tienen un peor funcionamiento neuropsicológico y presentan una mayor vulnerabilidad al suicidio. (Fernández-Sevillano J, 2021), (7)



Un abordaje muy interesante, ya lo hemos dicho, es el que considera que la conducta suicida puede ser ordenada en cuatro estados de ánimo fundamentales La Desesperación, la Desesperanza, la Soledad y el Cansancio de la vida.

La Desesperación surge cuando alguien entiende que en la vida hay algo por lo que vale la pena luchar pero no puede ser alcanzado a pesar de los esfuerzos realizados para obtener esto que es deseado vivamente.

En estos tiempos, asolados por Covid-19, con frecuencia reparamos acerca de lo importante que es tener salud. Si lo pensamos un poco, la salud es un “para qué”, ya que no queremos vivir para estar sanos sino que queremos estarlo para vivir. ¿Pero qué es este vivir? Pues probablemente la realización de determinados valores, entendiendo valores como algo valioso que da sentido a nuestra vida. Por tanto, hablamos de valores no necesariamente desde una estimación objetiva, dentro de una cultura determinada, y nos referimos más al plano subjetivo. La creencia de que hay cosas que valen la pena y la convicción de que hay que luchar, de que hay que esforzarse para alcanzar eso que para nosotros vale la pena, resultan del todo necesarias para no caer en la desesperación, constatando la propia incapacidad para alcanzar lo que tanto deseamos. Sin embargo, esta experiencia no es la que suele presentarse en la enfermedad mental.

A diferencia de en la Desesperación, en las situaciones de Desesperanza acontece que nada en la vida tiene valor por lo que no valdría la pena vivir ni tendría sentido hacerlo. No habría nada que esperar en la vida. Podríamos decir que para el desesperanzado más que el hecho de vivir, lo que no vale la pena es el hecho de esperar. Esta experiencia sería la característica del enfermo deprimido pudiendo observarse también en adolescentes. En estos no suele haber un auténtico deseo de morir sino la sensación de que lo que no pueden es vivir porque nada en la vida vale la pena. Es una situación de “vacío existencial” que genera un “cansancio por vivir”, una experiencia que también puede empujarles a la muerte.

La creencia de que nada vale la pena esperar es propia de las personas deprimidas, de las personas que están tristes, pero sabemos que, además de una tristeza “normal” podemos encontrar una tristeza “patológica” que a su vez puede ser reactiva consecuencia de acontecimientos vitales desfavorables en cuya base está una alteración de los sentimientos, sería una tristeza “con causa”. Pero también sucede una tristeza “sin causa”, anclada en la vitalidad, una tristeza vital que se corresponde con los sentimientos vitales y se da en las depresiones “endógenas”, (K.Schneider.1951), (19), también llamada “Depresión vital”. Este concepto expresa muy bien cómo es el estado de ánimo del paciente afecto de Depresión Mayor o Melancolía. El paciente vive su situación como una carga, como un peso difícil o imposible de soportar. El enfermo está muy afligido y siente una gran pesadumbre. Le falta el impulso que empuja a vivir. Tiene una inmensa desgana.



Muy bien expresado en el poema de Guadalupe Grande, (9), reciente e inesperadamente fallecida,

JUNTO A LA PUERTA

La casa está vacía

y el aroma de una

rencorosa esperanza

perfuma cada Rincón

Quién nos dijo / Mientras nos desperezábamos al mundo

Que alguna vez hallaríamos / Cobijo en este desierto

Quien nos hizo creer, confiar, / -peor, esperar-

Que tras la puerta, bajo la taza, / En aquel cajón, tras la palabra

En aquella piel, / Nuestra herida sería curada.

Quien escarbó en nuestros corazones, / y más tarde no supo que plantar

Y nos dejó este hoyo sin semilla / Donde no cabe más que la esperanza.

Quien se acercó después / Y nos dijo bajito

en un instante de avaricia, que no había rincón donde esperar.

Quien fue tan impiadoso, quién, / Que nos abrió este reino sin tazas,

Sin puertas ni horas mansas / Sin treguas,

sin palabras con que fraguar El mundo

Está bien, no lloremos más, / La tarde aún cae despacio.

Demos el último paseo / De esta desdichada esperanza

El ser humano posee una fuerza interior que vive en el alma que brota, vibra y agita libremente, que de alguna manera está detenida en la Depresión, con lo que la espontaneidad de la decisión, la capacidad de trazar contornos netos y rigurosos desaparece. Todo se convierte en fatiga e indiferencia. El hombre deprimido ya no es



dueño de su vida, ya no participa en la marcha hacia adelante, los acontecimientos se enmarañan a su alrededor, no puede regir su vida y la tarea se eleva ante él como una montaña imposible de escala. El melancólico siente que no puede hacer nunca lo que debe ser hecho, percibe el abismo entre el ser y el deber ser, de ahí que con mucha frecuencia viva su existencia como “culpa”. Es lo contrario que percibe un paciente afecto de manía.

El enfermo deprimido también puede sentir la alteración del tiempo, como si uno se quedara retrasado respecto de sí mismo. Así suele ser la alteración del tiempo vivido que caracteriza del enfermo deprimido. Podemos representarnos el tiempo, pero normalmente no vivenciamos el transcurso real del tiempo ni el agotarse del tiempo porque la actividad, el impulso propio de la vida que decíamos empuja a la planificación y el proyecto de realización, hace que se enmascare la forma elemental del transcurso del tiempo. Pero la “inhibición vital” de la melancolía paraliza lo anterior con lo que la vivencia normal del tiempo se transforma en el sentido de que no solo se hace consciente, sino que se convierte en “un estado permanente de conciencia”. El paciente llega a concienciar el transcurso del tiempo. Es cuando siente que el tiempo se lentifica. No llegan las cosas de la vida- el momento de levantarse, la hora de comer, etc.-y en ocasiones el propio tiempo se detiene y con ello se detiene también el propio vivir, lo que es experimentado por el propio enfermo de modo angustioso. Finalmente, ese mundo inhóspito que se detiene se llena de acontecimientos y de cosas insignificantes, sin sentido. Cosas que no ocupan nuestra atención normalmente, salvo cuando se detiene y se percibe el tiempo como tal. Entonces el tic tac del reloj, los ruidos de la lavadora, el zumbido de la lámpara de neón, etc., pueden pasar a primer plano y ocupar la conciencia cuando estamos muy cansados, nos sentimos solos, nos aburrimos o estamos angustiados.

El mundo pierde su unidad y sentido, por eso su carácter de vacío, extraño e inhóspito. Si el tiempo se detiene, nada puede ser organizado, nada puede proyectado, por lo que no se puede vivir. La vida tiene sentido en el actuar, en lo que se hace, en el llegar a ser. En el deprimido esto se pierde.

Penetramos en nuestro futuro a través y por medio de nuestras intenciones, propósitos, planes y sobre todo de la esperanza. Tener esperanza implica una actitud positiva en la vida. Actuamos porque tenemos esperanza de alcanzar aquello que deseamos. En un mundo percibido como vacío, inhóspito y sin esperanza no es posible vivir porque se tiene siempre presente la muerte. Ciertamente que la muerte pertenece a la esencia misma del vivir y aunque no pensemos en ella está siempre presente aunque como algo externo a la vida. Incluso la representamos como la Parca personaje siniestro que aparece con la guadaña para segar la vida.

Cada acto de amor cumplido, cada tarea realizada, cada actuación, deja algo de nosotros, algo ha muerto y ya no podrá ser repetido. Esta muerte inherente a nosotros



crece en nuestro vivir cotidiano. Llegar a la plenitud, tener la vida colmada, querría decir que solo nos quedaría morir de tal manera que nuestro llegar a ser y nuestra muerte coincidieran.

El tener presente la propia muerte en la vida pone de manifiesto un proceso de maduración. Sin duda, reflexionar sobre la muerte es un ejercicio que puede ayudar a dar sentido a la vida. En el melancólico el tiempo se ha detenido por lo que no puede proyectar su vida, está en el fin. Vive fisiológicamente pero está muerto en el impulso de llegar a ser. Su deseo de suicidarse significa paradójicamente un último esfuerzo para vivir superando su incapacidad por medio de asumir su propia muerte.

El tema de la Soledad es complejo y ha merecido la atención de algunos autores españoles (Rodríguez Sacristán, J, 1987), (18). Existen muchas formas de soledad y no todas son negativas, en la medida que también hay una soledad buscada voluntariamente que se suele relacionar con la actividad creadora o el desarrollo espiritual. Naturalmente, esta forma de soledad no supone dificultad psicológica alguna ni incapacidad existencial para interactuar con los demás. (Minkowski, E., 1933), (15). Hay, sin embargo, personas que a lo largo de su vida han presentado dificultades para establecer vínculos adecuados con los demás lo que les hace vivir con la amenaza constante de la soledad. Y a veces recurren al alcohol o las drogas para intentar mejorar su situación. Barcia, D, (1994), (3), estudió en profundidad estos temas. Particularmente demostrativo es lo que sucede en el paciente alcohólico que cuando alcanza grados de dependencia importantes, a su deterioro físico une el deterioro familiar y social. Su pérdida de prestigio social y familiar aumenta. Su papel anterior se desmorona y en muchos casos ya deviene en algo irrecuperable, sin perjuicio de que alcance su abstinencia y estabilidad emocional. Es el inicio de su “soledad”, empieza a percibir el rechazo de los demás, a la que seguirá la desesperanza, se siente solo y sin proyecto de vida no debe resultar extraño que busque el suicidio y lo perciba como la única solución a su vida.

Hay personas que desde la infancia tienen problemas para relacionarse con los demás por lo que no consiguen vínculos consistentes con los otros y en consecuencia experimentan, desde épocas tempranas, vivencias de soledad. Ello, equivaldría de alguna forma a aumentar una cierta psicovulnerabilidad y por tanto aumentar la probabilidad de aparición de ideación o conductas suicidas en épocas posteriores.

Una cuarta situación que puede conducir al suicidio es el *Cansancio de la vida* en el sentido de que hay personas que de una forma más o menos evidente sienten que la vida no vale la pena ser vivida. Sentimiento que como es lógico puede conducir al suicidio de una persona. A esto Lain Entralgo (10, 11) lo llamó “*suicidio metafísico*”. Esta forma de suicidio suele ser la elegida desde planteamientos filosóficos e intelectuales y también por literatos. Unas veces se trata de la aceptación del destino cuando se llega a la conclusión de que su posición ética ante la vida le obliga a buscar



la muerte. Sería el caso, por ejemplo, de personas ejemplares como un Seneca. A su lado, los héroes de la literatura griega cuando, ante el adverso destino, la ira y el abandono de los dioses, eligen como bien inalienable lo más grande que hay en el ser humano: la aceptación heroica de su destino. Los héroes de la tragedia griega buscan lo bello y lo heroico sabiendo que no hay compensaciones en el más allá.

Otras veces es, como mostró Jean Paul Sartre (1943), (18), la percepción de lo absurdo del vivir. **Albert Camus (1942), (5)**, comenzaba su célebre ensayo *El mito de Sísifo* con una aseveración un tanto polémica: sólo existía un problema filosófico verdaderamente serio, y ese era el del **suicidio**. De esta forma plantea la filosofía del absurdo, que mantiene que nuestras vidas son insignificantes y no tienen más valor que el de lo que creamos. El hombre "absurdo", o con una "sensibilidad absurda" es aquel que se muestra perpetuamente consciente de la completa inutilidad de su vida. Siendo el mundo tan nimio, Camus pregunta, ¿hay alternativa al suicidio?

Para otros como Rigaut, (17), el suicidio significaba una cierta vocación. Autor de *"Agencia general del suicidio"* que es una antología de la prosa poética del célebre escritor francés, vinculado al dadaísmo, que recoge textos de juventud, composiciones póstumas y una cuidada selección de aforismos y reflexiones en los que la muerte aparece como el acto de libertad más verdadero que uno puede llevar a cabo. (J.L. Bitton, 2015), (4)

En el romanticismo podemos ver una protesta material contra el mundo abstracto, el romántico cree y busca algo que le dé sentido a la vida y cuando no lo encuentra se desespera. Mariano José de Larra, se descerrajó un tiro en la cabeza en su propio domicilio, cuando tras perder la esperanza de construir una sociedad moderna, más justa y civilizada, recibió un definitivo desengaño amoroso. Fue, sin duda, un desesperado y un desesperanzado, en el sentido que estamos tratando aquí. Larra pasó con este final a ser el símbolo del escritor romántico. Su lucha y rebeldía le llevaron a tan fatal decisión.

Los hiperrealistas adoptan una postura crítica espiritual contra la sociedad actual y se muestran incrédulos ante lo divino y lo humano. Es difícil saber lo que buscaba Édouard Levé (12) al quitarse la vida días después de entregar *Suicidio* a su editor. En la última página de *Autorretrato*, el narrador habla de un amigo que se pegó un tiro en la cabeza, aparentemente sin justificación. *Suicidio* va a versar justamente sobre ese amigo, ese suicidio, y ese mundo perdido y vuelto a encontrar en las infinitas esquinas del recuerdo y la obsesión. El relato está concebido en segunda persona y adquiere desde el principio un aire interrogativo y conjetural. Levé irá enjuiciando el hecho desde diferentes planos del sentimiento y el pensamiento, conformando un retrato muy vivo de su amigo muerto, pero ya pasada la mitad de la narración parece claro que se produce una osmosis entre Levé y el suicida, y que ya es Levé el que está hablando de sí mismo y de su posible muerte. Nos hallamos ante una obra donde lo especulado, lo



deseado y lo temido parecen conformar una única naturaleza, casi un único destino. La vida y la obra de Levé espantan por su simetría, su limpieza, su redondez y su crueldad de samurái. Desde Yukio Mishima, novelista, ensayista, poeta y crítico [japonés](#), considerado uno de los más grandes escritores de Japón del siglo xx, que preparó de forma meticulosa su muerte durante al menos cuatro años y se hizo el harakiri, no se conocía un empeño tan definitivo en hacer de la vida y la muerte una experiencia tan acoplada a una obra. El estilo de Levé nació con este libro escrito en un lenguaje despojado de emociones, que va dibujando una imagen del mundo agobiantemente desnaturalizada, donde la vida significa muerte, pues se supone que sólo muertos podremos "vivir" nuestro propio entierro. Serían, como se ha dicho, "serenamente nihilistas", pero con un nihilismo intelectual desde una postura consciente y libremente adoptada. Donde la prospección de lo que debe ser la vida conduce a una concepción negativa de la misma. Pero también hay otro nihilismo más afectivo, es el de los que sienten que en la vida seguramente hay cosas que valen la pena pero estas no están hechas para él y esto sería lo que llamamos "cansancio de la vida", pero no cansancio de la vida en general sino cansancio de su vida, la que le toca vivir a él.

Así las cosas, el desesperado siente que en la vida hay cosas que valen la pena pero él no puede alcanzarlas, por más esfuerzo que haga; el desesperanzado siente que en la vida nada vale la pena por lo que esperar y el cansado de la vida es el que siente que en la vida hay cosas que valen la pena pero para los demás, no para él. Lo que caracteriza a estos sujetos es la apatía, el desinterés, falta de ilusión por las cosas, no encontrar sentido a la vida, renuncia a proyectos sociales o profesionales, etc. Viven literalmente "un vacío existencial".

BIBLIOGRAFIA

1. Barcia, D. La fatiga mental. Med. Esp, 259:5-15, 1960
2. Barcia, D. "El suicidio como fenómeno humano" en Archivos de Psiquiatría, núm. 63. 135-151, 2000
3. Barcia, D; Pelicier Y. *L'ivresse et la solitude. Une pathologie de la rencontré.* Les ivresses. Colección Psychologie, Editorial: Bordeaux-Le Bouscat: L'esprit du temps, 1994
4. Bitton, Jean Luc. *Jacques Rigaut. Agence Generale du suicide.* Ed. Voix d'encre. 2015



5. Camus, A. *Le Mythe de Sisyphe*. [Éditions Gallimard](#). Paris, 1942
6. Durkheim, Emile. *El suicidio*, Ed, Akal, Madrid. 2012
7. Fernández-Sevillano J, González-Pinto A, Rodríguez-Revuelta J, Alberich S.,González-Blanco, L., Zorrilla I.,Velasco A., López M.P., Abad I, Sáiz, P.A. : [Suicidal behaviour and cognition. A systematic review with special focus on prefrontal deficits](#). Journal Affective Disorders, 278 (488-496), 2021. [accessed Jan 04 2021].
8. Foucault Michel. *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Editorial Planeta. Barcelona, 1985
9. Grande Aguirre Guadalupe De: «*El libro de Lilit*» Ed. Renacimiento – 199
10. Laín Entralgo Pedro. *El cansancio de la vida y la desesperanza*. En Cansancio de la vida. Ed. Karpos, Madrid, 1975
11. Lain Entralgo Pedro. *La espera y la esperanza*. Alianza Editorial. Madrid. 1984
12. Levé Édouard. *Suicidio*. 451 Editores. Madrid, 2010
13. López-Ibor J. J. *Enfermedad, dolor y sufrimiento*. Madrid, Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, 1970
14. Martín Pérez, Vicente. *Conducta suicida. Protocolo de intervención*. International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 2, núm. 1, pp. 233-250, 2016
15. Minkowski E. *Le Temps vecu*. Editorial Presses Universitaires de France Colección Quadrige, Número 0. Paris, julio 2013
16. Ortega y Gasset J *El hombre y la gente*. Obras completas. Tomo VII. Alianza Editorial. Madrid, Primera Edición, 1983
17. Rigaut Jacques. *Le suicidé magnifique* (French Edition). Ed. Gallimard. Versión Kindle.Paris, 2018
18. Rodríguez Sacristán J. *La experiencia de soledad*. Real Academia de Medicina de Sevilla, 1987



19. Sartre J. P. *L'etre et le neant*. Ed. Gallimard, Paris 1943

20. Schneider, K. *Patopsicología clínica*, Paz Montalvo, 1951