

REFLEXIONES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA DESDE LA LOGOTERAPIA

Alejandro ROCAMORA BONILLA

Resumen

En el presente trabajo se parte de una explicación fenomenológica de la conducta suicida, describiendo las distintas formas de presentarse: ideación suicida, crisis suicida, intento autolítico, suicidio frustrado y suicidio consumado.

Seguidamente se reflexiona sobre la lógica del suicidio en la vida cotidiana y se plantea la posible secuencia de algunas vivencias suicidas: desde el vacío existencial, pasando por la desesperación y desesperanza, para finalizar con el suicidio.

Abstract

Reflections on suicidal behaviour from logotherapy

This work starts from a phenomenological explanation of suicidal behavior, describing the various present types: suicidal ideation, suicidal crisis, autolytic attempt, attempted suicide and consummated suicide.

Then we ponder the logic of suicide in everyday life and we consider the possible sequence of some suicide experiences: from the existential vacuum, through despair and hopelessness, to end with the suicide.

Palabras claves: suicidio, vacío existencial, desesperación, desesperanza, logoterapia.

Key words: suicide, existential vacuum, despair, hopelessness, logotherapy.

Introducción

Partimos del hecho de que el suicidio es una vivencia compleja. No tiene límites rígidos. En una orilla está la muerte, pero no podemos señalar donde comienza y donde finaliza el impulso de vida o/y de muer-

te. Surge la pregunta: ¿tiene la misma entidad psicopatológica y existencial el intento de suicidio que el suicidio consumado? Algunos autores dicen que no; otros, sin embargo, afirman que en “una proporción pequeña, pero significativa de gente que intenta el suicidio, el nivel de autodestrucción es virtualmente indistinguible del encontrado en suicidios consumados” (Beck, et al., 1974).

Otros autores, entre los que nos encontramos, señalan que la *ideación suicida*, el *intento de suicidio* y el *suicidio consumado* es un continuum. Ese primer paso de la vivencia autodestructiva es un indicador de la vulnerabilidad del sujeto y de su potencialidad suicida (Adam, 1985). En definitiva, la conducta suicida es una situación (Abadi et al. 1973) de la cual el acto suicida es el emergente, es decir, no es un fenómeno aislado o desgajado de la personalidad y del contexto sociofamiliar, sino que está íntimamente implicado y limitado por los acontecimientos externos e internos de la persona.

Desde este encuadre, podemos afirmar que el suicidio es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte. Es un amplio espectro que va desde la simple ideación sobre la autodestrucción, hasta la decisión firme de morir, el intento frustrado de muerte, o el mismo suicidio consumado. Podemos, pues, definir el suicidio como “la manifestación de no querer vivir, que lleva consigo la disposición a la muerte” (Rojo Sierra, 1971).

El suicidio es una pregunta que lanza el sujeto a su grupo de procedencia. Tiene matices acusatorios, de reproche y sobre todo de falta de comprensión y solidaridad. Es una manera trágica de transmitir la propia soledad dentro del grupo. Es también una llamada de socorro para intentar restablecer una comunicación más sana y más productiva. El suicidio consumado es una pregunta que nunca tendrá respuesta clarificadora absoluta en los otros.

Algunos datos estadísticos

Según la OMS (2014, p. 18), pese a que el registro de suicidios es un procesamiento complicado, podemos constatar los siguientes datos a nivel mundial:

- En el 2012 se registraron en el mundo 804.000 muertes por suicidio, lo que representa un 11,4 por 100.000 habitantes (La proporción de hombres es mayor que la de las mujeres, con una tasa de 15 frente a 8).

- En los países ricos se suicidan tres veces mas hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre/mujer es mucho menor, un 1,5 hombres por cada mujer.
- A nivel mundial los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre los hombres y un 71% entre las mujeres.
- Medios utilizados: plaguicidas, ahorcamiento y armas de fuego.
- Entre los jóvenes de 15 a 29 años de edad el suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial.
- De los 172 Estados miembros de la OMS para los cuales se hicieron estadísticas, solo 60 tienen datos de registro civil de buena calidad.

En cuanto a España y según el INE (2013), resaltamos:

- Los fallecidos por suicidio aumentaron un 9% (sobre 2012) y un 22% (sobre 2010).
- Tasa de suicidio 8 por 100.000 habitantes. La tasa más alta desde 2005.
- Junio es el mes donde se producen más suicidios
- 10 personas se suicidan al día en España
- Medios más empleados: ahorcamiento, salto al vacío y sobredosis de fármacos.

Respecto a su incidencia por sexo, recogemos los datos de los últimos años en la Tabla 1.

Tabla 1. Suicidios en España según sexo para el periodo 2010-2013.

Sexo	2010	2011	2012	2013
Hombres	2.453	2.435	2.724	2.911
Mujeres	686	745	815	959
Total	3.139	3.180	3.539	3.870

Datos del INE, 2013.

Concepto

Como he dicho en otro lugar (Rocamora, 2012, p. 58) la conducta suicida es un fenómeno complejo, con implicaciones existenciales, psicopatológicas, sociales e incluso morales. Es difícil de definir y de delimitar.

La OMS (1986) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. Además, señala que dos son los elementos que lo integran: el criterio autoinfligido y el criterio de propósito o de muerte. Es decir, todo acto suicida se compone de una acción violenta contra sí mismo (fármacos, cortes, precipitación al vacío, etc.) y además realizada con una finalidad de muerte (excepto en el gesto suicida o parasuicidio). La combinación de estos dos aspectos, su ausencia o presencia, pueden determinar las diferentes formas de presentarse la conducta suicida.

Describiremos las más significativas (Rocamora, 2012, p. 61-62):

- **Ideas suicidas:** la idea de autodestrucción impregna toda la entrevista. Se contempla el suicidio como “solución real” a su problemática. Evidentemente no existe ningún daño físico contra sí mismo. Son pensamientos recurrentes sobre la intencionalidad de producirse la muerte. Pueden estar acompañados con fantasías del propio suicidio (ahorcamiento, ingesta de fármacos, etc.). Es un método indeterminado que contempla la muerte como posible pero todavía alejada del hecho en sí. No existe pues planificación del acto suicida (cuándo, dónde, ni tampoco el método a emplear).

- **Crisis suicida:** implica un paso adelante en la consumación del acto suicida. La idea suicida ya ha tomado cuerpo, y se contempla la muerte como una “salida posible” a la situación conflictiva. Es un estado psíquico en el que predominan y se activan los impulsos de muerte. En la crisis suicida la persona comienza a dar respuestas a estas tres preguntas: *¿cómo* me voy a suicidar?, *¿dónde* me voy a suicidar?, *¿cuándo* me voy a suicidar? Cuanto más concretas sean las respuestas a esas preguntas existirá mayor riesgo suicida. El plan suicida es factible.

- **Gesto suicida o parasuicidio:** es el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o lesión de alguna función y/o parte de su cuerpo, *sin la intención aparente de matarse*. Incluimos en esta definición las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y las autoquemaduras. La finalidad, pues, no es la muerte, sino conseguir algo a cambio: más cariño, un empleo, que no se rompa la pareja, etc. Entre los factores de riesgo de este tipo de conductas podemos señalar las siguientes: frecuencia de problemas familiares, personales o laborales de varios meses de presentación y que el sujeto no sabe manejar de forma sana, ausencia de vínculos adecuados y conflictos infantiles (malos tratos, suicidios de familiares, etc.) que

no se han podido elaborar. El intervalo de edad es entre 20-30 años y con mayor incidencia en las mujeres (2 a 1).

- **Tentativa de suicidio o intento autolítico:** es toda conducta que *busca la propia muerte*, pero no se emplean los medios adecuados. Es un comportamiento que puede fallar por múltiples causas: por no tener una firme decisión de hacerlo, por los instrumentos blandos empleados, por el desconocimiento de la ineficacia de los medios, etc. Existe, pues, el *propósito de muerte* pero el *criterio autoinfligido* no es el correcto.

- **Suicidio frustrado:** es un tipo de tentativa de suicidio en el cual dada la seriedad de la intención y la eficacia de los medios empleados no se ha logrado la muerte por fallar en su ejecución o por un imprevisto.

- **Suicidio consumado:** la autodestrucción ha llegado hasta la muerte del sujeto.

Últimamente la OMS (2014, p. 16) reduce la conducta suicida a tres categorías: suicidio, intento de suicidio y comportamiento suicida. He aquí sus definiciones:

- Suicidio: “el acto de matarse deliberadamente”.

- Intento de suicidio: “todo comportamiento suicida que no cause la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado letal”.

- Comportamiento suicida: “se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho”.

El suicidio en la vida cotidiana

En los casi cuarenta años, en el ejercicio de mi profesión como psiquiatra, siempre he sentido un raro escalofrío, cuando algún consultante me ha dicho: “doctor, no deseo vivir”; o de forma más contundente: “veo que mi única salida es la muerte”.

Excluyendo a las grandes patologías psiquiátricas que son proclives al suicidio (depresión, alcoholismo, trastorno bipolar y esquizofrenia), hoy vamos a reflexionar sobre las personas con comportamientos suicidas que van junto a nosotros en el autobús o acuden al mismo puesto de trabajo.

Es cierto que aproximadamente el 90% de los sujetos que realizan un suicidio tienen un diagnóstico psiquiátrico o se les etiqueta a posteriori.

Pero lo sorprendente es ese resto de 10%, de personas “normales”. Según algunos autores entre un 10% a un 15% de la población ha tenido en alguna ocasión una vivencia suicida. Nuestra reflexión se centrará en esta minoría.

Ruptura, pérdida, vacío y soledad son algunos de los ingredientes que intervienen en todo impulso suicida. Al menos en los comportamientos suicidas de la vida cotidiana, es decir, en aquellas personas que no tienen ningún rótulo, ni diagnóstico psiquiátrico. Lo que subyace en todos ellos es su incapacidad para modificar su medio, los acontecimientos o su dificultad para asumir los hechos que parecen irremediables. En definitiva, se sienten con dificultad para encontrar el sentido de/en sus vidas.

Lo cierto es que nadie quiere morir. La muerte es absurda para todo ser viviente. Desde nuestro *deseo de omnipotencia*, el hombre siente el impulso de permanencia, de no morir. Mas para algunas personas, la muerte cobra sentido.

La lógica del suicidio

La filosofía se ha preguntado insistentemente sobre la legitimidad de la conducta suicida. Es evidente, que esto poco importa al que ha decidido suicidarse, pero será conveniente repasar brevemente esas posiciones.

Se puede sintetizar diciendo que existen dos grandes posturas: los que plantean la ilegitimidad del suicidio por razones religiosas o seculares y los que defiende el acto suicida (Cohen Agrest, 2007, p. 79). Entre los primeros está San Agustín que hace una condena religiosa del suicidio porque viola el quinto mandamiento (No matarás) y la imposibilidad de arrepentimiento; el suicidio como falta de nuestros deberes para con Dios, y por último, es condenable el suicidio pues la vida es un don de Dios y solamente él puede disponer de nuestra existencia.

Entre las razones seculares para no defender la conducta suicida, se proponen varios argumentos: el suicidio es un acto contrario al instinto de conservación, en segundo lugar, toda persona tiene deberes para con la sociedad y su familia, y un tercer grupo de argumentos se centran en seña-

lar el valor intrínseco de la vida humana y consiguientemente el suicidio sería un acto de cobardía.

Por el contrario, los defensores del suicidio enfatizan que el derecho a la autodestrucción se basa en la libertad individual del ser humano y se pone como ejemplo los suicidios por honor.

Independientemente de la defensa o condena del acto suicida nuestra reflexión teórica sobre el suicidio nos puede llevar a preguntarnos: ¿cómo explicar que una persona muera por su propia mano? ¿la conducta suicida puede tener alguna justificación desde la psicología? Y por último, ¿tiene sentido el sinsentido del suicidio?

Partimos de un pensamiento que compartimos plenamente con Camus cuando afirma: “no hay mas que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no la pena de vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía. Lo demás no tiene ninguna importancia”. (Camus, 1994, p. 5). Y podemos añadir que no solamente es un problema filosófico sino también existencial, moral y clínico. ¿Cuál es pues la lógica del suicidio?

La vivencia suicida es más un sentimiento que un cúmulo de razones para morir y sabemos que los sentimientos tienen otra lógica. Como dice algún autor, los sentimientos son como los sacacorchos con muchas vueltas y revueltas. Además, la vivencia suicida es personal e intransferible. Por eso conocemos mucho de estadística (edad, sexo, factores de riesgo, estado civil de quienes se suicidan, etc.) pero poco sabemos lo que siente Antonio ante su diagnóstico de muerte, o Felisa ante la muerte de su hijo, por poner solo dos ejemplos.

Reflexionamos, pues, sobre algo que nos es ajeno y a veces extraño, y aunque formulemos hipótesis sobre lo ocurrido siempre estaremos en otra dimensión. Es evidente que la vivencia suicida es compleja (tiene muchas caras e intersecciones de motivos y sentimientos), por esto es difícil de comprender, pero la dificultad profunda es porque estamos en el plano de la vida, no de la muerte. Es decir, intentamos comprender desde *nuestro círculo de vida* a una persona que está *en el círculo de la muerte*. “El suicidio- dice Álvarez, 2003, p. 133 - es un círculo cerrado de una

lógica propia e irresistible”. Y mas adelante afirma: “la lógica del suicidio, pues, no es racional en el antiguo sentido estoico... En la medida que el suicidio es lógico también es irreal: demasiado simple, demasiado convincente, demasiado total, como uno de esos sistemas paranoicos... que los locos inventan para explicar el universo. La lógica del suicidio es diferente. Es como la irrefutable lógica de la pesadilla, o como la fantasía científica de verse súbitamente proyectado a otra dimensión: todo cobra sentido y sigue reglas estrictas; pero al mismo tiempo es diferente, está pervertido, cabeza abajo”.

El suicidio, como los sueños, tiene una lógica propia, no es racional, sino consecuente con estar en otra dimensión. La persona con comportamientos suicidas se sitúa en un círculo hermético (otros autores lo han llamado *la lógica suicida* o *mente suicida*) que cualquier acontecimiento por simple que parezca (conflicto con la pareja, pérdida de trabajo, etc.) le puede precipitar al abismo de la muerte. Lo importante, pues, no es el factor desencadenante sino la situación que vive la persona. Y aunque la suicidología nos habla de factores desencadenantes, de depresión endógena, etc. siempre nos faltará encontrar lo nuclear del problema.

El propio Camus (1994, p. 6) afirma que “muchas son las causas para un suicidio, y, de una manera general, las más aparentes no han sido las más eficaces. La gente se suicida rara vez (sin embargo, no se excluye la hipótesis) por reflexión. Lo que desencadena la crisis es casi siempre incontrolable. Los diarios hablan con frecuencia de “penas íntimas” o de “enfermedad incurable”. Son explicaciones válidas. Pero habría que saber si ese mismo día un amigo del desesperado no le habló con un tono indiferente. Este sería el culpable pues tal cosa puede bastar para precipitar todos los rencores y todos los cansancios todavía en suspenso”.

A este respecto afirma Jean Amery (1999, p. 19): “La suicidología tiene razón. Sólo que sus afirmaciones están vacías de significado para el suicida o suicidario, ya que lo fundamental para ellos es la absoluta singularidad de la situación, la situación *vécue*, que nunca es absolutamente comunicable, de forma que cada vez que alguien muere por su propia mano, o intenta morir, cae un velo que nadie volverá a levantar, que quizás, en el mejor de los casos, podrá ser iluminado con suficiente nitidez como para que el ojo reconozca sólo una imagen huidiza”.

Por todo esto, la gran pregunta que nos tenemos que hacer no es, ¿Vd. por qué quiere suicidarse? (el motivo puede ser objetivamente baladí) sino ¿Vd. por qué no se suicida?, para descubrir si el sujeto se encuentra en el *círculo de la vida* o en el *círculo de la muerte*. Si los motivos para vivir son débiles o no existen, podremos asegurar que el riesgo de muerte es alto. V. Frankl (2003, p. 38) dice a este respecto: “la vida está potencialmente llena de sentido en cualquier situación, sea agradable, placentera o miserable...el sentido es accesible a cada uno, independientemente del sexo, edad, cociente intelectual, antecedentes educacionales, estructura de carácter y medio ambiente, independientemente si uno es religioso o no, y en caso de ser religioso, independientemente de la confesión a la que uno pertenezca”. Y en otro lugar V. Frankl, (1980a, p. 113) afirma: “También el suicida cree en un sentido, si no de la vida, de la prolongación de la vida, sí al menos en un sentido de la muerte. Si ya no creyera en ningún sentido, no podría ni tan siquiera mover un dedo y tampoco se suicidaría”.

De aquí, que cuando la familia del que se ha suicidado se pregunta ¿por qué lo ha hecho? Es una pregunta que nunca tendrá una respuesta. Nos podremos aproximar a los sentimientos del suicida pero nunca podremos descifrar su sentimiento más profundo, que le llevó a la muerte. Jean Amery (1999, p. 82) nos dice: “La muerte voluntaria es mucho más que un puro acto de autoaniquilación. Es un largo proceso de inclinarse hacia abajo, de acercamiento a la tierra, una suma de muchas humillaciones que no pueden ser asumidas por la dignidad y la humanidad del suicidario... es una progresión sobre un camino que quizás ya estaba trazado, quién sabe, desde el principio”.

No obstante, Álvarez (2003, p. 42) relata algunos motivos que presumiblemente pueden estar en el corazón del suicida: a) el suicida quiere alcanzar una calma y un dominio que en su existencia no ha encontrado nunca; b) se puede quitar la vida no para morir sino para huir de la confusión; c) para algunas personas solo tener la idea de suicidio en la recámara les basta para seguir viviendo; d) otros no asumen la idea de suicidio pero se matan lentamente. Es el *suicidio crónico* descrito por Meninger (alcohólicos, drogodependientes, etc.) y por último, lo opuesto es el suicidio impulsivo, que si se recuperan se avergüenza de su conducta.

Psicogénesis de la vivencia suicida

Con la OMS (2014, p. 15) podemos afirmar que “ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida una persona; el comportamiento suicida es un fenómeno complejo que se ve afectado por varios factores interrelacionales: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales”. Sin olvidar, que posiblemente el acto suicida es una de las conductas más personales. Cuando uno muere *por su propia mano* es un acto singular e intransferible.

La vivencia suicida, pues, es multifactorial. Además, en la mayoría de los casos, presupone un proceso que va desde el vacío existencial hasta el acto suicida. En este multicolor mapa que es la vivencia suicida, las distintas teorías psicológicas han dado su explicación: la teoría cognitiva lo sitúa en *una rigidez mental*; el psicoanálisis lo explica por el desequilibrio entre el eros y el thanatos y la logoterapia pone el acento en la ausencia de sentido, que se manifiesta por la desesperanza. Así, pues, en una visión diacrónica de la vivencia suicida podemos señalar varios estadios: el vacío existencial, la desesperación y la desesperanza. Este camino es el recorrido fundamentalmente por las personas que padecen una neurosis noógena, aunque no necesariamente están abocadas al suicidio, como después veremos.

a) Vacío existencial

Lukas (2006, p. 27) siguiendo la teoría de Stanislav Kratochvil divide a los hombres, que ya han encontrado una orientación axiológica en sus vidas, en dos grandes grupos: los que tienen una orientación axiológica piramidal y los que se sustentan en una orientación axiológica paralela. Los primeros están absorbidos sólo por el trabajo o solo por la familia o por un solo proyecto en sus vidas. Es decir, han construido su existencia sobre un solo pilar: el trabajo, la familia, el dinero, la fama, etc. Por el contrario, las personas que se apoyan en una orientación axiológica paralela viven con la misma intensidad a la familia, el trabajo, la fama, etc. y concluye Lukas (2006, p. 29) “las personas con una orientación axiológica paralela son psíquicamente más sanas y estables que las personas con un sistema axiológico piramidal”. Y esto por dos razones: en el sistema axio-

lógico piramidal si se destruye el valor único y supremo se viene abajo toda la concepción de la vida, y en segundo lugar, estas personas son fácilmente fanáticas e intransigentes con los que piensan diferente y por lo tanto los excluyen de sus vidas. Cuando esto ocurre se produce el vacío existencial, que es consecuencia de la falta de sentido en la vida.

En palabras de V. Frankl (1982, p. 22): “el hecho fundamental de que el hombre apunte más allá de sí mismo hacia un sentido que primeramente debe descubrir y cuya plenitud debe lograr, suelo describirlo con el concepto de la teoría de la motivación como una voluntad de sentido”. Refiere varias investigaciones por las que se comprueba la relación directa entre la voluntad de sentido y la salud mental de la persona.

Así, pues, la voluntad de sentido es la tensión a la que está sometido todo ser humano para lograr dar significado a su vida y de esta forma lograr la felicidad. Cuanto más *sentido* encontremos a las vivencias, sean cotidianas o límites, más posibilidades tendremos de ser felices. Si esto no se consigue, podemos experimentar el vacío existencial que nos puede llevar a la autodestrucción. Por esto V. Frankl insiste en que el hombre no debe buscar la felicidad sino el sentido de su vida y por añadidura conseguirá la felicidad. El fundamento, pues, de la logoterapia es la voluntad de sentido, como para el psicoanálisis es la voluntad de placer y para Adler la voluntad de poder. En otro documento V. Frankl (1980a, p. 88) insiste en esta misma idea: “Hay autores que llegan incluso a afirmar que los suicidios deben atribuirse, en último instancia a aquel vacío interior que responde a la frustración existencial”. Y esto es así, pues el ser humano no puede vivir durante mucho tiempo en el vacío existencial, pues el estancamiento en este estado puede llevar a la desesperación y eventualmente al suicidio (Rollo May, 1990, p. 19).

Viktor Frankl (1980a, p. 19) parte de una crítica a las teorías de Freud (frustración sexual) y de Adler (complejo de inferioridad) para explicar el origen de la enfermedad mental defendiendo un análisis dimensional y situando en éste la participación del sentimiento de vacío, que a veces puede ser preponderante. En esta última línea se sitúa Rollo May (1990, p. 11) cuando afirma que “el problema capital de las personas a estas alturas del siglo XX, es la vaciedad. Con esto quiero significar no sólo que muchas personas no saben lo que desean, sino que a menudo no tienen ideas claras de lo que sienten”. Esta realidad en otro lugar lo identifica con “la pérdida de sentido de significación”.

Frankl (1980a, p. 87) concluye: “No existe, pues, sólo la frustración sexual, la frustración del instinto sexual, o dicho en términos generales, de la voluntad de placer, sino que se da también lo que en logoterapia llamamos frustración existencial, es decir, un sentimiento de falta de sentido de la propia existencia. Este complejo de vacuidad alcanza hoy un rasgo superior al complejo de inferioridad por lo que se refiere a las enfermedades neuróticas. El hombre actual no sufre tanto bajo el sentimiento de que tiene menos valor que otros, sino más bien bajo el sentimiento de que su existencia no tiene sentido. Esta frustración existencial es patógena, es decir, puede ser causa de enfermedades psíquicas, con la misma frecuencia al menos que la tantas veces demostrada frustración sexual”.

Respecto a la génesis de este vacío existencial Viktor Frankl (1980a, p. 11) responde que “contrariamente al animal, el hombre carece de instintos que le digan lo que tiene que hacer y, a diferencia de los hombres del pasado, el hombre actual ya no tiene tradiciones que le digan lo que debe ser. Entonces, ignorando lo que tiene que hacer e ignorando también lo que debe ser, parece que muchas veces ya no sabe lo que quiere en el fondo. Y entonces solo quiere lo que los demás hacen (¡conformismo!), o bien, solo hace lo que los otros quieren, lo que quieren de él (totalitarismo)”. La consecuencia de este complejo de vacuidad es triple: conformismo, totalitarismo y las neurosis noógenas (Frankl, 1980a, p. 103). Y en otro lugar añade (Frankl, 1980a, p. 134) que también es “el fundamento del auge generalizado de fenómenos tales como la agresividad, la criminalidad, el consumo de drogas y los suicidios, concretamente entre la juventud universitaria”.

En cuanto a las formas clínicas, en que puede aparecer la frustración existencial, señala V. Frankl (1980a, p. 88) que se encuentran, entre otras: neurosis del paro laboral o la jubilación y las neurosis domingueras y en ocasiones se puede esconder tras la máscara de la hiperactividad, el consumo de alcohol, el juego o el ritmo acelerado de la vida. Incluso las *reacciones sexuales neuróticas* y la agresividad podrían explicarse por este sentimiento de vacuidad.

b) Desesperación

El tránsito del vacío existencial a la desesperación es como dar un paso adelante hacia el abismo del suicidio. El desesperado (Laín Entralgo, 1978) no ama la vida, pero al menos, de forma inconsciente, siente que

aún es posible la felicidad. El desesperado aún espera; siente que puede esperar, aunque no sepa el objeto de su esperanza.

Y esto es así, pues el hombre por su propia naturaleza tiende hacia algo, necesita de un proyecto para vivir. En definitiva, dice Marías (1978) el hombre necesita que el arco de su vida esté siempre tenso; sin proyectos es imposible la vida.

Para V. Frankl (1992, p. 252) “hay que tener presente que toda desesperación es, en última instancia una idolatrización, una absolutización de un solo valor”. Y en otro lugar (Frankl, 1987, 279) dice: “solo puede estar desesperado alguien que ha endiosado algo, que pone algo por encima de todo. Esto significa que la única posibilidad de inmunizarse contra la desesperación es anteponer a todo lo demás la tarea de conservar la vida bajo cualquier condición y circunstancia”. Y un poco mas adelante sentencia: “la sobrevaloración, el endiosamiento -raíz de la desesperación- rebasa la vida y alcanza la doctrina, la teoría, la filosofía; el endiosamiento acarrea la desesperación, no solo en la esfera personal, sino también en la esfera real”. El mismo autor pone un ejemplo: una mujer soltera y sin hijos se puede desesperar si su único sentido en la vida es casarse y tener hijos. De aquí la importancia que no tengamos un sistema piramidal de valores, sino que el abanico de valores sea lo más amplio posible. De esta manera será más difícil caer en la desesperación, pues un valor puede sustituir a otro.

No obstante, Lukas (2006, p. 35) afirma que “la desesperación no se debe necesariamente al derrumbamiento fatal de un valor supremo: también cuando la búsqueda de sentido acaba en un vacío de sentido se produce la desesperación”. Y Lukas (2006) cita más adelante una frase de Einstein: “Quien considera su vida carente de sentido no es solo desgraciado, sino incluso casi incapaz de vivir”.

Esta desesperación, por aparente falta de sentido, es humana, pero no patológica. En otro lugar V. Frankl señala que la desesperación puede estar presente en el fracaso pero también en el éxito de la persona, al igual que la plenitud de sentido no es ajena al éxito, pero tampoco al fracaso (Frankl, 1980a, p. 95 y Frankl, 2003, p. 111). Es decir, la persona puede estar desesperada incluso en los momentos de mayor éxito en su vida; lo mismo que su plenitud de sentido puede convivir con un estado terminal.

Viktor Frankl (1980b, p. 78) concluye: “tenemos que aprender por nosotros mismos y, después, enseñar a los desesperados que en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros... Vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo”.

c) *Desesperanza*

Pero el gran riesgo de la desesperación es que termine en la desesperanza, que según Lain Entralgo (1962, p. 572) es un hábito adquirido consistente en desconfiar de manera mas o menos extrema de conseguir lo que se espera.

Este mismo autor (Lain Entralgo, 1962, p. 572) define la esperanza como “un hábito de la segunda naturaleza del hombre (es adquirido), por obra del cual éste confía de modo más o menos firme en la realización de las posibilidades de ser que pide y brinda su espera vital”. Nunca es total y absoluta y por lo tanto nunca existe una *seguridad positiva* de lograr lo que se espera.

De esta manera se puede cerrar el círculo vicioso: vacío existencial-desesperación-desesperanza-suicidio. Y surge la angustiada exclamación del presuicida: *dame un sólo motivo y seguiré viviendo*. Pero también, otra opción es que ese *círculo de la muerte* se convierta en una *espiral de la vida*, que finaliza no en el suicidio, sino en la posibilidad de seguir viviendo, al encontrar sentido a ese vacío existencial.

El proyecto existencial es una pregunta que se contesta con la vida. Pero necesitamos ese proyecto; necesitamos la pregunta para que surja la respuesta. Necesitamos una meta, para comenzar a andar. Sin proyecto caminamos hacia la nada, hacia la muerte.

El presuicida carece de objetivo que le lance a la vida. Y no nos referimos a los planes parciales, puntuales, inmediatos (un viaje, aprobar un examen, etc.) sino a ese proyecto que envuelve a toda la persona, que supone un llegar-a-ser en toda su totalidad. No obstante, a veces, esas *pequeñas metas* parciales toman categoría de absolutos y son capaces de neutralizar la idea de autodestrucción.

Ante todo debemos decir que el vacío existencial, en sentido estricto, no es una enfermedad, ni un cuadro psicopatológico, sino un radical humano, es decir un componente esencial de la existencia humana.

Siguiendo el pensamiento de la logoterapia podemos señalar en el ser humano tres dimensiones básicas: dimensión biológica, dimensión psicológica, y dimensión espiritual.

Desde esta dimensión espiritual de la persona podemos considerar dos problemas básicos: la frustración existencial y las situaciones-límites (Madrid, 2005, p. 64). La primera está determinada por conductas que se pueden formular de la siguiente manera: *me siento vacío, para qué seguir viviendo, mi vida no tiene sentido*, etc. Su forma más frecuente de expresarse es a través de conductas adictivas, la pasividad y el aburrimiento, el estrés o la propia conducta suicida. La situación límite “es una situación dolorosa, intensa e irreversible, que está fuera del control del que la padece, y por tanto, éste no puede evitar que se produzca”. Entre las más significativas podemos señalar: la muerte, la libertad, el aislamiento existencial y la falta de sentido vital, que puede aparecer cuando surgen las enfermedades graves, la locura, el suicidio de un familiar, la muerte de un niño, hijos con graves incapacidades o situaciones traumáticas en la infancia.

En sentido objetivo, el término *esperanza* indica siempre perspectivas o posibilidades favorables. Así el parado espera un trabajo, el enfermo espera la salud, los padres de familia esperan llegar a fin de mes. Hasta la acción más trivial de la vida cotidiana está impregnada de este sentimiento: el viajero espera llegar a su destino, el profesional espera desarrollar bien su trabajo, por ejemplo.

Esperar significa considerar que tal situación es pasajera, mejorable o transformadora, a través de una actitud optimista y luchadora, y creyendo en nuestros propios recursos. Esperar, en definitiva, implica creer en el futuro como algo más sano y positivo. Así pues, esperar es como un proceso de liberación de pasar del *menos* al *más*, del sufrimiento a la felicidad. Pero estas fuerzas están en nosotros mismos. Hace falta descubrirlas para no caer en la desesperanza. Pues, la esperanza es una espera activa que dinamiza a la persona.

En este estadio el sujeto tiene dos caminos: o encuentra el sentido en la muerte o encuentra el sentido en la vida. La primera opción desemboca en el suicidio y en la segunda, la persona desde su desesperanza es capaz de agarrarse a la vida y encontrar sentido a su existencia.

Para ilustrar el valor de la esperanza relatamos el experimento que hizo el Profesor Rudolf Bilz (1967) con ratas en su laboratorio. Sabemos que las ratas pueden aguantar en el agua nadando durante unas 80 horas. El experimento tenía tres partes:

1. Si ponemos a una rata en un cubo con agua no aguanta mas de 15 minutos, ya que al comprobar que las paredes son lisas no tiene *ninguna esperanza* de salvarse.
2. No obstante, si a los diez minutos de estar la rata en el cubo le tiramos un trozo de madera, entonces sí que puede aguantar hasta 80 horas en el cubo sin ahogarse.
3. Si a esa misma rata se le pone nuevamente en el cubo con agua y no se le tira la madera puede, no obstante, aguantar también las 80 horas, pues... *espera* la madera salvadora.

El suicidio visto desde la logoterapia

V. Frankl (1978, p. 95) se pone en la piel de la persona que quiere suicidarse y hace mención al concepto de *suicidio balance*, descrito por Shneider (1952), pero cuestionando que un balance valorativo de la vida pudiera conducir al suicidio, ya que el autor duda que alguna vez ese balance sea tan negativo “que necesariamente haya de considerarse carente de todo significado el seguir viviendo”. También V. Frankl (en el mismo lugar) critica la legitimidad del suicidio afirmando que “Bastaría con que uno solo entre los muchos que intentan suicidarse convencidos de que se encuentran en una situación sin salida no tuviera, a la postre, razón: con que solo uno de estos desdichados, al salvar su vida, encontrase más tarde la salida en que no creía antes para condenar como ilegítima toda tentativa de suicidio”.

Resumo los pensamientos más significativos de V. Frankl (1978, pp. 95-97) respecto al suicidio:

- Toda vida tiene incondicionalmente un sentido.
- El cansancio de la vida (causa del suicidio) es un sentimiento y los sentimientos no son argumentos para tomar una alternativa tan definitiva como el suicidio.
- El suicidio no resuelve ningún problema.
- El suicidio no tiene nunca una justificación normal (ni siquiera el suicidio expiatorio).
- El suicida actúa como el jugador de ajedrez, que ante una situación difícil, derriba las figuras. No soluciona el problema, ni tampoco gana la partida.

- Se debe convencer al suicida para que pueda seguir viviendo aunque no tenga lo que desea.
- El suicida, “debe considerar, en buena parte, como el sentido de su propia vida el sobreponerse interiormente a su desventura fortaleciéndose en ella y mostrándose a la altura de su destino, aunque algo falle”.
- “Quien dispone de un porqué para vivir es capaz de soportar casi cualquier cómo” (Nietzsche).
- Si tenemos una misión que cumplir, seguiremos viviendo.
- No todo suicidio es patológico (Frankl, 1992, p. 208).

La logoterapia se diferencia de la psicoterapia tradicional, pues ésta está preocupada en buscar los motivos por los que la persona dice *no* a la vida, y sin embargo, la logoterapia se preocupa de buscar un *sí* a la vida a pesar de la adversidad (Lukas, 2006, p. 40) .

V. Frankl (1992, p. 98) describe que el comportamiento suicida tiene esta secuencia: idea suicida, intencionalidad suicida y acto suicida. Para el autor es fundamental que el logoterapeuta descubra si la persona tiene intencionalidad suicida, pues en tal caso habría que tomar medidas drásticas: internamiento o en su caso no dar de alta a una persona que ha ido a urgencia hospitalaria por un intento de suicidio.

He aquí el método para explorar la intencionalidad suicida: se comienza por preguntar al enfermo si todavía tiene intención de suicidarse. Si lo niega (y para clarificar si está disimulando) se le hace la siguiente pregunta: ¿por qué (ya) no quiere suicidarse? Si verdaderamente no tiene intención de suicidarse rápidamente nos dará diversas razones: la familia, sus creencias, etc., si no lo tiene claro aparecerá la duda y la confusión. En este último supuesto el logoterapeuta deberá tomar las medidas oportunas para evitar el suicidio.

Conclusiones

1. La vivencia suicida es un fenómeno complejo, con implicaciones existenciales, psicopatológicas, sociales e incluso morales. Es difícil de definir y delimitar.
2. El suicida tiene una lógica propia (la lógica de la muerte) por lo que es difícil de comprender desde la posición del terapeuta (lógica de la vida).

3. La psicogénesis de la vivencia suicida se concretiza en las siguientes posiciones: *vacío existencial* que conduce a la *desesperación*, antesala de la *desesperanza*, y ésta puede finalizar en el *suicidio*.
4. Desde la logoterapia se considera que el suicidio no es una patología y siempre la persona puede encontrar un sentido a su vida y así evitar la muerte.
5. Según V. Frankl el comportamiento suicida tiene esta secuencia: ideación suicida, intencionalidad suicida y acto suicida.
6. En la intervención logoterapéutica debemos preguntar no por las razones que han llevado al comportamiento suicida, sino por las razones que tiene para no suicidarse.
7. La logoterapia no se preocupa exclusivamente del síntoma (modelo biológico), ni de cambiar la conducta (modelo conductista), ni de modificar nuestras ideas irracionales (modelo cognitivo), ni tampoco buscar el origen inconsciente del conflicto (modelo psicoanalítico), ni siquiera solo se centra en la persona (modelo humanista), sino que pretende buscar un por qué para vivir.

Alejandro ROCAMORA BONILLA, es psiquiatra. Ha trabajado en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y como Profesor en la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid). Es Profesor del Centro de Humanización de la Salud (CEHS) y Socio Fundador de la Sociedad Española de Suicidología.

Referencias

- Abadi, M., Garma, A., Garma, E., Gazzano, A.J.A., Rolla, E.H. y Yampey, N. (1973). *La fascinación de la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Adam, K.S. (1985). Attempted Suicid. *Psychiatric Clinics of North America*, 8 (2), 183-201.
- Alvarez, A. (2003). *El dios salvaje. El duro oficio de vivir*. Barcelona: Planeta.
- Beck, A.T., Schuyler, D. y Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. En A.T. Beck et al. (Eds.), *The Prediction of suicide* (pp. 45-46). Bowie, Maryland, USA: Charles Press.

Bilz, R. (1967). *El experimento de la esperanza*. Descargado el 01/10/2015 de: www.neurologia.tv/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/

Camus, A. (1994). *El mito de Sísifo*. Buenos aires: Losada.

Cohen Agrest, D. (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica

Frankl, V. (1978). *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica (Original de 1950).

Frankl, V. (1980a). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1980b). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1982). *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Barcelona: Herder, 2002.

Frankl, V. (1987). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (2003). *La idea psicológica del hombre*. Madrid: Rialp.

INE. (2013). *Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2013*. Descargado el 01/10/2015 de: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>.

Jean Amery (1999). *Levantarse la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. Valencia: Pre-textos.

Laín Entralgo, P. (1962). *La espera y la esperanza*. Madrid: Revista de Occidente (3ª edición).

Laín Entralgo, P. (1978). Cansancio de la vida y desesperanza. En J. Rof Carballo, *El cansancio de la vida* (pp. 250-262). Madrid: Karpos.

Lukas, E. (2006). *También tu vida tiene sentido*. México: LAG.

Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Mariás, J. (1978). Cansancio de la vida como crisis de los proyectos. En J. Rof Carballo, *El cansancio de la vida* (pp. 150-163). Madrid: Karpos.

May, R. (1990). *El hombre en busca de si mismo*. Buenos Aires: Central.

OMS (1986). *Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide*. Descargado el 01/10/2015 de: [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017\(S\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017(S).pdf).

OMS (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Descargado el 01/10/2015 de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf

Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Rojo Sierra, M. (1971). “Consideraciones en torno al suicidio en su interés psiquiátrico”. *Folia Neuropsiquiátrica*, 6, 89-122.