

Comentarios elogiosos previos a la publicación de
Desde el octavo piso

“*Desde el octavo piso* es un libro valioso e intenso. Es una fuente de esperanza para quienes carecen de ella y brinda sugerencias prácticas y claras a individuos y familias que sufren el embate de la desesperación suicida. Definitivamente, recomiendo la lectura de este libro”.

—*Kay Redfield Jamison, Ph.D., profesor de psiquiatría de la Facultad de Medicina Johns Hopkins (Johns Hopkins School of Medicine) y autor de An Unquiet Mind*

“Para los que fuimos absorbidos mar adentro por la corriente de la depresión, *Desde el octavo piso* es una cuerda de salvación, un salvavidas con el que podemos iniciar nuestro regreso a la costa”.

—*Brent Runyon, autor de Burn Journals*

“Intercalando en el texto relatos de su conmovedora experiencia personal con el suicidio, Lezine ofrece información y esperanza a otras personas que pueden estar pensando en poner fin a sus vidas”.

—*Bev Cobain, autora de When Nothing Matters Anymore: A Survival Guide for Depressed Teens y Dying to Be Free: A Healing Guide for Families after a Suicide*

“*Desde el octavo piso* es un sincero relato sobre las ilusiones y las pruebas de la vida. Con una narrativa atrapante, es perfecto para aquellos adolescentes que tal vez se sientan solos o perdidos. La apasionante historia de DeQuincy Lezine, colmada de hechos y recursos, incluye una adolescencia teñida de depresión y una crónica de la recuperación. Nos permite entrar a su mundo y nos demuestra que no estamos solos. A través de una visión honesta de su vida y sus experiencias, Lezine enseña a los adolescentes a elegir la esperanza como alternativa al suicidio”.

—*Alison K. Malmon, fundadora y directora ejecutiva, Active Minds, Inc.*

“*Desde el octavo piso* es un libro práctico, útil y fascinante que debiera estar presente en la biblioteca de todas las escuelas secundarias y de todos los terapeutas. Lezine y Brent abordaron el complejo y multifacético problema del suicidio utilizando ejemplos y palabras de gran valor para todos. *Desde el octavo piso* aclara la confusión que rodea al suicidio, brinda respuestas a preguntas formuladas por una gran cantidad de personas y arroja luz sobre los aspectos prácticos de la lucha real de un adolescente que logró superar los demonios, los mitos y los horrores de las enfermedades mentales. Mientras transitas la vida del autor en las páginas de este libro, te sentirás identificado, aprenderás

y sacarás tus propias conclusiones, lo que te ayudará a sobrevivir. Magnífico libro, fuente de esperanza e inspiración para quienes sienten que su vida está tal vez llegando a su fin. ¡Lee *Desde el octavo piso* y verás que no es así!”

—*Daniel J. Reidenberg, Psy. D., FAPA; director ejecutivo, Suicide Awareness Voices of Education (SAVE); y miembro honorario, American Psychotherapy Association*

“La experiencia directa del intento de suicidio de Quijote y sus estudios de doctorado en investigación psicológica proveen una perspectiva única, que puede contribuir a que los padres y los profesionales que trabajan con adolescentes en conflicto logren comprender el complejo mundo de la mente suicida”.

—*Sue Blauner, autora de How I Stayed Alive When My Brain Was Trying to Kill Me: One Person’s Guide to Suicide Prevention*



THE ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands

Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative)

Patrick E. Jamieson, Ph.D., *editor de la serie*

Otros libros de la serie

Para jóvenes

Carrera mental: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno bipolar

Patrick E. Jamieson, Ph.D., con Moira A. Rynn, M.D.

Días grises: relato personal de la experiencia de un adolescente con la depresión

Cait Irwin con Dwight L. Evans, M.D., y Linda Wasmer Andrews

Lo que debes pensar de mí: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno de ansiedad social

EmilyFord con Michael Liebowitz, M.D., y Linda Wasmer Andrews

Casi nada: relato personal de la experiencia de un adolescente con los trastornos alimentarios

Carrie Arnold con B. Timothy Walsh, M.D.

Uno, uno mismo y Ellos: relato personal de la experiencia de un joven con la esquizofrenia

Kurt Snyder con Raquel E. Gur, M.D., Ph.D., y Linda Wasmer Andrews

El pensamiento es lo que cuenta: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno obsesivo-compulsivo

Jared Douglas Kant con Martin Franklin, Ph.D., y Linda Wasmer Andrews

Tras un viaje: relato personal de la experiencia de un adolescente con el abuso de sustancias

Kyle Keegan con Howard B. Moss, M.D.

Para padres y otros adultos

Si su adolescente padece depresión o trastorno bipolar

Dwight L. Evans, M.D., y Linda Wasmer Andrews

Si su adolescente padece un trastorno alimentario

B. Timothy Walsh, M.D., y V. L. Cameron

Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad Edna B. Foa, Ph.D., y Linda Wasmer
Andrews

Si su adolescente padece esquizofrenia

Raquel E. Gur, M.D., Ph.D., y Ann Braden Johnson, Ph.D.

Desde el octavo piso

Un adolescente que elige la esperanza al suicidio

DeQuincy A. Lezine, Ph.D.

con David Brent, M.D.



THE
ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT
SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands
Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente

THE ANNENBERG
PUBLIC POLICY CENTER
UNIVERSIDAD DE PENNSILVANIA
(UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA)

OXFORD

UNIVERSITY PRESS

2008

OXFORD

UNIVERSITY PRESS

Oxford University Press, Inc. publica trabajos que fomentan los objetivos de excelencia de la Universidad de Oxford (Oxford University) en investigación, becas y educación.

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands

Annenberg Public Policy Center Universidad de Pensilvania

Oxford University Press

Oxford Nueva York

Auckland Ciudad del Cabo Dar es Salaam Hong Kong Karachi Kuala Lumpur Madrid Melbourne Ciudad de México Nairobi Nueva Delhi Shanghai Taipei Toronto

Con oficinas en:

Argentina Austria Brasil Chile República Checa Francia Grecia Guatemala Hungría Italia Japón Polonia Portugal Singapur Corea del Sur Suiza Tailandia Turquía Ucrania Vietnam

Copyright © 2008 de Oxford University Press, Inc.

Publicado por Oxford University Press, Inc.

198 Madison Avenue, New York, New York 10016

www.oup.com

Oxford es una marca registrada de Oxford University Press.

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción, el almacenamiento en sistemas de recuperación y la transmisión de la presente publicación, mediante cualquier método o procedimiento, sea éste electrónico, mecánico, de copiado, de grabación o de otra naturaleza sin el previo consentimiento de Oxford University Press.

Información del catálogo de publicación de la Biblioteca del Congreso

Lezine, DeQuincy A., 1977–

Título original en inglés: *Eight stories up: an adolescent chooses hope over suicide* / DeQuincy A. Lezine, with David Brent.

p. cm. — (Adolescent mental health initiative)

Incluye referencias bibliográficas e índice.

ISBN 978-0-19-532556-0—ISBN 978-0-19-532557-7 (pbk)

1. Lezine, DeQuincy A., 1977—Mental health. 2. Teenagers—Suicidal behavior—Prevention. I. Brent, David A. II. Title.

RJ506.S9L49 2008

618.92'858445—dc22 2007047152

9 8 7 6 5 4 3 2 1

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica en papel sin ácido

Para mi esposa y compañera en la vida, Myra, y en memoria de mi amiga Mary Alice

Carta al lector en crisis

Querido lector:

Si estuviese en tu lugar, me costaría creer que una persona que no conozco deseara realmente comunicarse conmigo. Pero es así. Ojalá conociese tu nombre para poder escribirte una carta más personal. Desearía estar contigo en este preciso momento para que pudieses ver la sinceridad en mis ojos al escuchar tu dolor. No puedo hacerlo. Sólo puedo abrigar la esperanza de que leas lo que escribí y tengas la seguridad de que lo hice desde el corazón.

Sé que los sentimientos suicidas representan un padecimiento intolerable. Duele tanto que a veces simplemente tienes ganas de llorar. Adelante. Crecí creyendo que nunca debía llorar pero, de hecho, las lágrimas son algo natural. Si por el momento es necesario que llores en soledad, busca un lugar donde puedas dejar fluir las lágrimas. Si te sirve tener cerca a un amigo, llámalo o envíale un mensaje de correo electrónico o de texto.

A veces resulta difícil para quienes experimentan un profundo dolor pensar en otra cosa que no sea poner fin a ese sufrimiento. Recuerdo cuando accidentalmente me apreté un dedo de la mano con la puerta del armario escolar cuando tenía 13 años. Tuve que hacer un tremendo esfuerzo para recordar el número de la combinación para poder sacar el dedo, a la vez que me enloquecía un dolor agonizante. Supongo que hubiese podido sacar el dedo de un tirón, pero eso hubiese empeorado las cosas: me hubiese podido lastimar o tal vez hubiese perdido parte del dedo. La necesidad de dejar de sufrir es tan intensa que empezamos a considerar soluciones extremas y definitivas para aliviar el dolor, cuando en realidad existen otras opciones. Es difícil pensar con claridad cuando sentimos dolor. Por esa razón, ese no es el momento adecuado (de hecho, es el peor momento) para hacer algo precipitado, ya sea que se trate de sacar de un tirón un dedo atascado en una puerta, o bien, en un momento de tremendo dolor mental, pensar en el suicidio. ¿Otra analogía? ¿Alguna vez te golpeaste un dedo del pie? Cuando me golpeo un dedo, empiezo a saltar en un pie maldiciendo como loco. Pero no estaría dispuesto a aceptar la amputación del dedo. Sin embargo, cuando el solo hecho de estar vivo me producía dolor, estaba dispuesto a acabar con mi vida. Deseaba morir. Pero me equivocaba al pensar que morir era la mejor manera de poner fin al dolor.

Cuando tenemos que tomar una decisión importante, ya sea someternos a una operación o a una amputación, comprar un automóvil, elegir una universidad o buscar un buen trabajo, generalmente solicitamos ayuda. Pedimos una segunda opinión. Pensar en el suicidio es, sin duda, una cuestión de vida o muerte, y tu vida es más importante que un automóvil, un trabajo o una universidad. ¿No te parece lógico pedir una segunda opinión sobre la decisión de acabar con tu vida? Por favor, llama a alguien: a tus padres, a un hermano o hermana mayor, a un buen amigo. También puedes llamar a la National Suicide Prevention Lifeline al 1-800-273-TALK (8255), donde hay personas que esperan tu llamado para escucharte y ayudarte. Eres lo suficientemente valioso como para tomarte el tiempo necesario para buscar una segunda opinión sobre acabar con tu vida.

Este es, fundamentalmente, un libro sobre opciones. El suicidio es sólo una de las

opciones para poner fin a tu dolor, pero existen otras que no son definitivas y son menos violentas. Nadie puede decidir por ti cuáles son las mejores opciones. Esa es una decisión que sólo tú puedes tomar. Pero creo que debes darte la posibilidad de probar otras soluciones antes de intentar quitarte la vida. No conoces el futuro pero, si eliges quitarte la vida ahora, pierdes la posibilidad de descubrir cómo puede ser tu vida. Aún tienes tiempo de descubrir una vida que valga la pena. Te ruego que no te des por vencido.

Ahora voy a pedirte que hagas algunos llamados telefónicos. Se necesita mucho valor para pedir ayuda, pero estoy seguro de que tú puedes hacerlo. Aquí estaré esperándote cuando regreses y así podremos darle una mirada juntos a algunas de las opciones que mencioné anteriormente.

Con la esperanza puesta en tu futuro,

DeQuincy Lezine

Tabla de contenidos

Prólogo	xii
Prefacio	xiv
Uno	
Crisis	1
<i>Camino a la locura</i>	1
<i>Colosal ola de desesperación</i>	2
<i>Pensamientos de muerte</i>	3
<i>Salto</i>	5
<i>Despedida</i>	7
<i>Uno de tantos en el club de la desolación</i>	10
<i>Lágrimas por miles de muertes</i>	15
Dos	
Antecedentes	17
<i>Niño inteligente y vivaz conoce el mundo urbano negro</i>	17
<i>Comienzo turbulento</i>	22
<i>Antecedentes ocultos: biología y genética</i>	28
<i>“Huida” de Los Ángeles</i>	31
Tres	
El interior de la mente suicida	34
<i>Pensamientos sombríos</i>	34
<i>Emociones dolorosas</i>	37
<i>Infierno privado</i>	39
<i>Señales de advertencia: segunda parte</i>	40
<i>Trastornos psiquiátricos relacionados con el suicidio</i>	44
<i>Resistencia a la ola de conflictos</i>	47
Cuatro	
Cómo obtener ayuda	48
<i>Psicoterapia</i>	49
<i>Apoyo de los pares</i>	56

<i>Medicamentos 101</i>	57
<i>Pago de un tratamiento</i>	68
<i>Lo primordial</i>	69
Cinco	
Recuperación	70
<i>Registro hospitalario</i>	70
<i>Consecuencia inmediata de una crisis suicida</i>	73
<i>Camino hacia la recuperación</i>	74
Seis	
En búsqueda del fénix: mi situación actual	87
<i>Un mal día</i>	87
<i>Panorama general</i>	89
<i>Renacimiento: volver a empezar</i>	90
<i>Reavivación del fuego de la felicidad a partir de las cenizas</i>	91
<i>Búsqueda de tu fénix interno</i>	92
Preguntas frecuentes	94
Glosario	100
Recursos	109
Bibliografía	120
Índice	125

Prólogo

La Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative, AMHI por sus siglas en inglés) fue creada por la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands con el objetivo de brindar información a los profesionales de salud mental, a los padres y a los jóvenes sobre los avances actuales en el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales en adolescentes. La AMHI se hizo realidad gracias a la generosidad y visión de los embajadores Walter y Leonore Annenberg. La administración del proyecto estuvo a cargo del Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania en asociación con Oxford University Press.

La AMHI comenzó en 2003, cuando se convocaron en Filadelfia y Nueva York siete comisiones científicas constituidas por aproximadamente 150 psiquiatras y psicólogos destacados de todo el país. Presididas por los doctores Edna B. Foa, Dwight L. Evans, B. Timothy Walsh, Martin E. P. Seligman, Raquel E. Gur, Charles P. O'Brien y Herbert Hendin, el objetivo de la creación de estas comisiones era evaluar el estado de las investigaciones científicas sobre los trastornos mentales frecuentes que, en su mayoría, se originan entre los 10 y los 22 años. Actualmente, sus hallazgos colectivos están reflejados en un libro dirigido a profesionales de salud mental y a los responsables de formular políticas titulado *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders* (2005). Como primer producto de la AMHI, el libro también detalla una agenda de investigación que podría mejorar aún más nuestra capacidad para prevenir y tratar los trastornos mentales, entre ellos, los trastornos de ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la esquizofrenia.

La AMHI consta de tres partes y la segunda consiste en una serie de libros más pequeños para lectores en general. Algunos de los libros han sido diseñados principalmente para padres de adolescentes con un trastorno mental específico. Otros, éste incluido, están dirigidos a los adolescentes que están luchando contra alguna enfermedad mental. La información científica de estos libros proviene, en parte, de la capacidad profesional de la AMHI y se presenta de forma accesible para los lectores en general de diferentes edades. Los “libros para adolescentes” también incluyen la historia de la vida real de una persona joven que ha luchado contra —y que actualmente controla— una enfermedad mental determinada. Sirven no solamente como una fuente de investigación sólida sobre la enfermedad sino también como una guía para la recuperación de jóvenes afectados. Por consiguiente, ofrecen una combinación única de ciencia médica y conocimiento práctico personal que inspira a los adolescentes a que participen activamente en su propia recuperación.

La tercera parte de la Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente de Sunnylands consiste en dos sitios web. El primero, www.CopeCareDeal.org, está dirigido a adolescentes. El segundo, www.oup.com/us/teenmentalhealth, brinda información actualizada a la comunidad médica sobre temas tratados en *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders*, el libro profesional de la AMHI.

Es nuestro deseo que este tomo —fruto de la AMHI— resulte útil y enriquecedor.

Patrick Jamieson, Ph.D.
Editor de la serie
Adolescent Risk Communication Institute
Annenberg Public Policy Center
Universidad de Pensilvania
Filadelfia, Pensilvania

Prefacio

“¡Alexander!” La voz de mi padre sonó como un rugido, que atravesó el lago y cruzó los valles. Yo estaba con un amigo explorando el terreno. Éramos dos adolescentes bastante típicos que exploraban una pequeña extensión de tierra a la orilla de un lago. En la orilla opuesta, se encontraba la casa flotante de nuestra familia. Estábamos de vacaciones. No había señales de presencia humana en este territorio inexplorado y tener que rescatar a mi amigo de las arenas movedizas agregaba emoción a la aventura. Me sentía como un explorador. Mi padre, por otro lado, probablemente me consideraba como un potencial ataque al corazón. “¡Alexander!” Corrimos hacia el bote inflable y remamos a toda velocidad para reunirnos con el grupo, como si esto sirviera para atenuar la ira que seguramente estaba a punto de estallar. Vivía desafiando los límites. Estaba en mi naturaleza.

Mi padre me llamó Alexander. Es mi segundo nombre, el que mi padre empleaba cuando yo hacía algo demasiado arriesgado o ponía el dedo en la llaga. A veces lo pronunciaba a los gritos cuando yo desaparecía y no podía verme. Otras veces, lo pronunciaba suavemente, generalmente dos veces, moviendo su cabeza como si “Alexander... Alexander” significara “¿Qué voy a hacer contigo, muchacho?”

La gente en general tiende a omitir su segundo nombre o a utilizar sólo la inicial entre el primer nombre y el apellido, pero el mío parecía reflejar la esencia de mi naturaleza y el futuro de mi carrera. Mi padre me llamó así por Alejandro el Grande, el comandante militar griego que nunca fue vencido, anunciando una vida plagada de batallas y victorias. El nombre viene de las raíces *alexis* (refugio, protección, defensa) y *andros* (hombre) por lo que Alexander significa “protector o defensor del hombre”. Haciendo honor a los dos significados de mi nombre, luché por proteger a quienes no tienen quien los defienda.

Soy, en resumen, un defensor.

Un defensor habla o actúa en representación de otras personas, animado por un sentido de justicia social, por los derechos humanos o por valores morales. En cierto modo, los defensores son idealistas. Sin inmutarse ante la imperfección de la realidad, el defensor intenta mejorar el mundo.

Mi personalidad y las experiencias de mi vida parecen haberme preparado para la función de defensor que habría de cumplir. Mi infancia no fue fácil. Crecí al margen de los diversos grupos sociales del sistema escolar de la ciudad de Los Ángeles. Sufrí el acoso de algunos de mis compañeros y, en general, me mantuve al margen del mundo que me rodeaba, sin llegar nunca a pertenecer realmente a los grupos de deportistas, artistas o académicos de las escuelas a las que asistí, aunque tenía aptitudes para el deporte, el arte y la actividad académica. En retrospectiva, me doy cuenta de que la empatía era la clave que me conectaba con los distintos grupos de pares y me aseguraba una vasta aunque superficial red social, con unos pocos amigos íntimos. Gracias a la empatía podía comprender a los distintos tipos de personas y, con frecuencia, vivía indirectamente a través de ellos. Sufría cuando mis amigos y mis familiares caían víctima

de la pobreza, la cárcel, la quiebra, la discriminación, el desempleo, la violación, las adicciones y también cuando eran brutalmente asesinados. Conocí lo que es la desesperación cuando se unían a pandillas y cuando se dedicaban a la prostitución, al juego o la venta de drogas. Pero también me alegraba inmensamente cuando lograban recuperarse mediante la rehabilitación, se mantenían sobrios, apoyaban a sus familias, aprendían a leer y obtenían becas universitarias. Esta mezcla de dolor y orgullo por las dificultades y los triunfos de los demás —esta mezcla de agonía y alegría por aquellos que me rodean— ha contribuido, junto con mis propias experiencias personales, a sentar las bases de mi defensa. Desde mi punto de vista, la defensa se basa en la empatía por el sufrimiento de los demás, así como también en la pasión puesta en mejorar las cosas.

Por qué soy un defensor de la prevención del suicidio

Es posible que el suicidio aceche bajo la superficie de muchas experiencias emocionales trágicas y dolorosas de la vida. Existen miles de caminos que pueden llevar a una persona peligrosamente a la autodestrucción. ¿Qué otra causa es más importante para defender que la lucha entre la vida y la muerte? Sin embargo, los dos estigmas asociados con las enfermedades mentales y la muerte pueden complicar la lucha: muchas personas no comprenden las enfermedades mentales y, por consiguiente, tratan de mantenerse alejadas de ellas. De la misma manera, la gente le teme a la muerte como si fuera en cierto modo contagiosa y dudan en hablar del tema. Esta combinación desalentó a muchos de los más ardientes defensores de la prevención del suicidio y de la salud mental, y puede convertir toda batalla personal contra el suicidio en una tarea aún más ardua y solitaria.

La prevención del suicidio es, en otras palabras, un desafío extraordinario. Algunos opinan que es imposible que nuestra sociedad gane la batalla contra el suicidio. De allí proviene mi sobrenombre, Quijote — que yo mismo escogí—, por Don Quijote de la Mancha, el trágico héroe de la novela de Cervantes, *Don Quijote*. Como ves, yo también persigo un sueño supuestamente imposible: erradicar el suicidio entre los jóvenes de nuestra sociedad. Sin embargo, no fui yo quien eligió librar esta batalla contra el suicidio. La batalla me eligió a mí.

Promediando mi primer semestre en una universidad de la costa este, incesantes pensamientos suicidas me sorprendieron con la guardia baja. Con una leve patada en el trasero, caí estrepitosamente y el espectro del suicidio comenzó a dominarme. Pensaba constantemente en la muerte; me embarcaba en actividades cada vez más peligrosas y planeaba mis momentos finales con el cuidado metódico con el que una cuadrilla de demolición arrasa un edificio. Afortunadamente, mis planes fracasaron. Me encontré internado en un hospital y, de repente, me convertí en uno de los tantos enfermos mentales que quedan olvidados, en mi caso particular, un olvidado joven suicida a quien, finalmente, se le diagnosticaría el trastorno bipolar. En ese momento, me di cuenta de que había muchas personas con heridas psicológicas y muchas otras que, como yo, vivían a diario con la amenaza de la muerte autoinfligida. Me di cuenta de que no era el único adulto joven del hospital psiquiátrico. En el pasado, había ignorado a este tipo de personas. Pensaba que estaban *locos* y, aunque sentía compasión por ellos, no sentía empatía. Su dolor me resultaba demasiado extraño. Supongo que para que esto cambiara,

fue necesario que el impulso suicida me derrumbe por completo. En la sala conocí a un hombre de mediana edad que padecía depresión y que había probado todos los antidepresivos habidos y por haber, así como también la terapia electroconvulsiva, sin ningún éxito. Sin embargo, no había perdido las esperanzas de recuperarse. No podía irme tras superar mi propio roce con el suicidio y olvidarme de ese hombre y sus esperanzas, u olvidarme de muchas otras personas que luchaban contra los mismos demonios; esta es la maldición y, al mismo tiempo la bendición, de la empatía.

Cuando me dieron el alta en el hospital psiquiátrico, me asaltaron dos pensamientos: en primer lugar, las cosas no debieran llegar a este extremo para que alguien reciba ayuda. ¿Por qué no recibí ayuda eficaz mucho antes de convertirme en un suicida? En segundo lugar, ¿qué puedo hacer para evitar que otras personas padezcan este tipo de sufrimiento? Mi dolor se transformó en pasión cuando decidí dedicar mi vida y mi carrera a promover la salud mental y a prevenir el suicidio entre los jóvenes. Durante mis estudios universitarios de grado y posgrado, así como también durante la capacitación recibida después de mis estudios de doctorado, me dediqué a estudiar el suicidio. Desde entonces, trabajo con jóvenes suicidas en grupos de apoyo de pares, como terapeuta y como amigo. Sé lo que significa vivir con familiares con tendencia suicida y estar de novio con alguien que se vuelve suicida. En mi vida privada, sentí la profunda pena que causa el suicidio de amigos y, en mi vida profesional, lamenté el suicidio de un paciente. Mientras tanto, me he dedicado a abogar públicamente por la prevención del suicidio al nivel universitario, estatal y nacional.

Cómo surgió este libro

La idea general de este libro nació en el año 2003, cuando siete comisiones científicas sobre la salud mental en adolescentes fueron convocadas por la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands. Se encomendó a los psiquiatras y psicólogos que participaban en estas comisiones que examinaran el estado de la ciencia sobre los trastornos mentales que afectan a adolescentes y a adultos jóvenes, y el suicidio entre los jóvenes estaba dentro de los temas estudiados. A partir de allí, surgieron diversos libros sobre los hallazgos obtenidos por dichas comisiones, o que se basan en dichos hallazgos, incluido el que tienes en tus manos.

David Brent, M.D., participó como miembro de la comisión sobre prevención del suicidio entre jóvenes y también brindó asesoramiento médico para este libro. El Dr. Brent es jefe académico de psiquiatría infantil y adolescente en el prestigioso Western Psychiatric Institute and Clinic, y profesor de psiquiatría, pediatría y epidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh (University of Pittsburgh School of Medicine). Durante muchos años, se dedicó a estudiar y a tratar a jóvenes en riesgo de suicidio, de modo que su aporte de experiencia y conocimiento para este libro es sumamente valioso.

Este libro también fue posible por otra razón. Cuando era suicida, pasé mucho tiempo sintiéndome perdido e indefenso. Desesperado por encontrarle sentido a lo que estaba ocurriendo, hurgué las bibliotecas de la universidad en búsqueda de conocimiento sobre el suicidio en libros sobre el tema, pero a menudo me iba insatisfecho. Simplemente, faltaba algo. No encontré ningún libro que explicara lo que me estaba

sucedido o que contribuyera a aliviar mi sufrimiento de una manera empática y comprensiva. Ansiaba escuchar la voz de un autor que haya pasado por la pesadilla suicida y se haya recuperado, no simplemente un académico distanciado de la realidad que estudia gráficos y estadísticas. No necesitaba a alguien que me dijera una vez más “todo va a salir bien”, que me sonriera tímidamente pero luego se fuera y se olvidara de mí. Necesitaba a alguien que me dijera, con honestidad: “Maldición, sí, estás en medio de la oscuridad, pero me quedaré junto a ti hasta que veas la luz del día”. Aquí está el libro que faltaba. El solo hecho de saber que estás leyendo cada palabra que escribo me anima a continuar. Y aquí me quedaré, a tu lado, mientras lees. Si este libro resulta de utilidad para ti y para otros lectores, tal vez mi sufrimiento no haya sido en vano.

Así, en última instancia, este libro tiene dos objetivos. En primer lugar, intenta ser una guía personal, una luz de esperanza para ayudarte a disipar las tinieblas del suicidio. Cuando estamos perdidos, buscamos una guía que nos muestre el camino hacia nuestro destino. (Obviamente, una guía no puede decirte a qué lugar *quieres* ir: eso lo tendrás que decidir tú. No habrás creído que iba a ocuparme de absolutamente todo, ¿no?) Lo que buscamos en una guía es el conocimiento que puede brindarnos un viajero confiable y experimentado, y creo que yo, humildemente, puedo asumir ese papel. Soy la persona adecuada para guiarte en medio de esta crisis suicida porque yo la sufrí y, desde entonces, dediqué mi carrera a la prevención del suicidio. Al contarte mis propias experiencias en este libro, espero poder ayudarte a superar esta crisis y así poder brindarte todo el apoyo necesario para que busques ayuda y te mantengas sano.

En segundo lugar, este libro intenta ser una fuente a la que puedas acudir en búsqueda de respuestas a preguntas sobre el cómo y el por qué del suicidio. Con la ayuda del Dr. Brent, he recopilado en este libro toda la información que necesitas: ¿Qué tipo de circunstancias y situaciones son más propicias para que una persona manifieste una tendencia suicida? ¿A qué tipos de tratamientos puedes acceder? ¿Cómo puedes aprovechar al máximo estos tratamientos? Y muchas cosas más... Me he basado tanto en mi experiencia personal como en la evidencia científica que dispongo para contarte de qué manera pude descubrir un estilo de vida que vale la pena vivir y como tú también puedes lograrlo. De esta manera, espero que comprendas que *es posible* sobrevivir a una crisis suicida y que yo no soy la única persona que lo ha logrado.

Sin duda habrás notado que utilicé las palabras *esperar* y *esperanza* en reiteradas ocasiones en las últimas páginas. En esencia, de eso se trata este libro y, en las páginas que siguen, voy a intentar transmitirme el verdadero sentido de estas palabras y darte *esperanzas realistas* para tu propio futuro. El impulso suicida nos engaña al generar la sensación de que ya no hay esperanzas, de que se perdieron en un incendio y sólo quedan las cenizas. Mi intención, al escribir este libro, es demostrar que estas sensaciones — aunque puedan parecer reales — no constituyen la única verdad. La *sensación* que genera el pensamiento suicida y lo que es objetivamente *real* son dos cosas diferentes. Si conoces a alguien que haya tenido estos pensamientos, o los tienes tú, entonces este libro es para ti. Es posible superar el dolor; es posible hallar nuevas esperanzas.

No te confundas: se necesita valor para encarar la recuperación y también se necesita valor para hablar del suicidio desde un punto de vista personal. Después de todo, nadie considera la muerte por cuestiones triviales. Aún para aquellas personas que tienen tendencia suicida a pesar de no tener un pasado traumático, resulta difícil enfrentar los

propios demonios personales. Para otros, será aún más difícil. En ocasiones, exteriorizar nuestros pensamientos suicidas tal vez signifique revelar secretos familiares ocultos, heridas de la infancia o la pesada carga de una enfermedad mental. Es posible que, para explorar la forma en que se manifestó en nosotros la crisis suicida, sea necesario desenterrar angustias dormidas o poner al descubierto nuestros más íntimos y dolorosos recuerdos. Es posible que muchos sientan incluso vergüenza de hablar sobre sus impulsos suicidas.

Desde que hice pública mi lucha contra el suicidio a través de los libros y los medios, me ha inquietado la manera en que mi familia y mis amigos van a reaccionar cuando se encuentren a ellos mismos mencionados en mi historia. De hecho, cambié los nombres o evité mencionar a varias personas en el libro para proteger su privacidad. No obstante, la historia ahora es de público conocimiento y la conté aquí y en otros lugares de la manera más abierta que pude a pesar de mi preocupación por potenciales represalias o por el estigma que puede crearse a partir de la revelación pública de mi pasado suicida. ¿Por qué? Porque tengo temores que son más profundos que la ansiedad que me genera la revelación: mi temor a perderte a ti, el lector; temor a que te suicides. Sé que no puedo asumir que me dejes caminar junto a ti en este viaje por las tinieblas a menos que te hable con honestidad sobre mi propio viaje por la oscuridad. De otra manera, sonaría falso decir que siento empatía. Estoy dispuesto a asumir el riesgo de revelar mis luchas para que así tú creas que existen razones para tener esperanzas. Tú bien vales la pena.

¿Confías en mí?

Tal vez sea un cínico, pero dudo que yo sea la única persona que se pregunta qué ganan los autores al escribir o vender un libro. Quiero que sepas que sólo recibí una modesta suma como remuneración por el tiempo que me demandó escribir *Desde el octavo piso*. No soy el creador de ninguna de las terapias, medicamentos ni programas descritos en este libro, ni tampoco recibí dinero ni beneficios adicionales de ninguno de ellos. No tengo acciones en ninguna empresa farmacéutica. En resumen, no tengo nada que ganar por aconsejarte un tipo particular de terapia, una determinada medicación o una opción en particular. El único objetivo que persigo al escribir este libro es ayudarte a encontrar las alternativas que otras personas (incluido yo) están buscando para poner fin a su dolor sin poner fin a sus vidas.

Y de hecho, escribo este libro directamente para *ti*, el adolescente o adulto joven que pensó en suicidarse o que lo intentó. Aunque doy la bienvenida a aquellos huéspedes invitados que leen este libro para ayudarnos en la recuperación, no son los principales destinatarios de mi libro. Tal vez estés pensando, *¿por qué escribes para mí? Ni siquiera me conoces*. Tienes razón; sin duda no te conozco, ni a ti ni a tu situación en particular. Sin embargo, no quiero que intentes matarte (nuevamente). Salgo en defensa de tu *derecho* a tener una buena vida. Yo sé que vale la pena luchar por ti.

No espero que tengas confianza en mí desde el principio; si fuese tú, no la tendría. Sólo te pido que me des la posibilidad de ganar tu confianza. Generalmente, los autores demandan confianza basándose en sus títulos académicos, el prestigio de su nombre o su habilidad para citar trabajos de investigación con evidencia que avale sus argumentos. Ciertamente estas cosas son importantes y el Dr. Brent y yo nos aseguraremos de

brindártelas. Pero creo que mereces más que eso porque, bueno, estamos hablando de *tu vida*. Espero que te des cuenta de que puedes confiar en mí porque no voy a mentirte. Sé que si encuentras honestidad y sinceridad en estas páginas, tal vez creas que las razones para tener esperanza son verdaderas.

Desde el octavo piso

Crisis

A continuación, leerás el texto que escribí en mi diario inmediatamente después del primer roce con el suicidio en los años universitarios. Lo escribí en un diario con tapa dura que había recibido de regalo de despedida cuando ingresé al primer año de la universidad. Al mirarlo ahora, me doy cuenta de la ironía del diseño de la tapa: proviene del interior de un ataúd egipcio y muestra a Anubis, el guardián de los muertos con cabeza de chacal.

Camino a la locura

2 de octubre de 1995, 4:00 a. m.

Creo que hoy perdí el control... Hablé por teléfono con mi mamá y, una vez más, surgió la pregunta: “¿Cómo te sientes?” ¿Cómo me siento? ¿Realmente quiere saberlo? Frustrado pero con objetivos, desesperado pero motivado, solo pero con amigos, perdido pero en el medio de todo. Es como si hubiese perdido la fe por completo pero, a la vez, me sintiera más fuerte que nunca.

“¿Cómo te sientes?” ¿Qué clase de pregunta es esa? Me siento como si más de un millón de personas viviesen dentro de mi cabeza, como si estuviese haciendo todo lo que siempre soñé, pero sin lograr sentirme satisfecho, como si no estuviese seguro de poder triunfar; resentimiento, envidia, desesperación, dolor, falta de amor, desamparado, perdido, solitario, alejado, enojado, ignorado, olvidado, no sé, ¡elige tú!

Intenté mantener la calma. Fui a visitar gente. Me desahugué un poco. Comí chocolate con una gran amiga, Amanda, que dijo que me veía “muy triste, como si hubiese perdido a un buen amigo, o como un niño al que se le había muerto su cachorro”.

Sentía un profundo dolor y no sabía por qué. Tuve que hacer un gran esfuerzo para no llorar. El programa [informático] no funcionaba; estaba frustrado, enojado, perdido, confundido y a punto de ¡EXPLOTAR!

Salí a caminar y pensé que era aterrador que nada me importara demasiado en ese momento. Caminé con la vista fija en el suelo, que se movía de manera confusa bajo las suelas de mis zapatos. Caminé. Llegué a la colina y salí del campus universitario, caminé hacia el puente...

El agua fluía hacia el canal y el agua —ah, el agua— se la veía tan serena y la baranda parecía ser tan baja. “Me pregunto cuánto tardarían en encontrar mi cuerpo. Me pregunto a quién le importaría. Probablemente saldría en las noticias, incluso en mi ciudad natal... otro suicidio en una de las universidades del grupo Ivy League”.

Las lágrimas brotaron de los ojos y rodaron por las mejillas, quemándome la piel. ¡Por qué! A nadie le importas un bledo y todos aman... pero no a ti, amigo. ¡Que se vayan todos al carajo! ¡Que se vaya el mundo entero al diablo! Reía y lloraba. ¿Reía? Me volví loco. Había perdido la cabeza y lo estaba disfrutando.

Llegué a una carretera y pensé en saltar [del paso a desnivel]. Luego lo hice.

Caminé hacia la valla que corre paralela a la carretera. “Sé en qué piensan las personas cuando intentan cruzar la carretera, sólo que no son lo suficientemente rápidas. Yo sí”. Mis inhibiciones, mi sentido común, mi pensamiento lógico y mi temor me hubiesen detenido, en condiciones normales. Esa noche no.

Ocho carriles, una carretera de ocho carriles llena de camiones gigantes con remolques y automóviles de viajeros nocturnos; crucé los ocho carriles. No me chocaron; no me arrestaron; no me pasó nada. ¡Lo logré! Grité. Me sentía bien.

Colosal ola de desesperación

Suelo decir que normalmente uno no se despierta un día y dice “Hoy me siento suicida”. No existe un único momento o evento que por sí solo sea suficiente para desatar una crisis suicida. En realidad, múltiples eventos o situaciones,

...uno no se despierta un día y dice “Hoy me siento suicida”.

conocidos como *factores de riesgo*, se combinan y, como resultado, aumentan la probabilidad de que una persona considere e intente suicidarse. Pero una de las paradojas del suicidio es que a veces *parece* producirse por una sola razón. A veces parece que todas las cosas malas suceden

al mismo tiempo y, a medida que los factores de riesgo se acumulan, hay un momento en el que el estado mental de una persona traspasa de repente un determinado umbral y la balanza se inclina a favor de la muerte. Siempre pensé que la crisis suicida fue como un tsunami. Probablemente la colosal ola empezó como una pequeña onda en algún lugar mar adentro, a millas de distancia de la costa, pero eso no fue relevante en el terrible momento en que el mar se abalanzó sobre la tierra, sepultando mi mundo entero. Cuando finalmente se desató la crisis suicida, me di cuenta de que no podía huir ni esconderme de ella y eso fue aterrador.

Era el primero de octubre y estaba cursando el primer año de la universidad. Esa noche, crucé la línea y dejé de ser una persona “en riesgo de suicidio” para convertirme en un “suicida”. Antes de ese momento, me había acostumbrado a no pensar en circunstancias estresantes. Estaba adormecido. Tenía muchos sentimientos y recuerdos de mi infancia, tanto buenos como malos, que había escondido debajo de una alfombra mental. Los había encerrado en un frasco. Supongo que era inevitable que eventualmente ese frasco se rompiera. Cuando efectivamente esa noche se rompió, todas las emociones dolorosas de mi pasado volvieron para atormentarme; todo se desplomó, de repente, al mismo tiempo. En ese momento, no encontraba las palabras adecuadas para describir todos esos sentimientos. Entonces, los denominé a todos *enojo*. Era un rótulo conveniente, una respuesta emocional masculina estereotipada. Mi dolor emocional estaba constituido por otras cosas además de enojo. También estaba sufriendo un enfermizo ataque de desilusión, ansiedad y vergüenza.

En primer lugar, me sentía solo. Temía no integrarme nunca a un grupo de pares, que el rechazo de mis pares, sufrido durante la niñez, volviera a aparecer una y otra vez, que nunca fuera aceptado. Antes mencioné que “crecí al margen” desde el punto de vista social y que la experiencia resultó beneficiosa. Pero, en ese momento, no lo veía así. Por el contrario, de niño me sentía un paria: herido, solo y abandonado. También en la universidad me sentía así y me preocupaba no poder ponerle fin a ese sentimiento. Yo, un

pobre muchacho salido de los barrios carenciados de Los Ángeles, había ingresado a una de las prestigiosas universidades del grupo Ivy League y mis compañeros eran estudiantes destacados, sobresalientes y “con medallas de honor”. Aunque tenía buenas calificaciones, me sentía como si fuera un fracaso, digno de lástima, que no valía absolutamente nada. El mero peso de esta inexplicable desesperación me destruyó el alma y me colmó de dolor, sufrimiento y angustia. No llegaba a comprenderlo y eso me frustraba; siempre me había sentido orgulloso de tener la capacidad de entender las cosas. ¿Cómo era posible que estuviera tan confundido?

No podía pensar con claridad. Pensamientos extraños —y familiares a la vez— se agolpaban en mi mente.

No soporto más todo esto...

Ya no quiero seguir viviendo...

La muerte es la única salida que me queda...

Deseo morir...

Por supuesto que evitaba hablar de todo esto con los demás en la medida de lo posible, al menos, al principio. Fingía cuando sonreía o reía, tratando de comportarme como creía que debía comportarse un estudiante universitario.

Se suponía que los años universitarios serían los mejores de mi vida. Se suponía que debía recompensar a mi familia por el sacrificio que había hecho para enviarme a la universidad y convertirme en un modelo de conducta para los niños del barrio. Estaban todos tan orgullosos cuando me despidieron. No podía defraudarlos. Y, de cualquier manera, ¿qué pensaría la gente de mí si les contara mis pensamientos y mis sentimientos? Sé lo que yo hubiese pensado si hubiese estado en su lugar: *Este tipo está loco. ¿Hay algo peor que eso? Esa forma de pensar intensificaba la soledad. No sólo me sentía terriblemente mal, sino que además estaba convencido de que nadie podría llegar a entender el dolor que estaba padeciendo. Nadie puede comprender esto, pensaba. Todos van a pensar que me volví loco.* Estaba seguro de que yo era la única persona que tenía pensamientos suicidas.

Pensamientos de muerte

La muerte me había marcado. Era como si hubiese tomado un hierro incandescente y hubiese estampado su negra marca indeleble en la base del cráneo. Al principio, creía que los pensamientos suicidas eran una etapa pasajera, algo que desaparecería al despertarme o de lo que podía deshacerme. Pero al poco tiempo me di cuenta de que la idea de morir simplemente no desaparecería. El impulso suicida se transformó en una compañía no grata pero permanente, que lenta e inevitablemente

Al principio, creía que los pensamientos suicidas eran una etapa pasajera, algo que desaparecería al despertarme o de lo que podía deshacerme. Pero al poco tiempo me di cuenta de que la idea de morir simplemente no desaparecería.

acababa con mis deseos de vivir. La muerte me parecía tranquilizadora, como una gran sensación de alivio. La idealicé y la puse en un pedestal. Sólo quería que todo el dolor que me causaba vivir, todas las emociones negativas, los pensamientos negativos y las experiencias negativas desaparecieran de la faz de la tierra.

En los peores días, mientras me dirigía al aula, tenía estos pensamientos:

Me detengo para cruzar la calle. Veo a un agente de policía dirigiendo el tránsito. ¿Y si me disparara? Sí, claro. Los agentes de seguridad de la universidad no portan armas. ¿Y si me chocara un automóvil o tal vez aquella camioneta marrón? La mano roja del semáforo desaparece y la reemplaza un hombrecito blanco. Escucho un sonido que me indica que, por ahora, puedo cruzar la calle con seguridad. Cierro los ojos, bajo del cordón y me imagino que estoy saltando de un edificio, pero la caída es corta. Miro a mi alrededor y me pregunto si alguien me vio. Por supuesto que no; están todos muy ocupados con su felicidad. ¿Felicidad? ¿Qué es sentir felicidad? Maldición. Ni siquiera lo recuerdo. Paso al lado de un árbol y pienso en ahorcarme. Se me ocurre pensar que el árbol probablemente se burla de mí y dice: “Mis ramas se quebrarían antes de permitir que te cuelgues de ellas, demente”. El pensamiento persiste cuando entro al aula e intento concentrarme en la clase. Resulta difícil. Los pensamientos suicidas intentan desplazar el material de estudio. Vamos, Quijote. Maldición, concéntrate. Concéntrate. Pero la muerte resulta tan atractiva.

Suicidio: señales de alerta

Tal vez te preguntes cuáles son las señales que indican que una persona está considerando suicidarse. Estas son algunas de las señales identificadas por los expertos en prevención del suicidio. La persona:

- sufre drásticos cambios en el estado de ánimo (p. ej. elevada perturbación seguida de calma repentina);
- expresa enojo y furia;
- siente ansiedad o inquietud;
- no le encuentra sentido a la vida o no tiene ninguna razón para vivir;
- se siente atrapada;
- se aleja de sus amigos y de su familia;
- se siente abatida;
- abusa de sustancias, incluidos el alcohol, las drogas ilegales y los medicamentos recetados;
- tiene conductas peligrosas; o
- habla sobre el suicidio o piensa en suicidarse.

Aún sin tener un título en psicología, sabía que se trataba de una mala señal. Busqué información en Internet y encontré el sitio web de un grupo denominado Suicide Awareness Voices of Education (SAVE). Encontré una lista con “señales de alerta”, pensamientos y conductas que indican que existe peligro de suicidio, incluida la *ideación suicida* frecuente (término empleado por los profesionales de salud mental para describir pensamientos sobre el suicidio). Esta nueva información me hizo pensar que no estaba tan solo: otras personas habían manifestado los mismos patrones. No obstante, me sentí abatido cuando me di cuenta del peligro en el que me encontraba.

Salto

No lograba deshacerme del explosivo cóctel de depresión y furia de la noche en que algo se quebró en mi interior y arriesgué mi vida intencionalmente al cruzar corriendo una carretera atestada de tráfico. En las semanas siguientes, los pensamientos se centraron con creciente intensidad en el suicidio. En muchos de los escenarios que imaginaba, moría de una manera que hacía que otras personas “sintieran haberme arruinado la vida”. Amaba a mi familia y a mis amigos pero, a la vez, quería que comprendieran la profundidad de mi dolor. Seguramente mi suicidio les haría entender cuán profundo era ese dolor. Incluso fantaseaba con tener una llamarada de gloria y comencé a juntar materiales para armar una bomba incendiaria. Quedó todo sin armar dentro del armario y, cuando un amigo me preguntó, le dije que eran materiales para un proyecto de física. Luego me deshice de todo. Supongo que era ambivalente. La idea de suicidarme sonaba bien, pero había una parte de mí que no quería seguir ese camino. Quería que las cosas funcionaran y vivir, pero ya no quería vivir con ese dolor. De hecho, casi todas las personas que consideran suicidarse sostienen una lucha interior entre el deseo de vivir y el deseo de morir. Nuestro objetivo debe ser inclinar la balanza a favor de la vida: resolver los problemas que se nos plantean (reducir la cantidad de razones para morir) y vivir una vida feliz y plena (aumentar la cantidad de razones para vivir).

Quería que las cosas funcionaran y vivir, pero ya no quería vivir con ese dolor.

Viéndolo ahora, me pregunto si aún estaría aquí en caso de haber estado ingiriendo alcohol cuando me sentía tan desesperado; el consumo de alcohol, como veremos más adelante, aumenta la probabilidad de que una persona se quite la vida. ¿Habrían sido distintas las cosas si hubiese tenido un arma que me hubiese brindado posibilidades más concretas de suicidarme? Aunque pensar en esto sea doloroso, existe una gran cantidad de jóvenes que tienen un único intento de suicidio —mortal— cuando tienen fácil acceso a este tipo de métodos letales.

De todos modos, durante el transcurso de los dos meses siguientes, traté de suicidarme en silencio. No le conté a nadie sobre la verdadera magnitud de mi desesperación suicida hasta fines de noviembre. Siempre me gustó meditar en silencio, considerando los distintos aspectos de un problema antes de tomar una decisión y no siempre decir todo lo que pasa por mi mente. (Esto molestaba muchísimo a mis profesores de matemáticas: “Muestra lo que hiciste”, me decían, aunque mi respuesta fuese correcta). ¿Por qué razón habría de ser distinta la planificación de mi propia

muerte? No podía contarle a todo el mundo lo que planeaba hacer; habrían pensado que estaba loco.

Al principio, probé métodos pasivos para morir. Me acostaba sobre las vías del tren mientras escuchaba música, deseando que me arrasara el próximo tren. El tren nunca llegó. *Maldito tren*. Luego empecé a deambular de noche por los barrios peligrosos de la ciudad, allí donde se suponía que no debía ir. Mi padre siempre me aconsejaba no ir a esos barrios porque era peligroso. Estaba buscando a alguien que me atacara para robarme la billetera. Me reiría y quizás le daría un empujón, luego uno más fuerte hasta que se enfadara y me disparara. Pero nunca me topé con ningún asaltante, sólo con unas pocas personas que al verme cruzaban al otro lado de la acera. Quizás todos los delincuentes habían decidido mudarse a otra zona. Quizás decidieron buscar otra presa, no un joven de seis pies de altura sin nada que perder. *Cobardes*, pensé.

Una noche, a eso de las dos de la madrugada, estaba por allí buscando pleito, cuando el cielo se abrió y comenzó a llover. La llovizna pronto se transformó en un torrencial aguacero. *¿Quién, sino un loco, seguiría caminando por las calles con este mal tiempo?* , pensé. Caí de rodillas, llorando por haber dejado de ser quien era y atormentado por lo que me había convertido. Mis pulmones se llenaron con el olor del asfalto mojado mientras pesadas gotas de lluvia azotaban mi débil figura y comencé a rezar:

Dios, ¿por qué estoy aquí todavía? Te pido lo mejor para mi familia y mis amigos, como siempre. Esta noche no te pido riquezas, ni salud, ni amor, ni longevidad. No, Dios. Esta noche te pido una sola cosa. Déjame morir, por favor. Siento tanto dolor. No soporto más todo esto... Déjame morir, por favor. Amén.

Aparentemente, no recibiría ningún tipo de ayuda celestial con esta iniciativa ya que no sucedió absolutamente nada y no morí esa noche. *De acuerdo*. Traté de recordar los suicidios sobre los que había leído en alguna parte o que había visto por televisión. La gente se pega un tiro. No había ninguna tienda que vendiera armas cerca del campus, pero sí había una casa de empeño que parecía ser muy prometedora. Me detuve a pensar en lo que podría suceder. Un adolescente de raza negra entra a una casa de empeño para comprar una pistola. No podía decirle al prestamista que la quería para suicidarme. Seguramente llamaría a la policía. Después llamarían a los hombres de batas blancas para que me llevaran. Además, las armas son caras. Después intenté fabricar mi propia arma, lo cual resultó ser mucho más complejo de lo que esperaba.

Comencé entonces a considerar cortarme las venas o ahorcarme, pero me parecían maneras de morir bastante dolorosas e inciertas. De hecho, intenté cortarme y lo único que me provocó fue un terrible dolor. Cuando pensaba en ahorcarme, se me ocurrió que, con mi mala suerte, mi cuello no se quebraría y quedaría allí colgado ahogándome lentamente hasta morir. Mi compañero de cuarto o mi mejor amigo tendrían que venir a identificar el cuerpo después de haberme ensuciado los pantalones y la reputación. Evidentemente, no era la mejor manera de morir.

Finalmente, me decidí por “el salto”. Había razones prácticas para elegir este método. Según la información que había recabado, saltar tenía una tasa de letalidad bastante elevada. A diferencia de comprar un arma o colgarme de una soga en mi cuarto,

era posible llevar a cabo toda la preparación necesaria para saltar desde un edificio alto sin levantar sospechas. Pero existían otras razones por las que saltar me daba vueltas en la cabeza. Simplemente me gustaba la idea. Me producía una sensación de paz, como volar o deslizarme suavemente hacia la muerte pero, al mismo tiempo, estaba cargado de dramatismo, que se adecuaba a mi temperamento artístico. Quería terminar como los personajes de historieta que había imaginado durante años. Me imaginaba a mí mismo como un tipo de héroe trágico, y los héroes mueren únicamente de manera espectacular. Saltar era perfecto para mí. Además, tenía un toque deportivo: en la cancha de básquetbol, era famoso por lanzar el balón con un salto y un giro, de modo que este plan produciría reminiscencias de mi reputación; sería mi último salto. Creo que los que nos encariñamos con un determinado método para suicidarnos le asignamos a ese método particular cierta trascendencia.

Todo debía salir perfecto. El acto debía tener elementos de esmerada planificación, aventura e intriga. Debía estar cargado de simbolismo y dramatismo. Los edificios del centro de la ciudad se veían prometedores por su altura. Varios de ellos eran hoteles, de modo que el acceso sería relativamente simple, incluso de noche. Descarté varios hoteles, incluso uno de veinte pisos, otro hasta más alto, hasta que me decidí por uno en particular: uno que estaba conectado con un estacionamiento para automóviles de ocho pisos. Durante una gira de reconocimiento, evalué lo que necesitaba para acceder al techo del hotel, o al menos al estacionamiento, y compré las herramientas que necesitaba en una ferretería local. Metí todo en un morral negro. Elegí ponerme un conjunto elegante pero no demasiado formal para no levantar sospechas, de color negro y azul (que simbolizaba mi alma con moretones). Podría fácilmente ingresar por la puerta principal de un hotel con camisa y corbata; sería mucho más difícil si llevase puesta una capucha negra.

Despedida

A fines de noviembre de 1995, la crisis suicida llegó al punto crítico. Me había estado escribiendo con Toni, mi amiga de Los Ángeles. Cuando asistíamos a la escuela secundaria, pertenecíamos a la misma congregación religiosa y teníamos más o menos la misma edad. Pensé que podría existir una atracción romántica mutua. Como estaba convencido de que ya no me quedaba mucho por perder, le pregunté si sentía lo mismo que yo por ella. Viéndolo ahora, eran demasiadas las razones por las que la situación era difícil e incómoda (diferencias culturales sobre el noviazgo, la gran distancia que nos separaba y, sin duda, la reciente crisis suicida y depresiva por la que estaba atravesando). Puse a Toni en una situación incómoda, y me dijo que quería que fuésemos “sólo amigos”. Después de eso, sentí que ese rechazo era demasiado. Unos días después de haber concluido todos los planes, elegí la fecha para saltar (1° de diciembre), escribí una nota suicida y empecé a distanciarme de Toni, de mis amigos de la escuela secundaria y de mi mejor amiga de la universidad, Amanda. Escribí mensajes de correo electrónico para intentar explicarles a las personas más cercanas por qué sentía que debía morir. No se me ocurre una manera mejor de describir el vértigo de la confusión emocional por la que mis amigos y yo

Escribí mensajes de correo electrónico para intentar explicarles a las personas más cercanas por qué sentía que debía morir.

atrasamos durante ese breve período que transcribir parte de esos mensajes.

4:41 a.m.

Te cuento que este es el PEOR momento de mi vida... ¿Sabes lo que hice anoche? Fui a elegir edificios, por las dudas... aterrador, ¿no? Y, además, hacía un frío espantoso... Debí haber ido cuando todavía había sol. Bueno, de todos modos, quería tener un plan concreto, por las dudas... cuando volví, no estaba seguro de para qué quería exactamente tener un plan “por las dudas”, pero es que todavía estoy tratando de entender todas estas cosas que tienen que ver con el suicidio... En ese momento tenía un plan concreto. Tratar de entrar a un edificio que tenga por lo menos 20 pisos. Claro que también tenía otro par de opciones que me darían la posibilidad de subir aún más alto.

4:50 a.m.

Aunque es difícil levantarme todas las mañanas y decir: “Voy a vivir un día más” y NO quebrarme y largarme a llorar porque todavía estoy vivo... no tengo ninguna intención de bajar los brazos, aunque tengo planes muy precisos para mi autodestrucción, que incluyen dónde ir y cómo llegar... al octavo piso... lo que significa que todavía soy un suicida de alto riesgo.

Hoy tuve que hacer un esfuerzo por no saltar... no sé qué pasó, pero algo se apoderó de mí y me obligó a salir a caminar en medio de este frío POLAR para analizar las opciones para saltar. ¡Encontré una! Desde el techo de un estacionamiento de ocho pisos que se conecta con el hotel, miré hacia abajo y pensé: “Aterrador. Nunca me voy a animar...” Pero no pude terminar la frase porque sentía que me inclinaba hacia adelante y tuve que esforzarme para no caer... gracias a Dios lo logré... y bajé del edificio.

Ahora estoy otra vez al límite, pero no lo suficientemente cerca del borde como para pensar en saltar. Supongo que estoy sentado, esperando... Es como si estuviese por pegar un salto con la cabeza hacia abajo (ja...) y me lastimé bastante estos últimos días y tengo un poco de esperanzas al mismo tiempo... esto me está destrozando la cabeza... No puedo pensar con claridad...

Estoy mental, emocional y físicamente exhausto, aferrándome desesperadamente a una esperanza... ¿perdiendo la razón, tal vez?

Mejor me voy. De todos modos, quería que sepas que estoy mejorando. Es un proceso muy lento, pero estoy mejorando. .. aunque todavía siento mucho dolor... lo curioso es que hacía mucho que no me sentía tan bien como a principios de esta semana, pero todavía tengo los síntomas de un suicida de alto riesgo. Supongo que está mucho más arraigado de lo que yo creía...

1:51 p.m.

Espero no haberte preocupado demasiado; te pido disculpas. Mi estado mental es distinto. En este momento no tengo las cosas claras, nada es racional... siento como si me estuviese apagando... me estoy yendo...

Me tengo que ir... no me siento bien... no estoy enfermo... tampoco deprimido, en realidad... ni enojado... ni triste... tampoco me siento solo... ni siquiera vacío... no siento dolor... no estoy seguro qué es... claro que felicidad no es... ni alegría... ni optimismo... ni nada bueno que se le parezca. No sé de qué se trata; es un tipo de sensación de vacío. Es extraño.

No voy a llegar a los 19. Es un buen momento para morir. Sé que tengo que poner fin a este dolor... es todo lo que necesito saber. Sé cuál es la tasa de letalidad desde edificios de 6 pisos y sé que aumenta a partir de allí.

7:04 p.m.

He redefinido mi estado actual. Estoy muerto. Por eso no hay sentimientos; no siento el latido de mi corazón; tengo que ESFORZARME por respirar una vez más... Probablemente tendrías que haberte olvidado de mí mientras tenías la posibilidad de hacerlo. Olvídate de mí; te lo pido por favor. Hazlo por tu bien... Soy un barco que se está hundiendo; déjame mientras puedas. Déjame morir solo, por favor. Quiero recordarte tal cual estabas esta noche... . feliz. Cuando esté sobre el techo, parado allí... también voy a ser feliz.

¿Si hablo en serio? Escribí una nota suicida y la coloqué cuidadosamente dentro de un sobre, y tengo un plan de acción específico y un plan de respaldo. Conozco la letalidad de mis actos y sé en qué lugar puedo concretarlos.

Debes tener cuidado... en este momento, en mi mente, se está librando una batalla... Una parte de mí, lo que queda del Quijote racional, el psicólogo, está diciendo: "Al menos tienes que dar una advertencia..." él sabe que estoy pidiendo ayuda... que probablemente hay un pedazo de mi estúpido inconsciente que quiere vivir... está luchando contra mi consciente que no piensa en otra cosa que en el suicidio desde hace un par de semanas y está decidido a hacerlo...

Creo que en cierta manera... esa parte que está cada vez más chiquita en este momento está gritando: "¡AYUDA!" Y la otra parte está tratando de hacerla callar... Seguramente podría seguir viviendo si lo intentara pero, ¿quieres saber algo? No pude encontrar ni una sola razón para seguir intentándolo...

Esta mañana, cuando desperté... sentí como si tuviera un agujero en el pecho. Sentí como si no hubiese dormido en años, pero en realidad duermo más de lo necesario. Sentí como si hubiese perdido la sensibilidad en el cuerpo... comí sólo porque me parecía que era algo que generalmente hacía a esa hora... No tengo hambre... no tengo sed... ni dolor... ya no... Ya no soporto este dolor... Simplemente no lo soporto.

En este momento, estoy en una situación altamente peligrosa y mortal... no sé qué más decir o hacer... hice todo lo que pude. Me esforcé más de lo que creí que era posible. Las cicatrices que creí haber sanado hace mucho tiempo se volvieron a abrir durante las dos últimas semanas... las heridas que creí haber olvidado regresaron para atormentarme... los dolores que creí haber superado retornaron... y, en los dos últimos meses, enfrenté más situaciones que en el resto de mi vida... 18 años de sufrimiento presentados dolorosamente ante mí en medio de la depresión y la confusión, en un nuevo ambiente, fue suficiente para mostrarme el camino para el cual me había estado preparando durante los últimos 10 u 11 años... este es el tiempo que tardó en gestarse... como un volcán o un terremoto...

Me tengo que ir...

Cuando seleccioné "enviar" ese mensaje, sentí una mano sobre el hombro. Me di vuelta y vi a dos agentes de policía de la universidad, acompañados por dos consejeros de mi unidad (Resident Advisor, RA por sus siglas en inglés). Habían venido al laboratorio informático para acompañarme. Mis amigos no se limitaron a leer y contestar todos mis

mensajes de correo electrónico; también trataron de mantenerme en línea. Además, se contactaron unos con otros para organizar una “Red para salvar a Quijote”. Hicieron un llamado a la universidad y comenzaron con la intervención. Tenía serias intenciones de morir esa semana, así que supongo que fueron mis amigos quienes me salvaron la vida.

Uno de tantos en el club de la desolación

Obviamente, yo soy simplemente uno de los muchos individuos que sufrieron la agonía del impulso suicida. Con el tiempo, me di cuenta de que pertenecía a un grupo de personas muy numeroso e increíblemente variado, un club del que tú, quizás, también seas lamentablemente miembro. Se han llevado a cabo varios estudios para intentar dilucidar cuántas personas pertenecen a este club, pero no es una ciencia exacta. Sin embargo, gracias a las encuestas en las que participaron cientos de jóvenes, tenemos al menos una idea de la frecuencia con la que el suicidio o el pensamiento suicida golpea a las comunidades en que vivimos; los investigadores en salud mental usan estas cifras para intentar dilucidar las relaciones que existen entre el suicidio y los diversos grupos de personas para encontrar la mejor manera de prevenir el suicidio y ofrecer tratamiento al suicida.

¿Cuántas personas piensan en el suicidio?

Las investigaciones han demostrado que el menos 1 de cada 10 personas de entre 15 y 24 años de edad en los Estados Unidos pensó en el suicidio (o sea, tuvo ideación suicida). Probablemente estas cifras sean más bajas que las reales, ya que los jóvenes que no asisten a la escuela (donde existen mayores probabilidades de participar en una encuesta) son los que tienen elevada probabilidad de pensar en el suicidio o de intentarlo.

¿De dónde provienen las cifras? Cada dos años, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dentro de la encuesta Youth Risk Behavior Survey (YRBS), le preguntan a una muestra de estudiantes de la escuela secundaria (novenos y doceavos grados) de los Estados Unidos si “han considerado seriamente intentar suicidarse durante los últimos 12 meses”. En 2005, el 17% de los estudiantes contestó que había tenido pensamientos suicidas (22% de mujeres, 12% de hombres). En otra encuesta nacional en la que se hizo el seguimiento de un grupo de adolescentes durante años, el 16% de los jóvenes del séptimo al doceavo grado de la secundaria contestó que había considerado seriamente suicidarse durante el último año. Los CDC interrogaron a estudiantes universitarios sobre los pensamientos suicidas en una sola ocasión (en 1995), y el 11% de los estudiantes de entre 18 y 24 años de edad manifestó tener pensamientos suicidas. Desde el año 2000, la American College Health Association (ACHA) incluye la pregunta en la encuesta National College Health Assessment, y de un 10 a un 11% de los estudiantes sistemáticamente manifiesta haber tenido pensamientos suicidas en el último año.

¿Cuántos actúan por un impulso suicida?

Los científicos hacen una distinción entre los que piensan en el suicidio y los que realmente han intentado hacerse daño. Este último grupo, una proporción de personas mucho menor, es el más preocupante. Las encuestas nacionales mencionadas también han sondeado a adolescentes y adultos jóvenes de los Estados Unidos sobre intentos de

suicidio concretos. En la encuesta YRBS de 2005, el 13% de los estudiantes secundarios manifestó haber elaborado un plan de cómo suicidarse durante el año anterior. El 8% intentó suicidarse al menos una vez, y el 2% manifestó que el intento de suicidio fue lo suficientemente serio como para requerir tratamiento médico. La otra encuesta nacional de estudiantes secundarios determinó que el 5% de los adolescentes había pasado del pensamiento suicida a la acción con un intento suicida como mínimo. En la encuesta de los CDC de 1995 realizada a estudiantes universitarios de entre 18 y 24 años, el 8% respondió que tenía un plan suicida, el 2% intentó suicidarse al menos una vez y el 0.4% (4 de 1,000) dijo haber tenido un intento que demandó atención médica. En la encuesta de ACHA del año 2006, el 1% de los estudiantes universitarios manifestó haber intentado suicidarse durante el último año.

¿Qué se considera un intento de suicidio?

Tal vez te preguntes dónde termina un comportamiento peligroso y empieza un intento de suicidio. ¿Es un intento de suicidio manejar a gran velocidad? ¿Y si ya anocheció y la carretera está resbaladiza? ¿O si las luces del automóvil no están encendidas? ¿Dónde trazamos la línea? No hay respuestas simples para estas preguntas. Ni los mismos profesionales de salud mental parecen estar siempre de acuerdo. Parte del problema reside en que los investigadores no pueden entrar en la mente de quienes tienen los impulsos suicidas; sólo es posible estudiar lo que dicen y lo que hacen. Otro problema es la terminología. Algunos de los términos utilizados para describir la conducta suicida son, entre otros:

- *Suicidio*: acto de quitarse la vida en forma deliberada.
- *Intento de suicidio*: intento deliberado por quitarse la vida que no termina en la muerte.
- *Parasuicidio*: lesión autoinfligida con o sin intención de causar la muerte (pero que a veces termina igualmente causando la muerte). También se lo conoce como *autolesión deliberada*.
- *Gesto suicida*: lesión autoinfligida que parece ser un intento de suicidio pero que se realiza con la intención de obtener algo de alguien (como atención o amor).
- *Homicidio precipitado por la víctima*: acto en el cual una persona deliberadamente provoca a otra para que emplee la fuerza para quitarle la vida.

Como te podrás imaginar, al menos algunos de estos términos han desatado un importante debate: cuáles son los límites entre ellos, qué tipos de conductas deben incluirse en cada uno e incluso si todos pueden calificarse como actos suicidas. Lo primordial para nosotros es que *todo* acto deliberadamente perjudicial debe ser considerado como una señal de que algo no anda bien. Si te das cuenta de que tienes este tipo de conducta, *aunque parezca leve*, te ruego que consultes a un profesional de salud mental inmediatamente.

Las mujeres jóvenes intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres. En la encuesta YRBS del año 2005, el 11% de las estudiantes mujeres había intentado suicidarse comparado con el 6% de los estudiantes hombres. La diferencia es levemente menor en los intentos de suicidio que demandan atención médica: el 3% son mujeres y el 2% son hombres.

¿Cuántas personas se suicidan?

Hay adolescentes y adultos jóvenes que participan en encuestas y que, como yo, sobrevivieron y pueden hablar sobre sus intentos de suicidio. No todos tienen esa posibilidad. En 2004, por ejemplo, se suicidaron 283 adolescentes jóvenes (entre 10 y 14 años), 1,700 adolescentes (entre 15 y 19 años) y 2,616 adultos jóvenes (entre 20 y 24 años). Esto es un total de 4,599 personas entre 10 y 24 años de edad que se quitaron la vida en 2004. Imagina 70 autobuses escolares llenos de jóvenes que decidieron tirarse por un barranco. Los datos preliminares aportados por los CDC indican que 4,409 personas que tenían entre 5 y 24 años se quitaron la vida en 2005.

Hay adolescentes y adultos jóvenes que participan en encuestas y que, como yo, sobrevivieron y pueden hablar sobre sus intentos de suicidio. No todos tienen esa posibilidad.

A diferencia de la mayor proporción de mujeres que intentan suicidarse, comparada con los hombres, estos mueren por suicidio con una frecuencia casi 6 veces mayor que las mujeres. Esto se debe a que los hombres tienden a elegir métodos más letales. Afortunadamente, el suicidio es poco común: 1.3 personas cada 100,000 que tienen entre 10 y 14 años; 8.2 cada 100,000 personas que tienen entre 15 y 19 años y 12.5 cada 100,000 personas que tienen entre 20 y 24 años. Pero aunque el suicidio sea poco común, es la tercera causa principal de muerte de los jóvenes, después de los accidentes y el homicidio. (También hay que recordar que algunas de las muertes clasificadas como accidentes pueden haber sido, en realidad, suicidios).

Etnia y conducta suicida

Los estudios de investigación sobre la conducta suicida se llevaron a cabo principalmente con participantes blancos. Hasta hace poco, muchos informes no especificaban la identidad racial o étnica de quienes participaban en los estudios. Independientemente de la raza o etnia, las personas que más probabilidades tienen de participar en estudios de investigación son las que están en zonas urbanas, escuelas, universidades u hospitales. Aquellos que no están comprendidos en ninguna de esas categorías, incluidos los miembros de muchos grupos minoritarios, no tienen probabilidades de estar representados en las investigaciones. Las diferencias de población según la región también influyen en los resultados de las investigaciones. Por ejemplo, si la mayoría de los estudios se llevan a cabo en el noreste del país, los grupos que se concentran en el suroeste o en otras partes del país tendrán escasa representación.

Por consiguiente, los datos que voy a presentar sobre las conductas suicidas en grupos minoritarios en los Estados Unidos son, en cierto modo, limitados. En primer lugar, la información no es muy específica: en las estadísticas sobre el suicidio en grupos étnicos minoritarios, frecuentemente se incluyen a subgrupos muy diferentes dentro de categorías más amplias. Por ejemplo, los descendientes de los distintos países latinoamericanos tienen enormes diferencias culturales, pero muchos estudios los

consideran dentro de un único grupo homogéneo. También hay que tener en cuenta los siguientes puntos que afectan la calidad de los datos con los que contamos:

1. Los estudios demuestran que es más probable que las muertes por suicidio de los individuos pertenecientes a grupos étnicos o raciales minoritarios hayan sido erróneamente calificadas como muertes “accidentales” o “por causas desconocidas”. No sabemos exactamente por qué sucede esto, aunque en parte puede deberse a diferencias en los métodos empleados por los distintos grupos para suicidarse (como una sobredosis, un arma o un ahogo). El resultado es que la cantidad de suicidios registrados en grupos étnicos y minoritarios es, casi con seguridad, menor que la cantidad real de muertes por suicidio.

...la cantidad de suicidios registrados en grupos étnicos y minoritarios es, casi con seguridad, menor que la cantidad real de muertes por suicidio.

2. Muchos de los grupos raciales o étnicos minoritarios tienen una visión extremadamente negativa sobre las enfermedades mentales y su atención médica, de modo que es posible que muchos individuos que pertenecen a estos grupos no informen los intentos de suicidios ni recurran a profesionales de salud mental en busca de ayuda. El resultado es que sabemos menos sobre suicidalidad en estos grupos comparado con lo que sabemos sobre suicidalidad en otros grupos en los cuales el tema es menos tabú.

ESTADOUNIDENSES DE ORIGEN AFRICANO

El suicidio es la tercera causa principal de muerte de los estadounidenses de origen africano de entre 15 y 24 años de edad. La tasa de suicidios más elevada corresponde a los hombres de entre 20 y 24 años, pero las mujeres negras tienen el doble de probabilidad de cometer intentos de suicidio comparado con los hombres negros (9.8% contra 5.2%). En 2005, comparado con el promedio nacional, una menor cantidad de estudiantes secundarios de origen africano consideraron seriamente el suicidio (12.2% contra 16.9%) o intentaron suicidarse (7.6% contra 8.4%).

Sin embargo, estudios recientes indican que, durante el transcurso de la vida, la cantidad de estadounidenses de origen africano que intentan suicidarse (4.1%) es casi igual al promedio nacional (4.6%).

En general, la probabilidad de que los estadounidenses de origen africano tengan conductas suicidas es más baja debido a la religión y a las creencias espirituales. La religión brinda la oportunidad de proporcionar contención social (especialmente a las mujeres negras), y la creencia fuertemente arraigada de que el suicidio es pecado puede resultar protectora. Lamentablemente, otras creencias culturales afines sobre las enfermedades mentales pueden impedir que personas de origen africano pidan ayuda. Las investigaciones indican que muchos estadounidenses de origen africano no buscan tratamiento para la depresión aún padeciendo síntomas graves. Otro factor que puede contribuir es la disparidad en la atención médica. Hay estudios que descubrieron que las

personas de origen africano tienen más probabilidades de recibir un diagnóstico equivocado y una deficiente atención médica que las de origen caucásico.

NATIVOS AMERICANOS Y NATIVOS DE ALASKA

El suicidio es la segunda causa principal de muerte de los nativos americanos de entre 10 y 34 años, y las tasas más elevadas se presentan generalmente en hombres de entre 15 y 24 años. En una encuesta nacional, el 16.9% de los estudiantes nativos americanos de escuelas secundarias respondieron que habían intentado suicidarse el año anterior, lo cual es significativamente más elevado que el promedio nacional de 8.4%. En la mayoría de los otros informes, los nativos americanos y los nativos de Alaska pertenecen a la categoría "Otros" grupos raciales y, por consiguiente, contamos con menos información sobre la conducta suicida de estos grupos.

Muchas tribus de indígenas americanos luchan contra elevadas tasas de pobreza, consumo de alcohol y drogas, y depresión. Algunos trabajos de investigación han identificado al conflicto entre las costumbres tribales y la adaptación a la cultura dominante de los Estados Unidos como una de las fuentes de depresión y pensamientos suicidas. Además, muchas tribus de nativos americanos están ubicadas en las zonas rurales y cuentan con mínimo acceso a la atención médica, especialmente a tratamientos que respeten su cultura. Se han desarrollado, no obstante, algunos programas para trabajar con nativos americanos jóvenes que tuvieron éxito. En estos programas, generalmente se trabaja dentro de la cultura de la tribu para mejorar el apoyo de los pares, las relaciones familiares y la espiritualidad.

LATINOS/ESTADOUNIDENSES DE ORIGEN HISPANO

El suicidio es la tercera causa principal de muerte entre los estadounidenses de origen hispano que tienen entre 15 y 24 años, pero las tasas más altas se encuentran entre los hombres de edad avanzada (mayores de 85 años). En una encuesta nacional, la cantidad de estudiantes secundarios de origen hispano que manifestaron haber considerado seriamente el suicidio era similar al promedio nacional (17.9% contra 16.9%), pero una mayor cantidad de estudiantes de origen hispano intentaron suicidarse (11.3% contra 8.4%). Las mujeres de origen hispano tienen el doble de probabilidades que los hombres del mismo origen de manifestar un intento de suicidio en la encuesta de la escuela secundaria (14.9% contra 7.8%).

Los estudios demuestran que muchos latinos que padecen problemas de salud mental no buscan la ayuda de un proveedor de atención médica (menos de uno en cinco) o un profesional de salud mental (menos de uno en once). Entre los descendientes de latinoamericanos, aquellos que nacieron en los Estados Unidos tienen más probabilidades de padecer problemas relacionados con la salud mental. Las investigaciones sugieren que es posible que los latinos nacidos en los Estados Unidos tengan conflictos entre el idioma y la cultura familiar, y la cultura de los Estados Unidos, predominantemente de habla inglesa. Los estudios realizados con latinos nacidos en otros países han descubierto que las creencias religiosas, la contención social y la claridad de objetivos en la vida pueden ayudar a reducir el riesgo de poseer conducta suicida.

ESTADOUNIDENSES DE ORIGEN ASIÁTICO E ISLEÑOS DEL PACÍFICO

El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los estadounidenses de origen asiático que tienen entre 15 y 24 años, pero las tasas más elevadas se presentan en hombres de edad avanzada (mayores de 85 años). Según un estudio que combinó los datos provenientes de encuestas realizadas durante cuatro años, el porcentaje de estudiantes secundarios de origen asiático que dijeron haber considerado el suicidio seriamente (24.7%) o que habían intentado suicidarse (8.9%) era similar a los promedios nacionales (23.7% para los que consideraron el suicidio y 7.7% para los que lo intentaron). Lamentablemente, los estadounidenses de origen asiático y los isleños del Pacífico pertenecen a la categoría “Otra” identidad racial y, por lo tanto, contamos con menos información sobre la conducta suicida de estos grupos.

Algunos trabajos de investigación han señalado que las creencias espirituales de los estadounidenses de origen asiático (como el budismo, el confucianismo y el taoísmo) pueden ser de ayuda en la prevención de conductas suicidas. Por otra parte, es posible que algunas creencias tradicionales sobre las enfermedades mentales y el suicidio no insten a los estadounidenses de origen asiático a hablar sobre la salud mental y a pedir ayuda. Además, algunos manifestaron que el idioma y otras diferencias culturales actúan como una barrera que dificulta el acceso a una atención médica efectiva.

Lágrimas por miles de muertes

A pesar de todas las limitaciones de los datos que tenemos sobre uno y otro grupo — negros, blancos, asiáticos, latinos, nativos, etc.— hay un hecho que es irrefutable: demasiados jóvenes están en riesgo de cometer suicidio y demasiados murieron por propia mano. Llora a los 4,000 o más jóvenes cuyas vidas se pierden a causa del suicidio cada año y llora por los miles que siguieron vivos pero sintiéndose tan mal que pensaron en el suicidio o intentaron quitarse la vida. Cada vez que escucho hablar de un intento de suicidio o de un suicidio consumado siento como si una flecha me atravesara el pecho. Llora cuando leo en los medios las historias de estos jóvenes y comprendo perfectamente el espantoso caos emocional por el que atravesaron. ¿Cuáles son las causas de estas conductas? Creo que el deseo de morir es fundamentalmente el deseo de poner fin a un dolor intolerable, pero las fuentes de ese dolor son complejas. La ciencia puede ayudar a aclarar los orígenes y las causas del suicidio, pero sólo mediante la experiencia personal se puede entender el horror y el tormento diario de querer morir. Para intentar obtener una idea completa de lo que es una crisis suicida, en el próximo capítulo, continuaré con mi historia para que podamos ver de qué manera la ciencia del suicidio puede concretarse en la vida real.

Creo que el deseo de morir es fundamentalmente el deseo de poner fin a un dolor intolerable, pero las fuentes de ese dolor son complejas.

Orientación sexual y conducta suicida

Varios estudios de investigación han demostrado que es más probable que los jóvenes que se identifican como homosexuales o las jóvenes que se identifican como lesbianas piensen en el suicidio o lo intenten, comparados con sus pares heterosexuales. Los adolescentes que se sienten atraídos por personas de su mismo sexo tienen un mayor riesgo de intento de suicidio, aunque no hayan tenido aún relaciones sexuales con nadie. Sin embargo, es probable que los jóvenes que ya tuvieron relaciones sexuales corran el mayor riesgo. Los estudios indican que entre el 18.5% y el 42% de los jóvenes homosexuales han intentado suicidarse.

Tal vez te preguntes cuál es la razón por la que existe una gama tan amplia de resultados. En primer lugar, porque no todos tienen la misma opinión sobre lo que debe considerarse intento de suicidio, de manera que distintas encuestas utilizan distinta terminología y, por lo tanto, los resultados obtenidos son distintos. También dependemos de la información sobre orientación sexual que los participantes brindan en las encuestas. Nuevamente, las preguntas varían notablemente (“¿Te identificas como homosexual?”, “¿Cuál es tu orientación sexual?”, “¿Te sentiste alguna vez atraído por una persona de tu mismo sexo?”), lo cual causa dificultades al momento de determinar si los distintos estudios se refieren a los mismos grupos. Por último, no todos los adolescentes están lo suficientemente seguros acerca de su orientación sexual como para dar respuestas inequívocas.

¿Por qué el riesgo de presentar conducta suicida es tan elevado en adolescentes lesbianas y homosexuales (y posiblemente, bisexuales y transexuales)? No tenemos una respuesta satisfactoria a esa pregunta. Hay investigaciones que indican que el riesgo más alto lo corren los jóvenes homosexuales que están deprimidos o ansiosos, que consumen drogas o que tienen antecedentes de abuso sexual. Otros estudios sugieren que las presiones específicas a las que están sometidos los homosexuales y las lesbianas pueden incrementar el riesgo de suicidio. Dichas presiones incluyen, por ejemplo, contar a otros la propia orientación sexual demasiado pronto, tener conflictos con miembros de la familia u otras personas sobre el tema, resolver el propio conflicto interno que se genera o decidir no contarle nada a nadie. El consenso actual es que *todo* adolescente que enfrenta vivencias en las que se siente marginado, rechazado, aislado o victimizado tiene mayor probabilidad de manifestar emociones y patrones de superación negativos que pueden generar conductas suicidas.

Antecedentes

Toda crisis tiene antecedentes en el pasado. A menudo, tanto cuando estoy en terapia como cuando escribo, me resulta difícil revivir todo lo que desencadenó la crisis suicida. Los episodios negativos del pasado vuelven a la mente con relativa facilidad, pero es duro pensar en ellos durante mucho tiempo y, honestamente, esa es la razón por la que siempre pospuse escribir este capítulo. Aún ahora, hay muchas experiencias del pasado que me resultan dolorosas y, a raíz de ello, no puedo contarlas en forma lineal. Luego el Dr. Brent me preguntó sobre las experiencias positivas del pasado, y me di cuenta de que había omitido considerarlas cuando comencé a planear el libro. Esta omisión resulta interesante; tal vez sea el resultado de haberme concentrado tanto en un solo tema, el suicidio, que es sombrío por naturaleza. Sin embargo, volviendo un poco la vista atrás, puedo recordar muchas cosas del pasado que fueron positivas y creo que es importante no olvidarme de ellas en este momento. Tampoco debo olvidarme de mencionar hasta qué punto ciertos rasgos de mi forma de ser —las fortalezas de mi personalidad, podría decirse— me ayudaron a navegar por el mundo que conocí de pequeño y el mundo que llegué a conocer de adulto. En resumen, aunque es necesario que conozcas qué fue lo que creó el marco para que se desencadenara la crisis, también quiero mostrarte aspectos de mi vida que, con el tiempo, crearon el marco adecuado para la recuperación. Al leer mi historia, tal vez puedas, además de concentrarte en tus propios recuerdos dolorosos, recordar tus fortalezas y tus experiencias positivas. Tu recuperación depende en parte de que te aferres a ellas también.

¿Qué significa “fortalezas de tu personalidad”? O, una cuestión más básica, ¿qué es la “personalidad”? Se han escrito libros enteros sobre este tema, pero, en resumen, el concepto de personalidad describe el patrón único de emociones, pensamientos y conductas de un individuo. La personalidad es una mezcla de las tendencias heredadas y de la experiencia individual en el mundo. Resulta difícil determinar cuánto de nuestra personalidad se atribuye a nuestra estructura genética (nuestra naturaleza) y cuánto al entorno en particular que nos rodea y nos nutre (el mundo social de la familia, los amigos, la comunidad, etc.). Muchos investigadores dedicaron sus carreras enteras a responder esta sola pregunta, pero a los fines de este libro, todo lo que necesitamos saber es que los rasgos inherentes de nuestra personalidad, conjuntamente con la química de nuestra mente y otros factores biológicos, interactúan con el entorno para que seamos lo que somos. En este capítulo, intentaré describir las piezas de este “rompecabezas de interrelaciones” en forma general, utilizando mis propias experiencias como ejemplo, para que comprendamos hasta qué punto las diversas piezas pueden o no poner a alguien en riesgo de manifestar conductas suicidas.

Niño inteligente y vivaz conoce el mundo urbano negro

Este hubiese podido ser el título de la descripción del desarrollo de mi personalidad. En

primer lugar, vamos a concentrarnos en la primera mitad del título: el niño, el joven llamado DeQuincy Alexander Lezine. ¿Quién es? ¿Qué rasgos tiene?

Siempre aprendí con rapidez y mis padres afirmaban que mi inteligencia y creatividad les hacía recordar a ciertos miembros de la familia. Algunos de mis tíos por parte de mi padre pintaban hermosas escenas de naturaleza muerta, mientras que mi padre prefería hacer dibujos con lápiz o carbonilla. En mi infancia, mi hermano y yo aprendimos a dibujar y a mezclar colores imitando el trabajo de nuestro padre. Por parte de mi madre, no había muchos artistas, pero obtenían buenos resultados académicos. En general, la inteligencia y la creatividad son positivas, y yo era recompensado con buenas calificaciones en el boletín y oportunidades académicas especiales (como el ingreso a las clases para “niños dotados y talentosos”) por presentar esas características. Por otra parte, el valor de ciertos rasgos de la personalidad depende del ámbito en el cual estos se ponen de manifiesto. Fuera de la escuela, yo usaba la inteligencia y la creatividad para hacer travesuras y encontrar la forma de salirme con la mía. En particular, me dediqué al hurto. Disfrutaba tanto de los juguetes que robaba como de la velocidad de la huída para no ser capturado. Claro que a veces mis padres me descubrían al notar juguetes que ellos no habían comprado desparramados por toda la casa.

Al igual que otros artistas, también tenía tendencia a sentir emociones muy intensas. Algunos escritores llaman a esta tendencia “temperamento artístico”. (Como acotación al margen, un estudio demostró que un grupo de estudiantes de creación literaria presentaba tasas de depresión y alcoholismo dentro de la familia mucho más elevadas que las de un grupo comparable de estudiantes de historia, y hay evidencia de que muchos artistas y músicos en la historia han padecido depresión o trastorno bipolar. En otras palabras, es posible que haya algo de verdad en la noción de que la confusión emocional interna y la creatividad están, de alguna manera, conectadas). Cuando estaba feliz, sentía euforia pero, cuando estaba triste, vivía en un infierno negro. Cuando estaba enojado, la furia parecía ser un fuego arrasador que me consumía totalmente, hasta el punto de sentirme demasiado calcinado como para seguir ardiendo. Tal vez, esas hayan sido las primeras señales del trastorno bipolar que me diagnosticaron muchos años más tarde pero, en ese entonces, nadie pensaba que los niños pudiesen ser vulnerables a esa enfermedad. Por el contrario, cuando era joven, escuchaba decir que había heredado el espíritu fogoso de los Lezine, que había caracterizado a mi familia durante generaciones. Este espíritu a veces me hacía aterrizar en la oficina del director de la escuela por pelear, y mi padre me advertía sobre la implacable furia que venía de familia.

*Cuando estaba feliz,
sentía euforia pero,
cuando estaba triste,
vivía en un infierno
negro.*

No obstante, comprendí que esta herencia en particular podía, a veces, ser positiva. Cuando estaba canalizada hacia la obtención de un objetivo en particular, la furia podía hacer más que meterme en problemas: podía darme impulso. Por lo tanto, cuando enfrentaba un desafío, estaba en mi mejor momento. Desde que tengo uso de razón, creí que no había casi nada que no podría aprender si sólo se me presentaba la oportunidad. Sin embargo, mientras intentaba dominar mi temperamento, solía mantenerme alejado de los demás y tenía pocos amigos íntimos. Era, y aún soy, introvertido. Me gustaba —y de hecho, necesitaba— tener tiempo para estar solo y

espacio para ordenar los pensamientos. Aunque disfrutaba de un buen partido de básquetbol como la mayoría de los otros niños del barrio, probablemente dedicaba más tiempo a leer y a dibujar, actividades solitarias. Yo también sufrí, como muchos otros niños, las burlas y el acoso de mis compañeros. Esas experiencias reforzaron mi tendencia a mantenerme alejado de los grupos sociales y a enfrentar situaciones sociales con cautela.

Cuando las circunstancias no involucraban a una gran cantidad de personas, seguía buscando experiencias nuevas e interesantes. Como dije anteriormente, me sentía un explorador. Además de eso, siempre necesité ver, hacer o aprender cosas nuevas. De otra manera, me aburría. Mi padre suele contar que un día lo interrumpí mientras estaba arreglando el automóvil de un amigo para ganar algo de dinero extra. Levantó la vista y allí estaba Alexander, llegando a casa mucho antes de la hora de salida de la escuela. Cuando me preguntó por qué, dije que me había ido porque estaba aburrido. Este tipo de actos basados en la frustración ejemplifican mi naturaleza impulsiva. Aquel incidente, junto con el elevado puntaje obtenido en las pruebas de coeficiente intelectual, me aseguró un lugar en las clases para niños talentosos para que la escuela me interese.

Rasgos de la personalidad y suicidio

FACTORES DE RIESGO

Ahora ya conoces algunos de los rasgos básicos de mi personalidad: soy inteligente, creativo, sumamente impulsivo, agresivo, introvertido, caigo fácilmente en el aburrimiento, etc. Algunos de estos rasgos son positivos, pero otros me causaron muchos problemas, especialmente más adelante cuando se transformaron en parte de la dinamita que explotó haciendo pedazos mi primer año de universidad y lograron que cayera en picada hacia el suicidio. De hecho, estos rasgos están entre los “factores de riesgo” del suicidio que ya mencioné. Te recuerdo que un factor de riesgo es una circunstancia o evento que aumenta la probabilidad de que una persona padezca una determinada enfermedad o trastorno, o bien que tenga predisposición a sufrir algún tipo de daño. (Por ejemplo, fumar constituye un factor de riesgo del cáncer de pulmón). Aunque probablemente aún no se cuenta con información suficiente sobre la relación entre personalidad y conducta suicida, especialmente en los jóvenes, ciertos rasgos parecen aumentar el riesgo de suicidio. Determinadas combinaciones de rasgos osados pueden resultar especialmente peligrosas. Por ejemplo, a mí me gustaba ir en búsqueda de emociones y “aventuras”, pero también pasaba mucho tiempo solo, así que había pocas personas cerca de mí que podían ayudarme a que no me metiera en problemas. Esta combinación llegó a ser extremadamente peligrosa durante la adolescencia.

Determinadas combinaciones de rasgos osados pueden resultar especialmente peligrosas.

Demos una mirada a los rasgos de personalidad más fáciles de identificar que pueden aumentar el riesgo de suicidio:

- *Impulsividad* es la tendencia a actuar a partir de una determinada situación o

sensación, sin haber pensado demasiado en el asunto. A veces —por ejemplo, al hacer una “compra impulsiva” de golosinas o de una revista mientras esperamos en la fila del supermercado— las consecuencias son menores. Otras veces, las consecuencias pueden ser serias, por ejemplo, intentar suicidarse de manera impulsiva después de pelearse con un novio o una novia. Los estudios de investigación indican sistemáticamente que quienes son propensos a actuar de manera impulsiva en general tienen más probabilidades de intentar o consumir un suicidio, especialmente cuando son adolescentes o adultos jóvenes. Los científicos han relacionado algunas formas de impulsividad con el desequilibrio de ciertas sustancias químicas en el cerebro, y se trata de un rasgo que puede ser heredado.

- *Búsqueda de lo novedoso* se refiere a la predisposición a buscar nueva información, dedicarse a buscar experiencias gratificantes e investigar actividades desconocidas y emocionantes. Una persona con estos rasgos es probablemente curiosa y creativa, pero también tiene poca tolerancia a la frustración, mal genio e impulsividad. Al igual que aquellos que presentan el rasgo más general de la impulsividad, los individuos que buscan lo novedoso tienen más probabilidad de pasar rápidamente a la acción basándose en la frustración o el enojo, lo cual aumenta el riesgo de suicidio.
- *Agresión reactiva* es la tendencia a reaccionar de manera impulsiva y, a veces, agresiva ante las situaciones, y está íntimamente relacionada con la impulsividad. La agresión como reacción ante una amenaza o provocación percibida es muy diferente de la agresión premeditada que se planifica para obtener alguna meta específica (que se conoce con el nombre de *agresión proactiva o instrumental*). La agresión reactiva, defensiva o impulsiva está estrechamente relacionada con la conducta suicida. Frente a una amenaza o frustración, las personas que manifiestan agresión reactiva pueden arremeter contra alguien o bien dañarse a sí mismas. Esta clase de agresión también está asociada a la química cerebral y puede tratarse de un rasgo heredado.
- *Introversión* es la tendencia de una persona a ser callada y retraída desde el punto de vista social y a estar mayormente interesada en sus propios pensamientos. Durante décadas de investigación, la introversión ha sido identificada como un rasgo parcialmente genético, estrechamente relacionada con el suicidio. Imagina un espectro de conducta en el que la introversión está en un extremo y la extroversión (ser muy sociable) en el extremo opuesto. Las personas que se ubican más cerca del extremo del espectro que corresponde a la introversión se definen como *introvertidas*. A las personas introvertidas como yo nos gusta estar solos o en compañía de un pequeño grupo de amigos íntimos.
- *Evitación del dolor* se refiere a la predisposición a evitar el castigo y está estrechamente relacionada con la introversión. Cuando una persona está muy preocupada por evitar el dolor, es probable que sienta ansiedad o pesimismo sobre el futuro, que sienta temor ante la incertidumbre y que se anticipe y se desespere ante problemas que pueden o no suceder. Esta clase de preocupación cargada de pesimismo ha sido asociada con la depresión y la conducta suicida. A veces puede ser que la persona intente escapar de una amenaza percibida y, otras veces, puede

ser un intento por escapar de una fuente de ansiedad constante y dolorosa.

- *Inhibición social* se refiere a la tendencia a no participar en situaciones sociales o a tener una sensación de incomodidad al estar rodeado de gente. Así mismo, como es de esperar, las personas que son muy introvertidas o que evitan mucho el dolor generalmente presentan este rasgo. Lamentablemente, esto puede llevar a estas personas a un estado de aislamiento emocional autodestructivo: sin contención social, es posible que elucubren pensamientos suicidas y que sientan que no pueden deshacerse de un estado de ánimo que se torna cada vez más peligroso. Además, para aquellas personas que cuentan con un círculo de amigos pequeño, cada pérdida o conflicto con un amigo puede tener un impacto mucho más importante.
- *Neuroticismo*, o emocionalidad, se refiere a la tendencia a tener emociones negativas como ansiedad, enojo y depresión, especialmente en situaciones de estrés. Las personas muy emocionales pueden presentar más probabilidad de percibir las situaciones como amenazadoras o estresantes. En psicología, el grado de inestabilidad emocional se denomina *nivel de neuroticismo*. Como te podrás imaginar, este rasgo está íntimamente ligado a la evitación del dolor, por cuanto también se manifiesta para alejarse de los sentimientos negativos. Este rasgo además está asociado tanto a los trastornos del estado de ánimo (como la depresión y el trastorno bipolar, sobre los cuales hablaré luego en más detalle) como al suicidio.

FACTORES PROTECTORES

Sin duda, existen rasgos que pueden proteger a una persona contra la conducta o el pensamiento suicida. Una persona con tendencias opuestas a los rasgos que acabo de mencionar, al menos, evitará dichos riesgos de suicidio en particular. Algunos estudios de investigación analizaron estos rasgos que, además de disminuir el riesgo, pueden brindar verdadera protección a una persona contra el suicidio. Hay al menos tres rasgos que merecen ser mencionados como rasgos potencialmente protectores:

Existen rasgos que pueden proteger a una persona contra la conducta o el pensamiento suicida.

- *Extroversión* es la tendencia a buscar y disfrutar la interacción social. Las personas extrovertidas son generalmente simpáticas, sociables, seguras y conversadoras. Por consiguiente, es probable que participen en grandes redes sociales. Dado que tienen una gran cantidad de amigos y contactos, los extrovertidos tienen más oportunidades de conseguir contención social si se deprimen o manifiestan una tendencia suicida.
- *Optimismo* es ver la vida desde un punto de vista positivo. El optimista cree que las personas son en general buenas y que las cosas van a andar bien en el futuro. Es probable que esta perspectiva evite que aparezcan la desesperanza y la depresión cuando las cosas no salen bien. A diferencia del pesimista que ve toda consecuencia como inevitable y definitiva, el optimista tiene mayor probabilidad

- de hacer frente a las desilusiones o las frustraciones con las que se encuentra y considerarlas como algo pasajero.
- *Trascendencia* se refiere a la sensación de que estamos conectados a algo superior a nosotros mismos; se trata, en general, de un sentimiento de naturaleza religiosa o espiritual. Algunos científicos creen que esta característica puede ser protectora, pero es necesario investigar esta posibilidad más profundamente.

Comienzo turbulento

Consideremos ahora la segunda mitad del título que mencioné unas páginas atrás: el mundo de mi infancia, el área urbana de Los Ángeles. Como muchos otros estadounidenses, crecí en una familia de clase trabajadora. Nos mudamos muchas veces. La primera casa que recuerdo no tenía mucho jardín, y mi hermano y yo jugábamos en un patio trasero de tierra y pasto calcinado, en una pequeña área rodeada por un cerco de alambre. En una época, vivimos en un apartamento de planta baja ubicado en el fondo de un terreno, con un anciano pariente lejano que vivía en el primer piso y algunos primos que vivían en la casa que estaba al frente del terreno. A la salida de la escuela, mi hermano y yo jugábamos con nuestros primos o íbamos a su casa a tomar Kool-Aid helado en vasos de plástico mientras mirábamos videos de Michael Jackson o películas de kung-fu.

Recuerdo solamente algunos eventos que claramente marcaron los primeros años de mi infancia. Los que sobresalen son los dramáticos o emocionales, como cuando mi mamá adoptó al gato del barrio, Medianoche, o cuando mi papá perseguía a uno de nuestros primos por la calle con una navaja en la mano. El concepto de familia era confuso. Yo sabía que mi familia me amaba, pero también sentía que debía ser cauteloso con ellos.

Durante un tiempo, la persona que más nos cuidó fue nuestra abuela paterna. Me encantaba el aroma a galletas con trozos de chocolate recién horneadas que impregnaba el aire de la casa. A pesar del constante olor a humo de cigarrillo, siempre nos alegrábamos ante la promesa de comer chocolate. La mayoría de las veces me hacía feliz comer galletas y jugar a las escondidas cerca del cantero de los cactus, o admirar las interminables telarañas que poblaban los arbustos del sendero. Sin embargo, los recuerdos más vívidos que tengo confunden el concepto de familia. Tengo el recuerdo de un primo mostrándome bolsas plásticas llenas de billetes de cien dólares triturados, provenientes de ventas de droga fallidas. Recuerdo a mi abuela amenazando con dispararle a uno de mis tíos por haberle robado dinero.

Además de todo este dramatismo, en el aire flotaba una sensación de desesperanza que todo lo invadía. Nunca olvidaré a mi abuela paterna cuando afirmaba que en nuestro barrio había sólo dos clases de personas: “los negros y los mejicanos”. Nosotros pertenecíamos a la primera, y ella sostenía que nunca nadie de nuestro barrio “llegaría a nada”. Sin embargo, no era su intención menospreciarnos; era simplemente su forma de ver el mundo. Muchos vecinos del barrio simplemente

Además de todo este dramatismo, en el aire flotaba una sensación de desesperanza que todo lo invadía.

aceptaban que vivirían y morirían en circunstancias similares. Igual que mi abuela, simplemente creían que así era la realidad. Pero era una realidad que yo no podía aceptar.

Afortunadamente, había otras personas que pensaban que yo podía lograr otras cosas, como mi abuela materna. Siempre me agradó, aunque pasaba más tiempo bebiendo, fumando y apostando en Las Vegas que visitándonos en Los Ángeles. Recuerdo que una vez la visité en Chicago y me dijo que yo podría lograr cualquier cosa que me propusiera, ya sea jugar mejor al fútbol o tener mejores calificaciones en la escuela. Mi mamá también creía en nosotros (en mi hermano y en mí) y quería que fuéramos felices. Tenía mucho humor y me enseñó a reír en los momentos duros de la vida. Pero mamá también sufría cambios en el estado de ánimo y siempre estaba en búsqueda de emociones, una mala combinación que suele llevar al abuso de sustancias. Cuando abandonó a la familia siendo yo joven, quedó atrapada en una maraña de alcoholismo y drogas. Su partida afectó mucho a todos los miembros de la familia. No sé si fue consciente o no, pero en ese momento empecé a perder la confianza en que todo saldría bien. (Me alegra decir que eventualmente mi madre superó el problema de abuso de sustancias y acaba de celebrar 15 años de recuperación de la adicción).

Mi papá trató de ayudarme a desarrollar mis capacidades y de lograr un equilibrio entre decirle a su hijo que era inteligente e intentar a la vez cultivar en él la humildad. Papá tuvo dificultades con las cuestiones académicas desde muy temprano en la vida y debió superar su tartamudez y la escasa educación que tenía para lograr por sí solo aprender a leer correctamente. Sin embargo, una vez que lo logró, leía con voracidad y se convirtió en un coleccionista de libros que siempre estimuló a sus hijos a no dejar nunca de aprender.

La relación con mi padre era complicada. En muchos aspectos, era un modelo de conducta a seguir. Era un hombre trabajador que mantenía a sus hijos y trabajaba más duro aún cuando mamá se fue. Papá me enseñó a jugar al básquetbol, a hacer bosquejos e historietas, a arreglar cosas de la casa y a limpiar: básicamente todo lo que necesitaría como adulto. Solíamos ir de pesca mi papá, mi hermano y yo, y sentados a la orilla junto al agua, sentíamos como se entumecían nuestros traseros apoyados sobre una piedra mientras contábamos chistes y reíamos.

Sin embargo, no todo era alegría. Papá tenía su lado oscuro, especialmente después del divorcio. Aunque finalmente dejó de beber, en ese entonces, bebía unas cuantas botellas de Olde English 800 (una cerveza de malta de 40 onzas) y nos sermoneaba durante horas sobre todo lo que podía sucedernos en la calle. Teníamos que tener cuidado con los gánsteres, los ladrones, los carteristas, los señores de la droga, los propietarios de viviendas de barrios bajos, los estafadores, los matones, los prejuicios, el gobierno. No recuerdo los detalles de la mayoría de sus sermones. La mayor parte del tiempo pensaba: *tengo frío y sueño, y me duelen mucho las piernas de estar parado*. A veces, sin embargo, sentíamos miedo. Estar con la cabeza apretada debajo de la bota número 12 de tu padre mientras hace una “demostración” de la manera en que la policía trata a los negros tiende a generar cierto temor. También estaban los azotes —o las palizas— que recibíamos como castigo. Me daba fuertes latigazos con un cinto de cuero o con una prolongación, y me quedaban marcas que duraban por lo

Lo único que sabía era que debía alejarme lo antes posible de mi hogar.

menos hasta el día siguiente.

Cuando sospechaba que abrigábamos oscuros pensamientos de venganza, vociferaba que si alguna vez intentábamos tomar represalias en su contra, nos mataría. *Yo los traje a este mundo y yo puedo sacarlos de él.* Tal vez entraría sigilosamente por la noche, nos decía, y nos degollaría mientras dormíamos. Todos tenemos nuestros propios demonios. ¿Qué experiencias habían dejado cicatrices tan profundas en mi padre para que pensara que era necesario hacer esto a sus hijos? No lo sé. Lo único que sabía era que *debía* alejarme lo antes posible de mi hogar.

Mi vida social también era una mezcla. Éramos una familia que practicaba el cristianismo como testigos de Jehová, y asistíamos a los servicios tres veces por semana. Hay pocas cosas en el mundo más reconfortantes que creer que existe una fuerza superior que se preocupa por tu bienestar. La congregación también actuaba como un clan familiar que se preocupaba por mí. Cuando estuve en México, los testigos de Jehová locales nos trataron como si fuésemos de la familia, a pesar de las diferencias de raza e idioma. Pero fuera de nuestra organización, nos aislaban y menospreciaban por nuestras creencias. Pareciera que la niñez magnifica las diferencias. Además de la religión, había otras diferencias que me caracterizaban de ridículo: yo era el niño inteligente sin ropa de marca, el niño alto que sobresalía en las fotos escolares y el niño que debía volver directamente a casa a la salida de la escuela. Tener una familia espiritual contrarrestó algunos de todos estos aspectos negativos y ayudó a mantenerme alejado del alcohol, las drogas y otros problemas. Tener maestros y consejeros que me alentaban a seguir aprendiendo y a seguir una carrera universitaria ayudó a mantener mi autoestima elevada. No obstante, me hacía daño que se burlaran de mí y me ridiculizaran todo el tiempo.

Lo que yo quería, como todos los demás, era encontrar un grupo de pares con el que yo me sintiera cómodo. Tenía la sensación de que cada vez que lograba tener un pequeño grupo de amigos, ellos o mi familia se mudaban a otra ciudad. Como consecuencia, parecía que las amistades eran pocas y duraban sólo unos pocos años. Entre los altibajos con mi familia y la incertidumbre de las relaciones con los pares, mi tendencia original a ser introvertido se reafirmaba de manera regular.

Entorno social y suicidio

FACTORES DE RIESGO

Se define como entorno a los elementos externos que rodean a una persona y que afectan su desarrollo y conducta. Como he mencionado, el entorno social incluye a la familia, los amigos, la comunidad, es decir, a las personas con las que interactuamos y nos relacionamos. Por consiguiente, el entorno social en el que vivimos afecta enormemente nuestra vida. Y al igual que con la personalidad, la investigación ha identificado algunas de las situaciones que aumentan el riesgo de tener conductas suicidas. Lamentablemente, yo pasé por varias de estas situaciones. Algunas generan riesgos a largo plazo, y es posible que otras, de repente, desencadenen un intento de suicidio o lo agraven haciéndolo mortal.

El entorno social en el que vivimos afecta enormemente nuestra vida.

- Generalmente, *los eventos negativos de la vida* (incluidos el abuso, los problemas legales o disciplinarios, el divorcio, la muerte de un progenitor, la pérdida de un amigo, la pérdida de un novio o novia) pueden desencadenar sentimientos suicidas. Estas clases de agentes causantes de estrés pueden arremeter contra la capacidad de superación de las personas, especialmente cuando se trata de una fuente de estrés nueva o desconocida. Pero a cualquier edad, es posible aprender a sobrellevar las experiencias traumáticas o estresantes, a veces con la ayuda de otras personas como terapeutas o integrantes del clero.
- *Los conflictos familiares* o las peleas y las discusiones permanentes entre padres e hijos pueden generar tanto riesgo de suicidio a largo plazo como pensamientos suicidas inmediatos. Algunos niños manifiestan pensamientos suicidas después de haber participado en discusiones importantes, de haber sido separados del padre o la madre, o del divorcio de los padres. Otros niños pueden padecer depresión, trastornos de ansiedad o problemas con el alcohol y las drogas, factores que aumentan el riesgo de manifestar una conducta suicida posteriormente. En general, los niños son más sensibles a los conflictos con los padres, mientras que los adolescentes son más sensibles a los conflictos con los pares.
- *El abuso y el abandono infantil* pueden ser considerados como tipos graves de conflicto. A menudo, la persona que maltrata al niño es un miembro de la familia u otro adulto de confianza. Los adolescentes que han sido abusados enfrentan un terrible dilema: un ser querido violó su confianza y les causó heridas en la mente o el cuerpo. Las personas que han sufrido el abuso o el abandono de niños tienen mayor riesgo de padecer problemas emocionales, trastornos psiquiátricos y comportamiento suicida al llegar a la adolescencia o a la adultez.

El potencial suicida de las cicatrices de la niñez

Abuso infantil es un término legal que cada estado define de acuerdo con ciertas pautas federales. En general, hay cuatro tipos de maltrato infantil según la ley estatal:

- El abuso o la explotación sexual incluye obligar a un niño a realizar actividades sexuales, a asistir a un adulto en actividades sexuales (p.ej. tocar los genitales) o a posar para tomarle fotografías de carácter sexual. Otros ejemplos incluyen exponer a los niños al sexo entre adultos, la prostitución infantil y la pornografía infantil (incluida la comunicación por Internet).
- El abuso físico incluye las acciones agresivas que causan daño al niño, como golpear, patear, quemar, empujar o morder. En muchos estados, el castigo físico (el uso de un tipo de fuerza que causa dolor para disciplinar a un niño sin intención de causarle heridas) no es considerado abuso infantil. Sin embargo, un ataque con ira (castigo físico grave) puede fácilmente pasarse de la raya y convertirse en

abuso.

- El abandono se define como un patrón por el cual no se satisfacen las necesidades básicas físicas, educativas y emocionales del niño. Dichas necesidades incluyen alimentación adecuada, vestimenta, atención médica y educación.
- El abuso verbal o el abuso emocional incluye las acciones destinadas a intimidar (gritar, amenazar, acosar), denigrar, acusar, ignorar, rechazar o explotar a un niño. Hasta el momento en que escribí este libro, el abuso emocional es considerado abuso infantil en todos los estados de los Estados Unidos excepto en Georgia y Washington.

Abuso infantil y conducta suicida

En general, el abuso infantil se asocia con la conducta suicida en el adolescente y el adulto (tanto el intento de suicidio como la muerte a causa de suicidio). Las investigaciones indican que los adultos que sufrieron abuso pueden tener una probabilidad hasta 25 veces mayor de intentar suicidarse que los adultos que no sufrieron abuso. En un estudio se reveló que entre el 30% y el 40% de los adolescentes que habían muerto a causa de suicidio tenía antecedentes de abuso, mientras que solamente el 2.5% de los adolescentes que no poseían conducta suicida tenía antecedentes de abuso.

No todas las clases de abuso implican el mismo grado de riesgo. En diversos estudios de investigación, el abuso sexual infantil sistemáticamente conlleva el riesgo más alto de intento de suicidio. La mayoría de los estudios indican que el abuso físico también aumenta el riesgo de intento de suicidio, aunque la relación no es tan estrecha como en el caso del abuso sexual. Se sabe muy poco acerca de los efectos potenciales del abandono y del abuso emocional porque son escasos los estudios que han investigado su asociación con el suicidio.

Experiencias traumáticas y riesgo de suicidio

A pesar de que el abuso en sí mismo puede desencadenar la conducta suicida, más frecuentemente es el trauma —las heridas emocionales que perduran— el que conlleva riesgo de suicidio en el futuro. A medida que obtenemos más información sobre los mecanismos biológicos que relacionan el trauma con la conducta suicida, la exposición reiterada al trauma parece ser el factor clave que supera la capacidad de respuesta de la mente ante el estrés y altera la personalidad de manera radical. Los resultados pueden ser baja autoestima, depresión y ansiedad crónica. Es posible que una persona que está luchando por superar los recuerdos del abuso y las dolorosas consecuencias del trauma, termine bebiendo alcohol, consumiendo droga ilegales o, en última instancia, intentando suicidarse.

- *La intimidación* (el conflicto entre pares) parece estar asociado con la conducta suicida tanto en la víctima como en el agresor, pero probablemente por diferentes razones. Es posible que el niño que sufre la intimidación no sea aceptado por los pares y se sienta solo o deprimido. Por otra parte, es posible que el agresor maltrate a los otros niños porque tiene baja autoestima o porque no está interesado en la escuela. Sin embargo, las investigaciones sobre la intimidación y la conducta suicida son relativamente nuevas y no son aún de carácter concluyente.
- *Los conjuntos de suicidios* son grupos de muertes a causa de suicidio que parecen estar relacionadas de alguna manera. En general, un conjunto de suicidios puede tener lugar entre jóvenes que no están estrechamente vinculados unos a otros, pero que han padecido la misma exposición a un suicidio. Si los adolescentes se enteran del acto suicida de un miembro de la familia o de un amigo y no reciben el apoyo adecuado que necesitan para superar la pena, es posible que se desencadene una crisis suicida en jóvenes que ya estén en riesgo de suicidio (debido a la depresión u otros factores). El efecto se intensifica cuando los medios dan la noticia con glamur y sensacionalismo, y cuando simplifican excesivamente el hecho o aportan truculentos detalles sobre la conducta suicida. Actualmente, los periodistas y las comunidades tienen acceso a información sobre la manera de manejar las consecuencias de un suicidio a través de sitios web, por ejemplo, el del Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org>).
- Es más probable que se produzcan muertes a causa de un suicidio cuando hay disponibilidad inmediata de *medios letales* (como armas o medicación potencialmente peligrosa). Muchos intentos impulsivos de suicidio, facilitados por el rápido y fácil acceso a un arma, terminan en muerte cuando no era esa la verdadera intención. Para que quede claro: si uno de los padres tiene un arma (especialmente una pistola), la guarda sin el seguro adecuado y la tiene cargada o tiene munición cerca, entonces ese padre o madre está brindando un rápido y fácil acceso. Cualquier persona de la casa, incluido un adolescente suicida, podría usar el arma. Si yo hubiese tenido fácil y rápido acceso a un arma durante la crisis suicida, estaría enterrado bajo tierra en lugar de estar escribiendo este libro. Además, muchos jóvenes que tenían fácil acceso a las drogas ilegales o a los medicamentos recetados, murieron a causa de una sobredosis. Lo fundamental es que las familias pueden ayudar a prevenir un suicidio con el sólo hecho de tomar precauciones acertadas con respecto a armas peligrosas, drogas y químicos. En las escuelas se pueden tomar precauciones similares, por ejemplo, apostar agentes de seguridad en el predio de la escuela y prohibir el acceso a lugares elevados desde donde se podría saltar.

FACTORES PROTECTORES

Sin duda, se podría disminuir el riesgo de suicidio cambiando las circunstancias que acabo describir. Sin embargo, también hay ciertas situaciones sociales que parecen proteger a las personas contra el suicidio.

- La *contención social* puede proteger a alguien que se siente deprimido o suicida de actuar de manera autodestructiva. Es posible al menos que alguien que se sienta conectado con un grupo social (familia o amigos) evite el intento de suicidio porque no quiere que los demás sufran por su causa. Pero la contención social es probablemente más efectiva cuando una persona siente que los demás se interesan genuinamente por ella y cuando comparte con ellos actividades positivas y saludables. Como dije antes, resulta peligroso para una persona con tendencia suicida estar solo con sus pensamientos, pero el mero hecho de estar en una habitación llena de personas no logrará disipar su desesperación. Lo que puede resultar de ayuda es la contención social comprometida y activa en la que las otras personas que están en la habitación se conectan en forma eficaz con la persona que sufre y tratan de aliviar su sensación de desesperanza, o sugieren posibles opciones o maneras para que esa persona pueda encontrar soluciones.
- El *apoyo familiar* es crítico para el desarrollo saludable de un niño y, a largo plazo, puede contribuir a proteger al niño contra la tendencia suicida en el futuro. Sin duda, el concepto de apoyo familiar es más delicado en los adolescentes ya que, en ellos, la lucha entre la necesidad de apoyo y la deseada independencia de sus familias son parte del desarrollo natural. Por consiguiente, mientras es posible que una familia “proteja” a un adolescente o adulto joven contra la tendencia suicida, considero que es importante lograr un equilibrio entre estar dispuesto a ofrecer consuelo y apoyar a un joven en su búsqueda de autonomía.
- Existen otras dos situaciones sociales que pueden ayudar a proteger a los jóvenes contra la conducta suicida. Los que demuestran *compromiso e interés por la escuela* tienen menos probabilidad de cometer intentos de suicidio. De manera similar, es posible que los adolescentes y adultos que son parte de una *comunidad religiosa que los apoya* estén protegidos contra crisis suicidas. Algunas personas deciden no intentar suicidarse debido a que creen que el suicidio es un pecado o a que tienen objeciones morales de otro tipo con respecto a la conducta suicida. Cuando esto se combina con el apoyo para solucionar problemas subyacentes, puede resultar protector. (Por otra parte, el temor a sentirse rechazado por la comunidad puede funcionar como un agente causante de éstos).

Antecedentes ocultos: biología y genética

El debate sobre el suicidio y la prevención del suicidio no estaría completo a menos que se admita el papel que desempeña la biología. La biología del cerebro es demasiado compleja como para tratar el tema en detalle en este momento, pero hay algunos conceptos clave que ayudan a comprender la conducta suicida. En esta sección, voy a introducir brevemente esos conceptos y, al final, te diré por qué la biología subyacente es tan importante.

El debate sobre el suicidio y la prevención del suicidio no estaría completo a menos que se admita el papel que desempeña la biología.

Neurotransmisores y hormonas

Una gran parte del cerebro humano está formado por células especializadas llamadas

neuronas que se mantienen estrechamente ligadas unas a otras. Una de las maneras en que las neuronas se comunican es mediante los *neurotransmisores*. En general, cada neurotransmisor encaja dentro de un receptor como una llave en una cerradura. Y cada neurotransmisor enviado por el cerebro es como una nota que alguien te pasa en clase. Aunque la nota contiene un mismo mensaje, la respuesta será diferente si la nota la recibe un compañero o si la intercepta un profesor. De manera similar, muchos neurotransmisores funcionan con diferentes receptores, y cada tipo de receptor podría generar una respuesta diferente.

Existen al menos tres sistemas de neurotransmisores que juegan un papel clave en el pensamiento y la conducta suicida: la serotonina, la norepinefrina y la dopamina. Los desequilibrios producidos en estos sistemas, especialmente en la serotonina, también son responsables de muchos trastornos psiquiátricos o conductas problemáticas, incluidos la depresión, la ansiedad, el alcoholismo, la agresión e incluso el problema para conciliar el sueño. Un grupo importante de neuronas serotoninérgicas ubicadas en la parte central inferior del cerebro transmite información hacia partes del cerebro responsables del pensamiento, la planificación, la memoria y varias funciones más. De modo que bajos niveles de serotonina en ciertas áreas del cerebro pueden llevar a una persona a considerar el suicidio al afectar su capacidad para pensar y generar maneras alternativas de resolver los problemas. Los bajos niveles de serotonina también están relacionados con sentimientos de angustia y con un mayor riesgo de actuar en forma impulsiva o agresiva, incluida la conducta suicida. Tanto la genética como el entorno ayudan a determinar el nivel de serotonina que tenemos en el cerebro.

Además de los neurotransmisores, el cuerpo cuenta con sustancias químicas llamadas hormonas. Las hormonas se utilizan básicamente para la comunicación de larga distancia dentro del cuerpo. Si los neurotransmisores se parecen a notas, las hormonas son más parecidas a una llamada desde un teléfono celular. Con los teléfonos celulares, una llamada se transforma en onda, es transmitida por torres especiales y luego recibida por la persona a la que iba dirigida. De manera similar, muchas hormonas viajan desde un órgano (como el cerebro, la glándula pituitaria, las glándulas suprarrenales, etc.) hacia otros a través del flujo sanguíneo, transmitiendo la información a células receptoras específicas.

El principal sistema hormonal que desempeña un papel central en la conducta suicida se denomina eje HHS. El eje HHS recibe ese nombre debido a los tres órganos que participan en la cadena de comunicación: el hipotálamo (H) y la hipófisis (H) en el cerebro, y las glándulas suprarrenales (A) cerca de los riñones. La transmisión de hormonas entre el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales se utiliza principalmente para responder ante el estrés, especialmente ante los eventos que se perciben como amenazas, por ejemplo, un accidente automovilístico o un ataque físico. Esta respuesta frente al estrés también está vinculada con las regiones del cerebro responsables de la memoria, de modo que el cerebro pueda aprender a partir de experiencias estresantes y modificar su respuesta si es necesario. Además, una amenaza percibida (tanto real como imaginaria) produce la secreción de una sustancia química denominada *cortisol*. Los pequeños aumentos de cortisol ayudan al cuerpo a reaccionar frente a las amenazas, pero el exceso de cortisol puede afectar funciones del cerebro relacionadas con la memoria y la planificación de manera negativa.

Otras hormonas que merecen ser mencionadas son las hormonas sexuales: los estrógenos (asociados con las cualidades femeninas) y los andrógenos como la testosterona (asociados con las cualidades masculinas). Mientras que el papel principal de las hormonas sexuales es determinar y regular el desarrollo sexual, también tienen influencia sobre algunos de los receptores cerebrales. Estos receptores cerebrales podrían estar relacionados con el suicidio debido a que participan en varias funciones relacionadas con el estado de ánimo y el pensamiento. Por ejemplo, se ha vinculado a la testosterona con la agresión (que es una característica más masculina), mientras que los aumentos de estrógeno durante la pubertad han sido vinculados con la depresión en niñas adolescentes. Recuerda que mencioné que existen diferencias en la conducta suicida según el sexo. Parte de la diferencia puede estar relacionada con las hormonas sexuales, pero se trata sólo de una teoría (entre muchas) que aún debe ser probada. Para complicar aún más la situación, los dos sistemas hormonales (el eje HHS y las hormonas sexuales) interactúan con el sistema serotoninérgico, y la serotonina también interactúa con los otros neurotransmisores. Como mencioné anteriormente, los humanos somos complejos, y los científicos están recién comenzando a desentrañar los secretos del cerebro y el cuerpo humano. Por el momento, no sabemos aún cómo interactúan todos estos sistemas entre sí.

Los genes y el entorno

¿De qué manera llegamos a tener una estructura biológica única? Parte de esa estructura la heredamos a través de los genes: los planos para la construcción del cuerpo. Y algunas tendencias conductuales parecen estar también influenciadas genéticamente. Diversas clases de estudios de investigación indican, por ejemplo, que parte de la susceptibilidad al suicidio viene de familia. Sin embargo, es posible que los niños hereden la conducta suicida por medio de la genética, *o bien* por medio de la observación y el aprendizaje de conductas de otros miembros de la familia. Para descubrir la relación que existe entre el riesgo heredado y el riesgo del entorno, los científicos estudiaron a gemelos univitelinos (que tienen el 100% de genes iguales) y a gemelos bivitelinos (que tienen un 50% de genes iguales). Los científicos identifican a una persona que ha intentado suicidarse o que ha muerto a causa de un suicidio y luego investigan si el gemelo (univitelino o bivitelino) también ha presentado conducta suicida. Los estudios siguen indicando que los dos gemelos univitelinos tienen más probabilidad de poseer conducta suicida que los gemelos bivitelinos, lo cual sugiere que existe una fuerte base genética para el suicidio. Por otra parte, es posible que los gemelos univitelinos compartan un entorno casi idéntico durante la crianza lo cual indicaría que la genética *no es* tan importante. Sin embargo, en otro tipo de estudio en el que se hacía una comparación directa entre los genes y el entorno, los investigadores han demostrado que los hijos de padres que poseen conducta suicida tienen mayor probabilidad de poseer conducta suicida aun habiendo sido criados por una familia adoptiva sin antecedentes suicidas. La conclusión básica a la que se llega es que definitivamente existe un componente genético en el suicidio. Lo que parece ser más probable es que los genes contribuyan a aumentar el riesgo a largo plazo a través del papel que desempeñan en la manifestación de síntomas psiquiátricos y en la agresión impulsiva.

El entorno sin duda afecta la conducta, pero curiosamente, también interactúa con la estructura genética e influye en la biología. En primer lugar, aunque son los genes los

que determinan el “punto de partida” de nuestro desarrollo como seres humanos, es el entorno el que modifica lo que nos sucede después. En segundo lugar, el entorno puede cambiar la manera y el momento en que los genes afectan la biología. A veces, un gen permanece inactivo, sin tener ningún tipo de efecto sobre nuestro desarrollo. Pero es posible que un factor ambiental como una infección o un episodio extremadamente estresante logre “activar” o “accionar” ese gen en particular. Este efecto puede evidenciarse desde muy temprano, incluso desde el embarazo, cuando la salud de la madre afecta el desarrollo del bebé. La madre puede colaborar con el desarrollo del cerebro de su bebé alimentándose de manera saludable y asegurándose de ingerir la suficiente cantidad de vitaminas adecuadas. Un entorno estimulante y enriquecedor puede contribuir al desarrollo de un feto sano, mientras que el abuso, el trauma, el abandono y otros agentes causantes de estrés pueden dañar al feto. Por ejemplo, el consumo de alcohol o drogas por parte de la madre puede tener un impacto negativo duradero en el cerebro y el cuerpo del bebé. Otras experiencias negativas pueden alterar los niveles de serotonina y cortisol en el cerebro del feto y afectar el funcionamiento del eje HHS.

Es posible que un factor ambiental como una infección o un episodio extremadamente estresante logre “activar” o “accionar” ese gen en particular.

¿Por qué es importante hablar tanto sobre la biología? Te daré cuatro razones:

1. Sabemos que parte del riesgo de suicidio comienza muy temprano porque los genes y otros factores presentes antes del nacimiento están relacionados con la conducta suicida posterior. La prevención del suicidio puede comenzar desde muy temprano.
2. Sabemos que si el entorno y la experiencia pueden cambiar la biología incrementando el riesgo de suicidio, entonces las experiencias alternativas y los entornos enriquecedores pueden contrarrestar dicho riesgo.
3. Sabemos que si los desequilibrios biológicos y químicos en el cerebro están relacionados con el pensamiento y la conducta suicidas, entonces es posible que otras sustancias químicas (como los medicamentos) restablezcan el equilibrio y nos ayuden a evitar el suicidio.
4. Sabemos que no estamos destinados a morir a causa de un suicidio, independientemente de lo que digan nuestros genes. Los genes no son la respuesta a todo porque su accionar se verá afectado por factores del entorno. Por lo tanto, ni siquiera los gemelos univitelinos tienen vidas idénticas. Nadie está destinado a suicidarse.

“Huida” de Los Ángeles

A fin de cuentas, los genes, el entorno y la personalidad (que constituye uno de los productos finales que resulta de la combinación de los genes con el entorno) contribuyen a aumentar (o a protegernos contra) el riesgo de suicidio a través de los patrones de pensamiento que desarrollamos. Debido a que los seres humanos somos tan complejos,

todos terminamos teniendo una combinación única de pensamientos positivos y negativos que fluctúa y cambia con el tiempo, y el estudio de estas clases de patrones de pensamiento puede resultar notablemente complicado.

Yo tenía muchas creencias sobre mí y sobre mi mundo que formaron la base de mi futura crisis suicida, y ellas constituyen un buen ejemplo de la manera en que los patrones de pensamiento pueden llevarnos cuesta abajo hacia el suicidio. Cuando las cosas andaban mal, como cuando mi madre nos abandonó o cuando no aprobaba un examen, el soliloquio de mi subconsciente sonaba algo así:

Logres lo que logres, nunca nada va a ser suficiente, ni para ellos ni para ti. Tal vez no te estás esforzando lo suficiente. Tal vez nadie te ama ni nadie te amará jamás. ¿Cómo podrían hacerlo? No eres querible. No me preguntes por qué: hay un millón de razones por las que nadie va a amarte como realmente eres. Tu familia ni siquiera te quería cerca de ellos, un niño con problemas. En la escuela eres un tonto, un marginado, un paria. Por eso nadie quiere escucharte, así que quédate en silencio. Nada de lo que puedas decir o hacer va a ayudar a que te sientas integrado.

¿Es eso una lágrima? Trágateela. ¿No sabes que los hombres de verdad no lloran? Maldición, no. Puedes enojarte, pero todos esos otros sentimientos son inútiles. Olvídate de ellos. No puedes dejar que te vean llorar. Si lloras, todos sabrán que te hacen daño, que eres débil. Si lo saben, VAN A hacerte más daño aún. No puedes confiar en que no vayan a hacerte daño. No puedes confiar en nadie más que en ti mismo. Ahora, levántate y finge que no eres la mierda inservible que eres en realidad.

Probablemente comprendas cómo este tipo de pensamientos pueden generar sentimientos suicidas. Cuando llegué a la adolescencia, ya había desarrollado una gran capacidad de autocrítica. Por suerte, no siempre me sentía inservible. Había momentos en los que otras creencias estaban activadas, como cuando recibía un premio o me aceptaron en la universidad, y entonces el diálogo daba un giro hacia el otro extremo:

Lo lograste otra vez. Eres un luchador. Si tienes la oportunidad, puedes lograr prácticamente cualquier cosa. Sé que puedes hacerlo. Por supuesto, hay muchas personas que dudan de tu capacidad. ¿A quién le importa eso? Olvídalos. Les vas a enseñar que se equivocan. Siempre contarás con tu familia espiritual, y Dios no te abandonará aún cuando todo parezca ser prácticamente imposible. Él no abandonó a Job y Él no abandonó a Jesús. Además, el arte siempre te acompañará. El dibujo es un hermoso entretenimiento. Tú puedes lograrlo. Fuerza, Quijote. Te espera un nuevo comienzo y se avecinan tiempos mejores. Cuando comiences la universidad, todo esto quedará atrás y podrás disfrutar del resto de tu vida. Sólo tienes que tener fuerza.

Lamentablemente, cuando ingresé a la universidad, algunos de los factores y creencias que me protegían, los del luchador seguro de sí mismo, poco a poco desaparecieron a medida que debía enfrentar toda clase de presiones nuevas, tanto en el plano social como en el académico. Perdí parte de la protección debido a que algunas de las cosas que había presupuesto como ciertas en mi infancia, no lo eran. Por ejemplo, pensaba que no tenía muchos amigos porque mi familia se mudaba todo el tiempo y

porque no podía participar en las actividades después del horario escolar. Durante las primeras semanas que pasé en la universidad, intenté ser mucho más sociable, pero era agotador. Me di cuenta de que no tener un grupo enorme de amigos puede haber tenido más que ver conmigo mismo que con las mudanzas, y tenía que aceptar mi carácter introvertido. A tres mil millas de distancia de mi hogar y ante una nueva mudanza, no tenía fácil acceso a los viejos conocidos. No tenía a mi adorado hermano mayor ni a mis amigos para ayudarme en los tiempos difíciles. No tenía fácil acceso al Kingdom Hall local donde se reunían los Testigos de Jehová, de modo que mi comunidad religiosa era prácticamente inaccesible. Mis amigos, mi familia y mi familia espiritual se esfumaron en un segundo plano.

Lamentablemente, cuando ingresé a la universidad, algunos de los factores y creencias que me protegían, los del luchador seguro de sí mismo, poco a poco desaparecieron a medida que debía enfrentar toda clase de presiones nuevas.

Un sorprendentemente alto riesgo suicida parecía haberme seguido cuando crucé el portón de ingreso cubierto de hiedra de la universidad. Le había echado toda la culpa del caos emocional que sentía al entorno que me rodeaba en Los Ángeles. Este caos, o al menos parte de él, resultó estar dentro de mí, y eso no lo esperaba. Pensaba que había escapado de la enfermedad mental que plagaba a mi familia, pero en lugar de ello, la había traído dentro de mi equipaje cuando partí hacia la universidad. Finalmente, el delicado equilibrio entre el riesgo y la protección se rompió, y el peso de las presiones que sentía rompieron mis precarias defensas. Había luchado contra mi potencial suicida durante años, pero ya no podía aguantar más. Me quebré.

Interior de la mente suicida

Ahora que ya hemos descrito una crisis suicida (capítulo 1) y hemos hablado sobre los antecedentes que crean el marco para que se desate esa crisis (capítulo 2), es hora de que emprendamos el viaje hacia el interior de la mente suicida. Esta es la única manera de comprender cabalmente el pensamiento, los sentimientos y las conductas que se manifiestan durante la etapa suicida.

Pensamientos sombríos

A medida que la situación se deterioraba durante el primer año en la universidad, desapareció lo que quedaba de confianza en mí mismo, y me volví cada vez más pesimista, hastiado, cínico y desesperanzado. Se suponía que la vida universitaria iba a ser diferente de la vida que llevaba en Los Ángeles. Después de todo, no había viajado 3,000 millas para vivir la misma porquería alienante con la que luchaba en mi hogar. Había venido hasta aquí para alejarme del dolor y encontrar algo de felicidad. Intentaba ser más sociable pero eso no concordaba con mi naturaleza introvertida (aunque era algo que aún me faltaba aceptar). Intenté interpretar mi aislamiento. ¿Por qué no podía tener más amigos? ¿Por qué la universidad, mi última esperanza, no me hacía feliz?

Empecé a pensar que tal vez todo iba a salir mal independientemente de lo que intentara. Si me esforzaba mucho por conectarme con otras personas, podría llegar a minimizar la cantidad de cosas que salían mal, pero no podía esperar más que eso. Empecé a perder contacto con la mayoría de mis amigos de Los Ángeles. Seguramente, parte de la culpa era mía por no iniciar y mantener el contacto de manera regular, pero me concentré en la falta de comunicación *por parte de ellos*. Todas esas dedicatorias escritas en el anuario que decían “Mantente en contacto” eran, obviamente, puras mentiras. Aparentemente, todas las cosas buenas, desde las amistades hasta los sentimientos de éxito o alegría que me producía haber ingresado a una universidad prestigiosa, tenían un final. Empecé a creer que estaría solo durante el resto de mi vida.

Empecé a pensar que tal vez todo iba a salir mal independientemente de lo que intentara.

Las amistades de mi papá también habían sido aisladas y de duración relativamente corta. En lugar de socializar, ocupaba la mayor parte del tiempo libre en actividades solitarias, como recorrer librerías. *De tal palo, tal astilla, pensaba yo. No me extraña que papá no confiara en nadie. Mi propia madre me abandonó, y después nosotros, los niños, tuvimos que luchar contra su adicción a las drogas para que nos prestara algo de atención.* Amaba a mi padre, pero nunca sabía si se iba a comportar como un padre cariñoso y divertido, o como un padre furioso y amenazante en un día determinado. Esto es lo que yo pensaba al respecto:

Si no puedes confiar en tus padres y tus amigos parecen esfumarse inevitablemente, ¿en quién demonios puedes confiar? Hay buenas personas en el mundo pero inevitablemente desaparecen; es sólo cuestión de tiempo. ¿Por qué voy a amar a alguien si sólo me provoca angustia? ¿Por qué voy a contarles a los demás lo que pasa por mi mente? Nadie se preocupa realmente por mí, aunque algunos fingen hacerlo. No puedo darme el lujo de encariñarme demasiado con alguien. Apenas baje la guardia, me van a herir algún día, de una u otra manera.

Mis pensamientos eran cada vez más sombríos. Estaba atrapado en un lamentable círculo vicioso, un torbellino que me succionaba y me lanzaba hacia la depresión. Cuanto más me convencía de que mi vida estaba plagada de dolor, más fácil me resultaba identificar las situaciones dolorosas de mi vida pasada y presente, y más difícil se tornaba recordar las situaciones positivas. Las vivencias desfavorables reforzaban las creencias pesimistas. Como te podrás imaginar, llegué a un punto en el que comencé a pensar que había muy pocas esperanzas, o tal vez ninguna. Mi capacidad para resolver problemas desapareció, y no le encontraba sentido ni siquiera a tratar de resolver los eternos problemas de la vida. Me encontraba en un camino peligroso. Me despertaba a la mañana pensando *¿qué tipo de dolor me esperará hoy? Tal vez no quiero esta vida de sufrimiento todos los días, con un nuevo dolor de cabeza en cada despertar. Tal vez podría terminar con mi vida ahora. Tal vez debiera matarme. No hay otra manera de poner fin a esta existencia plagada de dolor. El suicidio es la única salida.*

Pensamiento negativo y suicidio

Todos tenemos problemas y sufrimos contratiempos, pero la interpretación que hacemos de ellos afecta de manera drástica lo que sentimos hacia nosotros mismos. Ya he hablado sobre esto brevemente en capítulos anteriores, pero vale la pena volver a mencionarlo. Piensa, por ejemplo, en dos niños que sufren el mismo acoso por parte del mismo matón. El primer niño piensa: “Ese matón tiene muchos conflictos. Sin duda tiene problemas. No veo las horas de ir a otra clase para que las cosas sean mejores”. El segundo niño piensa: “Si yo no fuese tan tonto, ese matón me dejaría en paz. Tengo que acostumbrarme a que me maltraten porque es lo que voy a sufrir el resto de mi vida”. Sin duda, no es así de simple, pero ¿cuál de los dos niños te parece que se irá a casa sintiéndose desdichado? Si tu respuesta fue: “El segundo niño, sin duda”, estás en lo cierto.

Todos tenemos problemas y sufrimos contratiempos, pero la interpretación que hacemos de ellos afecta de manera drástica lo que sentimos hacia nosotros mismos.

Muchos estudios de investigación han demostrado que determinadas ideas sobre cuál es la causa de los eventos negativos se relacionan con la depresión y los pensamientos suicidas. Esas ideas se agrupan en tres tipos de patrones de pensamientos explicativos:

1. Causas *internas*: si tienes una visión negativa de ti mismo, es posible que te culpes cuando pasan cosas malas.
2. Causas *globales*: si piensas que el mundo es un lugar negativo en general, es

posible que pienses que la mayoría de las situaciones terminarán mal.

3. Causas *estables*: si piensas que el futuro va a ser malo por lo general, es posible que creas que seguirán pasando eventos negativos.

En el ejemplo anterior, el segundo niño pensó que era acosado debido a características propias (internas), y que la experiencia se repetiría de manera similar en el tiempo, incluso en lugares diferentes (estables, globales). En ocasiones, todos tenemos este tipo de creencias, con o sin base en la realidad. Sin embargo, en algunas personas, este patrón describe su manera *habitual* de pensar, la manera *general* de enfrentar la vida. En el capítulo 2, describí este tipo de patrón de pensamiento como un rasgo de personalidad pesimista. Es posible que la persona que enfrenta el futuro de esta manera tan pesimista, sienta desesperanza rápidamente. Aunque el cinismo de algún modo me protegía e impedía que me culpara a mí mismo por el sufrimiento, creía que mi mundo era un lugar negativo y que probablemente no cambiaría, así que caí en la desesperanza.

Es posible que alguien que pierde las esperanzas comience a considerar al suicidio como una opción. De hecho, las investigaciones han indicado sistemáticamente que la sensación de desesperanza no resuelta es un indicador del pensamiento suicida y de futuros intentos de suicidio. El diccionario define a la *esperanza* como la creencia de que es posible obtener lo que uno desea o de que algo bueno nos espera. ¡Imagínate vivir sin esto! Sin esperanza, la vida parece ser muy lúgubre. Si tienes la suerte de no haber tenido nunca una sensación de desesperanza, te ayudaré a sentir empatía por esta experiencia:

Piensa en lo que te hace más feliz. Tal vez es una actividad que te gusta hacer. Tal vez es compartir lindos momentos con alguien a quien amas. Ahora imagina que te lo quitan, todo, para siempre. ¿Cómo te sentirías? ¿Qué pensarías?

Así debe ser más o menos el tipo de desesperanza de la que estamos hablando.

Las investigaciones también indican que las personas con tendencia suicida pueden presentar dificultades en la resolución de problemas, especialmente los problemas que tienen que ver con las relaciones. No obstante, esto no fue confirmado por la totalidad de los estudios. Una posible explicación es que, al menos algunos de nosotros, somos capaces de resolver problemas la mayor parte del tiempo, pero nos resulta más difícil hacerlo (o bien directamente ni lo intentamos) cuando estamos deprimidos o desesperanzados. Independientemente de la razón, algunas de las personas que tienen una visión negativa de la vida también tienen dificultades para entablar relaciones. Tal vez recuerdes que en el capítulo 2 mencioné que las personas que se cierran en sí mismas o que se sienten incómodas en situaciones sociales tienen un riesgo elevado de suicidio. Nuevamente, las personas a las que les cuesta solucionar problemas interpersonales pueden tener un riesgo más elevado de manifestar una conducta suicida.

Durante años, los terapeutas y los médicos clínicos han sostenido que las personas suicidas parecen tener una visión estrecha (una limitación) que hace que consideren al suicidio como la única solución, excluyendo todas las demás opciones. Esta observación se basa en los estudios minuciosos de las notas suicidas y en años de trabajo en hospitales

o clínicas. Yo sentí esa limitación cuando mi desesperanza iba en aumento. Sin embargo, no se ha investigado mucho este aspecto de la resolución de problemas. Como te podrás imaginar, sería difícil encontrar personas que están considerando suicidarse y, en el preciso instante en que están tomando una decisión de vida o muerte, lograr que participen en un estudio de investigación.

El aspecto más peligroso de considerar un suicidio, especialmente estando en un estado mental limitado, es que puede llevarnos a actuar a corto plazo sobre la base de algo que consideramos o percibimos como enteramente real. Si alguien considera que, ante una deuda, la única salida es morir, entonces es posible que esa persona intente suicidarse, aún teniendo el boleto ganador de la lotería en el bolsillo del saco. ¿Recuerdas a *Romeo y Julieta* de Shakespeare? Romeo impulsivamente se quita la vida porque cree que su amada está muerta, aunque ella sigue con vida. Fue engañado por su propia percepción y luego tomó una decisión irrevocable sobre la base de una percepción errónea. Lo mismo sucede en la vida real.

Emociones dolorosas

En mi caso, no recuerdo qué apareció primero durante los meses de otoño del primer año en la universidad, si fueron los pensamientos negativos o una avalancha de emociones. En cierto modo, carece de importancia ya que ambos hacían su aporte para exacerbar el impulso suicida. Algunos pensamientos o recuerdos son increíblemente dolorosos. Algunas emociones conducen a pensamientos de huida. Al igual que muchos otros hombres, creía que los sentimientos no eran más que obstáculos la mayoría de las veces, por lo que trataba de evitarlos. Sin embargo, tarde o temprano, volvieron para vengarse.

... creía que los sentimientos no eran más que obstáculos la mayoría de las veces, por lo que trataba de evitarlos. Sin embargo, tarde o temprano, volvieron para vengarse.

La tristeza me golpeó primero. Recordé todo el dolor que había soportado durante años. Quería llorar por el niño abandonado por su mamá, y por el niño que en lugar de jugar con los otros niños del barrio, trabajaba durante días y días. Sentía el dolor que me causaba el tormento diario al que me sometían mis pares en la escuela secundaria. Volví a sentir el dolor de las bolas de papel que me lanzaban en la nuca y la vergüenza al comparar mis camisas de segunda mano con las nuevas Tommy Hilfiger que usaban los demás. A veces estaba triste porque me sentía espantosamente solo. Aún cuando no estaba solo, sentía que no podía confiar en las personas lo suficiente como para sentir una verdadera conexión con ellas. Claro, yo era introvertido, pero incluso a los introvertidos les gusta sentir que tienen algunos amigos íntimos. En la universidad deseaba tener compañía y miraba con envidia a las personas muy sociables y a las parejas felices. Pero lo cierto es que hubiese podido tener cientos de amigos, y no hubiese importado si yo no sentía que me conectaba con alguno. Como estaban dadas las cosas, cada día que pasaba sentía que los amigos que tenía se alejaban cada vez más de mí. Este es uno de los aspectos realmente aterradores de la depresión; es como perder la vista: el mundo sigue existiendo, pero ya no puedes verlo. Estaba metido en un pozo oscuro y creía que ni siquiera mis amigos íntimos podrían llenar el vacío.

Todo me causaba tanto dolor que mi corazón se desplomó. Me escondía en la oscuridad o caminaba solo por las noches para que nadie pudiese ver mis vergonzosas lágrimas. Me preocupaba que me vieran en ese estado; pensaba que la gente diría que no era muy hombre por estar llorando.

Para el mundo exterior, fingía que nada me molestaba. No le conté a nadie que me aterraba tanto la violenta furia de mi padre que todavía tenía problemas para conciliar el sueño por las noches aún después del ingreso a la universidad, y que seguía despertándome ante el menor ruido. Todas esas noches sin dormir sólo lograban agravar mi estado mental. Comencé a preocuparme por cosas que no existían en realidad, la vigilancia del FBI, una guerra inminente, animales salvajes que surgían de las tinieblas de la noche. Estaba paranoico. No importa si esas cosas existieron en realidad; reaccionamos ante lo que percibimos como real. Mi mente funcionaba a toda velocidad tratando de encontrar la manera de defenderme de esos peligros. No estaba permitido tener armas en el campus, así que compré cuchillos, aproximadamente treinta. A veces, el continuo estado de vigilancia me resultaba totalmente agotador, pero no podía darme el lujo de bajar la guardia.

Tenía tantos recuerdos malos que, por no poder hablar de ellos abiertamente sin llorar, me hacían enojar. La furia volcánica fluía por las venas, consumiéndome. El enojo surgía rapidísimo: podía sentir cómo entrecerraba los ojos, fruncía el entrecejo, torcía el gesto y cerraba los puños listo para entrar en acción; cómo el corazón latía con furia y la temperatura se elevaba peligrosamente. Algunas veces atacaba, y mis amigos tenían que impedir que iniciara peleas. La mayoría de las veces, tramaba en silencio, con un resentimiento asesino y perturbador acechando bajo la superficie. El resentimiento se ubicaba sobre la línea base de la bronca hacia el mundo por no dejar de molestarme, y la bronca hacia mis padres por haberme abandonado.

Desregulación emocional y suicidio

Las investigaciones indican que las emociones dolorosamente negativas (tristeza o depresión, ansiedad, enojo, culpa, soledad, vergüenza) contribuyen al pensamiento suicida. Claro que todos hemos experimentado emociones negativas pero, ¿cuán terribles pueden ser como para que alguien considere el suicidio? Te propongo otro ejercicio de empatía:

¿Qué sentimiento o emoción te cuesta más tolerar? Me refiero a la emoción que evitas o tratas de cambiar lo antes posible. ¿La tristeza? ¿El enojo? ¿El miedo? Ahora imagina que así te sientes durante todo el día, prácticamente todos los días, semana tras semana. Imagina que estás seguro de que este sentimiento absolutamente intolerable no va a desaparecer jamás, independientemente de tus esfuerzos. El sentimiento te invade, desplazando a los otros pensamientos. Sólo piensas en una cosa: “¡Necesito que esto acabe ahora mismo!”

Así es más o menos el tipo de dolor psicológico del que estamos hablando.

En el capítulo 2, presenté el concepto de “emocionalidad” o “neuroticismo” como un rasgo de la personalidad. En líneas más generales, toda reacción emocional intensa ante un evento puede aumentar el riesgo de intento de suicidio. Es posible que alguien

muy emocional tenga problemas con las relaciones o dificultad para manejarse en situaciones de estrés. Algunos investigadores se refieren a este estado como *desregulación emocional*, que significa tener dificultades (des) para controlar (regulación) la respuesta emocional ante los eventos. Los estudios han asociado la desregulación emocional con antecedentes de abuso infantil y otras experiencias traumáticas. En términos biológicos, la respuesta emocional de alta intensidad puede estar relacionada con cambios en la manera en que se activa la respuesta del cuerpo ante el estrés (el eje HHS mencionado en el capítulo 2) y los centros de memoria emocional del cerebro para hacer frente a las amenazas, percibidas o reales. Dada esta conexión entre la biología y la personalidad, es posible que algunas personas sean más propensas que otras a desarrollar desregulación emocional. Afortunadamente, si es posible que las experiencias traumáticas generen dificultades con el manejo de las emociones, entonces es posible que las experiencias terapéuticas ayuden a las personas a aprender a estabilizar sus respuestas emocionales. En los capítulos 4 y 5 hablaré sobre esto en más detalle, así como también sobre prevención y la recuperación.

Es posible que alguien muy emocional tenga problemas con las relaciones o dificultad para manejarse en situaciones de estrés.

Infierno privado

Creía que no había salida para mi desesperación. Estaba en una universidad magnífica, atrapado en un infierno privado, muriendo por dentro. En mi desesperación, traté de dar indicios a los que me rodeaban del extremo dolor que estaba padeciendo. Escuchaba música con letras que hablaban a los gritos de depresión, soledad, enojo, desesperanza, huida y suicidio. En la clase de música, escribí una pieza titulada “Suicidio joven” (Young Suicide). Hice cambios en mi vestuario, reemplacé el color kaki por el negro y el azul real por el rojo sangre. A menudo me ponía una capucha, y casi siempre trataba de taparme los ojos con una gorra de béisbol, incluso en clase. Incluí más temas relacionados con la angustia y la tristeza en las historietas que escribía para el periódico escolar. Me sentaba en el fondo de la clase o en rincones oscuros de la cafetería para pasar desapercibido. Me fui retirando de la vida cada vez más, evitando las situaciones sociales cuando podía. Sólo quería escapar. Claro que no todo era blanco o negro. Enviaba señales ambivalentes; seguí sonriendo o riéndome la mayor parte del tiempo, seguí visitando a amigos y a conocidos. Al principio, en cierto modo, me enorgullecía de intentar esconder mi corazón destrozado. No ofrecía mis pensamientos suicidas como tema de discusión, y nadie me pedía que lo hiciera. A medida que el tiempo pasaba, mis amigos lo notaban más y yo revelaba mi desesperación de una manera cada vez más explícita.

En mi desesperación, traté de dar indicios a los que me rodeaban del extremo dolor que estaba padeciendo.

A veces, los adolescentes y los adultos jóvenes tienen maneras poco comunes de pedir ayuda, y a veces rechazan la ayuda que les ofrecen. Mientras estaba escribiendo este libro, un joven estudiante universitario de Virginia disparó contra sus compañeros de clases; mató a

32 e hirió a muchos otros antes de quitarse la vida. Antes de suicidarse, envió una cinta de video a los medios que salió al aire después de la masacre. Gran parte del contenido de

la cinta era incoherente, pero una cosa me llamó la atención. Decía que había habido muchas oportunidades para evitar este incidente, oportunidades que los compañeros, los profesores y las autoridades de la universidad muy probablemente habían pasado por alto. Los informes indicaban que muchas personas del campus le tenían miedo. ¿Habría terminado todo distinto si alguien hubiese considerado que este joven tenía miedo y no que daba miedo, o que tenía problemas y no que causaba problemas? El caso es que muchas personas lo notaron y trataron de intervenir. En un momento, dos años antes del incidente, se le ordenó someterse a un tratamiento para trastornos de salud mental como paciente ambulatorio, pero nada indicaba que lo haya cumplido o aceptado. Si alguien hubiese podido convencerlo para que se sometiera a un tratamiento, ¿qué habría pasado?

Cuando la crisis llegó al punto crítico —cuando ya había resuelto quitarme la vida— sentí que estaba más allá de toda ayuda. Y después, de repente, no sentí más nada. O mejor dicho, sentí una extraña sensación de paz. La autora y experta en oratoria motivacional Catherine Traff captura acertadamente esta sensación en el título de su libro *The Calm Before the Storm*. Imagina un tiempo precioso y despejado y que, después, un huracán desata un infierno. En nuestro caso, la tormenta representa el acto suicida, y la calma que la precede es la sensación de paz que sentimos una vez que hemos tomado la decisión de morir. En ocasiones, las personas usan los materiales que tienen a mano para suicidarse apenas se les ocurre la idea. A veces, el suicidio demanda mayor planificación. En mi caso, como describí en el capítulo 1, tenía que conseguir los materiales necesarios y encontrar la manera de despedirme. Hacía las cosas con sumo cuidado, metódicamente y, sobre todo, con calma.

Por lo general, terminamos haciendo miles de cosas antes de ausentarnos de nuestro hogar por un tiempo. Tal vez pedimos que la correspondencia quede en la oficina de correo, o que sea reenviada a otra dirección. Tal vez le pedimos a alguien que se encargue de las mascotas, las plantas o la casa. Es posible que informemos a las personas importantes que nos vamos a ausentar. Una vez que había tomado la decisión final de matarme, empecé a contarle a la gente que me iba, que me estaba preparando activamente para partir hacia mi pronta muerte.

Señales de advertencia: segunda parte

En el capítulo 1, mencioné brevemente las señales de advertencia que pueden indicar que una persona está considerando suicidarse. Ahora que tenemos un contexto más amplio, podemos describir esas señales de angustia con más detalle.

- *Cambios en el estado de ánimo.* En general, la angustia está asociada con la experiencia de emociones negativas, en especial, cuando esas emociones se tornan abrumadoras (dicho de otra manera, se transforman en dolor psicológico). Es posible que la persona llore con mayor frecuencia (a veces, sin razón aparente) o que parezca estar más triste que de costumbre. Por otra parte, un cambio repentino entre estados de ánimo negativos y sentimientos de felicidad y tranquilidad pueden también ser indicadores de peligro, en caso de no existir una explicación satisfactoria para tal cambio. Como acabo de mencionar, me sentía increíblemente

sereno y mi estado de ánimo mejoró en cuanto resolví quitarme la vida, porque ya no tenía que luchar contra la ambivalencia.

- *Enojo y furia.* A veces, el dolor y el sufrimiento están escondidos detrás de la máscara del enojo. El enojo de algunas personas resultará hartamente evidente por los arrebatos, los gritos y, posiblemente, las peleas. Otras mantendrán su furia más contenida y silenciosa, y se los notará simplemente más irritables que lo normal. El enojo puede tener dos efectos: en primer lugar, es una emoción negativa que puede contribuir al dolor psicológico y, en segundo lugar, activa el eje HHS, preparando al cuerpo para entrar inmediatamente en acción. Existen pocas formas aceptables de canalizar la furia, de modo que es posible que muchas personas se sientan atrapadas por esta emoción. Debido a que el enojo también presiona para que la respuesta sea inmediata, a veces puede terminar en violencia contra otros o contra uno mismo.
- *Ansiedad o agitación.* Otro estado emocional que activa el eje HHS es la ansiedad. Quien está ansioso puede parecer más temeroso, nervioso, agitado o cauteloso que lo normal. Cuando la ansiedad o el miedo se centran en algo específico (por ejemplo, un hombre enmascarado con un arma), entonces puede ser de ayuda al dar una respuesta adecuada a corto plazo (salir corriendo). Sin embargo, al igual que el enojo, la ansiedad es una emoción negativa que puede presionar para que se produzca una respuesta inmediata autodestructiva ante una situación (con o sin amenaza real). La ansiedad prolongada también puede ser agotadora, y es posible que algunas personas empiecen a desear la muerte antes que tener que padecer otro día cargado de ansiedad.
- *Carencia del sentido de la vida o de razones para vivir.* Mientras que los pensamientos y las emociones negativas aumentan el riesgo de suicidio, las razones para vivir (como los objetivos y las alegrías de la vida) pueden servir de protección contra la acción suicida. Una persona con objetivos específicos en la vida tiene razones para tener esperanza, y probablemente se sienta motivada a buscar solución a los problemas que se presentan. Si esas razones para vivir desaparecen, es posible que surja un estado de absoluta desesperación. Las investigaciones han confirmado lo que probablemente ya sabíamos gracias a la intuición: que las personas con tendencia suicida encuentran menos razones para vivir, o bien esas razones son sumamente débiles.
- *Sentimiento de estar atrapado.* A medida que aumenta la tendencia suicida en una persona, las opciones para enfrentar situaciones estresantes y emociones dolorosas parecen evaporarse. Lo que debemos recordar es que no importa si *existen* en realidad muchas otras opciones. Si una persona no *cre*e que haya otras opciones, es probable que se sienta atrapada. Eventualmente, cuando sentimos que no hay salida, caemos en la desesperación. Finalmente, el suicidio parece ser la única salida.
- *Alejamiento de los amigos y de la familia.* Muchas de las personas que están pensando en suicidarse se alejan de aquellos a quienes aman. Es posible que el suicida sienta que es una carga para los demás e intente aliviarles el peso. En mi caso, me cansé de acudir a los demás y quería ver si ellos se preocupaban por mí

lo suficiente como para acudir en mi ayuda. Cuando estaba a punto de cometer el intento de suicidio, pensé que mi muerte sería mucho más fácil (de lograr, para mí, y de aceptar, para los demás) si ponía un poco de distancia emocional.

- *Desesperanza.* Las personas que caen en la desesperanza abandonan las actividades que solían disfrutar, hablan de abandonar la lucha por una meta o un sueño, o se forman una idea lúgubre del futuro. Todas las otras señales de advertencia no son letales, siempre que haya un hilo de esperanza. Es posible soportar el terrible dolor emocional si creemos que, eventualmente, va a acabar. Algunas personas se alejan de la familia y de los amigos por un tiempo cuando trabajan en un proyecto unipersonal sabiendo que se volverán a reunir con ellos más adelante. La mayoría de nosotros podríamos incluso soportar la sensación de estar atrapados siempre que sepamos que finalmente vamos a encontrar una salida. Una vez que se pierden las esperanzas, sin embargo, todo cambia. Quienes piensan que el dolor que sienten no va a acabar nunca, o que es imposible encontrar una salida, tienen mayores probabilidades de considerar el suicidio. Estando en un estado de absoluta desesperación, muchas personas prefirieron enfrentar la muerte a enfrentar una vida de dolor. Muchos estudios de investigación han descubierto que las personas que sufren una amplia gama de trastornos psiquiátricos o angustia tienen mayor probabilidad de ser suicidas si han perdido la esperanza.
- *Abuso de sustancias.* Algunos jóvenes experimentan con el alcohol y las drogas para obtener placer temporal, y algunos consumen estas sustancias por otra razón: para huir. Sin embargo, para muchos, el consumo de drogas no resulta una forma de huida lo suficientemente buena por varias razones: (1) los efectos desaparecen; (2) se desarrolla tolerancia (en otras palabras, se necesita más cantidad para obtener el mismo efecto); (3) no se solucionan realmente ni los problemas ni el estrés, de modo que siguen acosando a la persona cuando está sobria; y (4) las sustancias tienen su costo en términos de dinero, riesgo de arresto, etc. Un joven que acude a las drogas y al alcohol para escapar de las situaciones y las emociones dolorosas es un joven con posibilidad de acudir al suicidio como última salida. De hecho, las investigaciones demuestran sistemáticamente que las personas que abusan del alcohol y de las drogas tienen mayor probabilidad de intentar suicidarse o de morir a causa de un suicidio que quienes no lo hacen.

Todas las otras señales de advertencia no son letales, siempre que haya un hilo de esperanza.

Drogas, alcohol y suicidio

Las drogas (incluido el alcohol) alteran la neuroquímica del cerebro y del cuerpo. Muchas de las drogas que se consumen actúan sobre los sistemas cerebrales responsables de las sensaciones de relajación, recompensa y emociones positivas. Generalmente, estas sensaciones naturalmente placenteras se obtienen a partir de los alimentos, la actividad física o los orgasmos sexuales. Tanto las drogas como los placeres naturales tienden a involucrar a los sistemas neurotransmisores de dopamina, serotonina, glutamato, ácido gammaaminobutírico (GABA) y opioides naturales (sustancias químicas que se encuentran en el cerebro). La dopamina y la serotonina también están asociadas con el suicidio. Recuerda que los sistemas neurotransmisores interactúan entre sí, así que, por ejemplo, las drogas que afectan principalmente al neurotransmisor GABA también pueden causar cambios en el sistema de dopamina o serotonina. A nivel biológico, esto puede ayudar a explicar por qué el consumo de drogas está asociado con la conducta suicida.

La mayoría de las drogas inducen la relajación (las drogas depresoras como el alcohol) o la excitabilidad (las drogas estimulantes como la cocaína). Es posible que las personas que ya están deprimidas o tienen tendencia suicida consuman drogas relajantes para calmarse. Por otro lado, una persona que consume estimulantes tiene mayor probabilidad de reaccionar ante un evento negativo con un intento de suicidio impulsivo.

En un contexto más amplio, las personas que consumen drogas o alcohol de manera regular tienden a meterse en problemas que, a su vez, podrían desencadenar pensamientos suicidas. Además de los posibles problemas legales, el abuso crónico de sustancias puede comenzar a interferir con la capacidad de una persona para trabajar o entablar relaciones valiosas. Para manejar el estrés, algunas personas consumen más drogas, generando un ciclo vicioso descendente que es estresante en sí mismo. A veces, el estrés relacionado con el consumo de drogas puede desencadenar pensamientos suicidas.

- *Conducta peligrosa.* Mientras que algunos jóvenes se vuelcan a las drogas y al alcohol para huir de los problemas, otros tienen conductas peligrosas. Existe una buena razón por la que se dice que las personas que sistemáticamente hacen cosas arriesgadas desean morir: algunas realmente lo desean. Sin duda, hay muchos jóvenes que van tras el vértigo pero, ¿no debíamos preguntarnos por qué están dispuestos a poner su vida en juego? Debemos prestar especial atención cuando una persona que normalmente no pone en riesgo su vida empieza a exhibir conductas peligrosas. Por ejemplo, cuando un joven cauteloso como yo, de repente cruza corriendo la carretera o se sienta en el medio de la calle, hay

grandes posibilidades de que no lo haga por diversión. Puede tratarse de un suicida.

- *Ideación suicida.* Finalmente, la evidencia externa de que alguien está pensando en suicidarse es, sin duda, la señal de advertencia más directa sobre el riesgo de suicidio. Si una persona habla, canta, escribe, hace chistes o escribe en bitácoras sobre el suicidio, o comunica de cualquier otra manera la idea del suicidio, es posible que esté al menos pensando en el tema.

Trastornos psiquiátricos relacionados con el suicidio

Tal vez te preguntes por qué decidí hablar sobre los trastornos psiquiátricos al final del capítulo cuando la mayoría de los libros sobre el suicidio ponen este tema al principio. Después de todo, las investigaciones demuestran sistemáticamente que la enfermedad mental está asociada con la conducta suicida. Dejé este tema para el final por dos razones. En primer lugar, mientras que a la mayoría de los jóvenes que mueren a causa de suicidio se les podría diagnosticar algún trastorno psiquiátrico importante (entre el 60% y el 90%), la mayoría a los que se les diagnostica un trastorno psiquiátrico *no muere* a causa de un suicidio. De modo que no quiero que pienses que padecer un trastorno psiquiátrico es la razón principal por la que una persona puede intentar suicidarse. Además, haber mencionado ya a los otros factores en primer lugar, me permite contextualizar el papel de los trastornos psiquiátricos. La falta de diagnóstico o tratamiento para un diagnóstico determinado no significa que no haya riesgo de suicidio. Hay personas que no padecen ningún trastorno psiquiátrico diagnosticable y que intentan suicidarse o mueren a causa del suicidio. Es posible que algunas de ellas hayan presentado síntomas psiquiátricos, pero no “lo suficientemente graves” como para “considerarlos” un trastorno. Es posible que algunos hayan intentado suicidarse porque se sintieron abrumados por la vida y perdieron la esperanza de un futuro mejor. Haber discutido los otros factores en primer lugar, me permitió presentar algunos conceptos comunes que pueden ser válidos en personas suicidas con o sin diagnóstico de trastorno.

Habiendo aclarado esto, permíteme ahora describir brevemente diversos trastornos individuales y la conexión que estos tienen con el suicidio (hay excelentes libros que puedes leer sobre los trastornos individuales; consulta la sección Recursos de este libro).

- La *depresión* es tal vez el primer trastorno que nos viene a la mente cuando pensamos en el suicidio. Todos hemos experimentado la tristeza en alguna medida, por ejemplo, cuando muere un ser querido, cuando algo o alguien nos decepciona, cuando estamos tan estresados que ni siquiera sabemos por dónde empezar a solucionar las cosas. Sin embargo, algunas personas experimentan mucho más que eso. Si la tristeza o la pena común pueden compararse con una piscina, la que sienten estas personas es como un océano. Sin embargo,

La depresión es tal vez el primer trastorno que nos viene a la mente cuando pensamos en el suicidio.

este trastorno puede ser más grave —conocido oficialmente como depresión mayor— que la simple tristeza o desesperación. Imagina que enciendes el televisor para ver tu programa preferido o que te dedicas a tu pasatiempo favorito, y sientes que no lo disfrutas. La depresión se va apoderando totalmente del cuerpo de una persona, afectando la manera en que se alimenta, se mueve, duerme, piensa y siente. La característica distintiva de la depresión es la tristeza o la desesperación cargada de dolor, que además deteriora la confianza en uno mismo, la autoestima y la capacidad para tomar decisiones. Las investigaciones han descubierto sistemáticamente que la depresión está asociada con el intento de suicidio y con la muerte a causa de suicidio, especialmente en las mujeres.

- El *trastorno bipolar* (también conocido como depresión maníaca) implica períodos de depresión mayor alternados con períodos de manía (p. ej. un pico de euforia intensa) o estados mixtos, es decir, la combinación de ambos. Mientras que con la depresión las cosas tienden a moverse más lentamente, todo se acelera con la manía. Cuando las personas tienen un episodio maníaco, tienden a pensar y a hablar con mucha más rapidez que lo normal. Se vuelven hiperactivas y a menudo buscan placer sin prestar atención a las posibles consecuencias (entre las conductas riesgosas se incluyen el sexo promiscuo o inseguro, el despilfarro de dinero, la conducción imprudente y muchas más). Debido a que la mente de estas personas funciona tan velozmente, muchas tienen dificultades con la concentración y la toma de decisiones. Aunque probablemente oíste hablar de un tipo más eufórico de manía, otras cosas que experimentan las personas que padecen trastorno bipolar son irritabilidad y agitación intensas. Cuando la persona está en un estado mixto, es posible que, por ejemplo, tenga energía maníaca combinada con pensamientos depresivos. Independientemente de que la manía y la depresión sucedan al mismo tiempo, casi todas las personas con trastorno bipolar experimentarán altibajos. El trastorno bipolar no es tan común como la depresión, pero las investigaciones indican que los jóvenes que presentan síntomas de trastorno bipolar tienen un riesgo elevado de intento de suicidio y de muerte a causa de suicidio. Los que padecen un trastorno del estado de ánimo (depresión o trastorno bipolar) tienen de 11 a 27 veces más probabilidad que los demás de morir a causa de un suicidio.
- La *esquizofrenia* es un trastorno que parece desconectar a la persona de la realidad. Contrario al uso popular, el término no tiene nada que ver con la doble personalidad (que es un trastorno completamente diferente). Las personas con esquizofrenia tienen problema para controlar los pensamientos, las emociones y la conducta. Es posible que tengan delirios, creencias que no se condicen con la realidad. Pueden estar convencidos de que los demás escuchan sus pensamientos o pueden influenciarlos, o que un grupo en particular los persigue para hacerles daño, lo que se conoce como paranoia. A veces, es posible que las personas con esquizofrenia sufran alucinaciones, escuchen sonidos o vean cosas que no existen en realidad. Pueden incluso llegar a oír voces inexistentes que hablan de ellos, o que les ordenan hacer cosas que no quieren hacer. Algunas personas con esquizofrenia pueden sentirse tan abrumadas por el terror de la paranoia, la frustración de no poder disfrutar nada o la soledad de vivir en una realidad aparte que tratan de matarse para poner fin al dolor. Es posible que intenten suicidarse

porque escuchan voces que se lo ordenan, o que hagan algo que involuntariamente termina en una lesión autoinfligida o un suicidio. Por ejemplo, es posible que crean que pueden volar y saltar de un edificio. Al igual que el trastorno bipolar, la esquizofrenia es relativamente poco común, pero cuando las personas comienzan a experimentar estos síntomas tan desconcertantes, las investigaciones demuestran que tienen elevado riesgo de suicidio.

- El *trastorno de pánico* es una combinación de ataques de pánico (períodos de extrema ansiedad acompañada de frecuencia cardíaca elevada, sudoración e incluso, hiperventilación) y de las reacciones ante esos ataques de pánico. Si sufieras un ataque de pánico, experimentarías una sensación repentina e intensa de terror absoluto. El corazón empezaría a latir furiosamente, comenzarías a sudar, las manos temblarían de manera descontrolada, y tal vez tendrías dificultades para respirar. Es posible que sientas dolor en el pecho como si estuvieses teniendo un ataque al corazón, como si te estuvieses ahogando con algo, o tan mareado que temas desmayarte. Muchas personas que experimentan estos ataques se angustian sobre cuándo va a ocurrir el próximo, y es posible que comiencen a evitar los lugares y las situaciones que consideran ser las causantes de los ataques. Algunas personas que sufren esta ansiedad tan opresiva comienzan a pensar en la muerte como una salida. Las investigaciones han demostrado que, especialmente en el caso de mujeres jóvenes, los trastornos de pánico y la ansiedad están asociados con la conducta suicida.
- El *trastorno de la conducta* se refiere a un patrón de conductas agresivas, destructivas o perjudiciales. Todos pasamos por un período de rebeldía cuando somos jóvenes, pero este trastorno describe un patrón que perdura en el tiempo. Es posible que una persona que padece el trastorno de la conducta intimide a los demás, use armas, torture animales, provoque incendios, cometa actos de vandalismo, robe, mienta y contravenga a la ley o a las normas. Algunos jóvenes con trastorno de la conducta perciben las acciones de los demás como amenazantes (incluso cuando no existe ninguna amenaza) y, por consiguiente, reaccionan agresivamente. Algunos estudios de investigación han descubierto que los jóvenes, especialmente los hombres jóvenes, con trastorno de la conducta poseen riesgo de intento de suicidio y de suicidio. Hasta un tercio de los hombres jóvenes que caen víctima del suicidio tenían el trastorno de la conducta, pero generalmente asociado con otro trastorno grave.

Es posible que a veces una persona presente múltiples problemas psiquiátricos (lo que se conoce como *comorbilidad*). Por ejemplo, es posible que alguien que padece el trastorno de la conducta o esquizofrenia sufra además depresión. Tal vez la situación más común es que un trastorno psiquiátrico coincida con el abuso de sustancias (lo que resulta en una combinación que a menudo recibe el nombre específico de *diagnóstico dual*). Lamentablemente, aunque es posible que quienes padecen una enfermedad mental abusen de sustancias para aliviar los síntomas, las drogas ilegales y el alcohol tienden a agravarlos con el transcurso del tiempo, en parte debido a que dificultan la capacidad del cuerpo de regular las sustancias químicas en el cerebro.

Independientemente del conjunto específico de síntomas psiquiátricos que experimenta una persona y de si esos síntomas están asociados con un diagnóstico simple o con un conjunto de afecciones comórbidas, es de crucial importancia que sean eficazmente identificados y tratados de inmediato para disminuir el impacto en el individuo. Además, las investigaciones indican que las dificultades mentales y emocionales causadas por los trastornos psiquiátricos aumentan la probabilidad de que se manifieste la conducta suicida, y este riesgo seguramente aumentará si los trastornos no son tratados. En general, los trastornos psiquiátricos pueden favorecer el pensamiento suicida de diversas maneras. Es posible que algunas personas experimenten emociones dolorosas —tristeza o ansiedad— como síntomas del trastorno, mientras que otras sientan tristeza o ansiedad por tener una enfermedad mental. También es posible que influya el estrés, ya que los trastornos psiquiátricos dificultan su control. A veces las personas que padecen una enfermedad mental actúan de manera tal que hacen que la vida sea más estresante. Por último, la toma de decisiones se ve a menudo afectada por las enfermedades mentales. Muchos trastornos dificultan el pensamiento lógico, ya sea interfiriendo directamente con el pensamiento o aumentando la tendencia a reaccionar ante emociones fuertes.

Independientemente del conjunto específico de síntomas psiquiátricos que experimenta una persona...

... es de crucial importancia que sean eficazmente identificados y tratados de inmediato para disminuir el impacto en el individuo.

Resistencia a la ola de conflictos

No habría escrito este libro si no pensara que es posible resurgir del abismo suicida. Admito que muchos factores parecen conspirar en contra de ello: a veces nos sentimos tan abrumados por todo lo que forma parte de nuestro pasado, nuestro presente, nuestro entorno, la mente y el cuerpo que pareciera como si una opción viable fuese dejarnos ahogar por todo esto. Sin embargo, todos tenemos la capacidad de cambiar y así alterar el curso de nuestra vida. El desarrollo de esa capacidad comienza en la mente con la decisión de vivir. Una vez que lo hayamos logrado, podremos enfrentar las olas de conflictos que nos abrumen, adaptarnos y resistirlas.

Sin embargo, no podemos hacerlo solos. Y no podemos hacerlo solos especialmente cuando lo único que vemos con los ojos de la mente es nuestro propio funeral. Aunque tal vez no te hayas dado cuenta aún, ahora ya conoces una medida fundamental para prevenir el suicidio: aceptar que puedes ser suicida (o reconocer que otra persona lo es). Otra medida para tomar es contárselo a alguien: pedir ayuda. No pedí ayuda seriamente hasta que estaba profundamente inmerso en una crisis suicida, y casi dejo que mi propio aluvión suicida me ahogue. Pero cuando finalmente busqué —y más específicamente, acepté— ayuda, poco a poco empecé a resurgir del abismo suicida y, con el tiempo, me recuperé y recuperé mi vida.

Cómo obtener ayuda

Pensando ahora en mi vida en Los Ángeles, recuerdo que incluso antes de ir a la universidad, las personas que me rodeaban sabían que quizás algo no andaba bien. Durante toda la escuela secundaria, me enviaban a terapia en forma intermitente, cosa que odiaba. Pensaba que los terapeutas no eran más que extraños que recibían dinero por entrometerse en mi vida privada. Simplemente me negaba a creer que necesitaba su ayuda y me negaba a hablar. Por consiguiente, tengo un vago recuerdo de los diversos psicólogos y terapeutas que me trataron en la escuela a través de los años. Lamentablemente, si durante la terapia no hablas, no te sirve de nada. Tal vez si le hubiese dado una oportunidad a la terapia cuando era más joven, habría evitado la crisis suicida. Quizás, si me hubiese armado con los recursos necesarios para defenderme durante los primeros años de la adolescencia, no me habría encontrado en una situación que puso en riesgo mi vida cuando estaba en la universidad. No lo sé, pero si tuviese que hacerlo otra vez sabiendo lo que sé ahora, lo intentaría.

Lamentablemente, si durante la terapia no hablas, no te sirve de nada.

A medida que avanzaba el triste primer semestre en la universidad, una pequeña pero creciente cantidad de amigos se dieron cuenta de la angustia que sentía. Trataron de apoyarme como pudieron: asistían conmigo a eventos deportivos, me acompañaban durante las comidas, me enviaban cartas y mensajes de correo electrónico con chistes y textos bíblicos; hacían lo que fuera para levantarme el ánimo. A veces daba resultado y me sentía mejor por un tiempo, pero por lo general era un tiempo muy corto. Lo peor era la noche. Incluso mis amigos de la costa oeste (con tres horas de diferencia horaria) tenían que dormir en algún momento. Estando solo, mis pensamientos volvían a la idea del suicidio.

Durante el primer año en la universidad, que finalmente desembocó en una crisis suicida, mis amigos se percataron con creciente desesperación de que mis sentimientos no eran pasajeros. Amanda, mi mejor amiga de la universidad, me dijo que mi situación la había superado y que ya no sabía qué más podía hacer por mí. Dijo que me acompañaría hasta que pudiese superar este dolor, pero que necesitaba ayuda. Amanda había acudido al centro de terapia de la universidad para que la asesoren, y me alentó a que consultara a un consejero. Se ofreció a acompañarme, pero me pareció que me daría demasiada vergüenza, así que dije que iría solo. Tenía confianza en su criterio y, por lo tanto, si decía que ellos podrían ayudarme, valía la pena probar.

En el campus, el centro de terapia se encontraba en un espantoso edificio blanco al que me acerqué con una sensación de terror. No sabía muy bien qué esperar y no quería que nadie me viera entrar (o salir) del centro. Dudé antes de subir las escaleras, pero cuando recordé a mi amiga alentándome a buscar ayuda, me decidí a subir. En el segundo piso, había que caminar por un largo pasillo estrecho hasta una puerta aparentemente común. No parecía gran cosa, pero detrás de esa puerta era donde la gente

sacaba a relucir su dolor para que otros lo examinen.

La recepcionista me preguntó si mi problema era urgente. ¿Qué se suponía que diga? “Sí, vine porque me quiero suicidar pero quisiera tener otra opinión antes de hacerlo”. Seguramente mi respuesta fue relativamente ambigua pero a la vez lo suficientemente clara como para que me consiga un terapeuta al instante.

Esta fue la primera vez que tomé la terapia en serio.

Esta fue la primera vez que tomé la terapia en serio. La Dra. O. me hizo muchas preguntas pero, lo que es más importante aún, me escuchó. Durante la sesión, tomó algunas notas pero, por lo demás, fue una charla normal, excepto por el tema de conversación. No estaba sentada detrás de un escritorio ni yo estaba recostado en un diván. Estábamos los dos sentados en sillas, y la Dra. O. me hizo sentir muy cómodo mientras yo hablaba de lo mal que andaban las cosas. Me hizo sentir que realmente le importaba lo que me pasaba. Era sumamente amable y, además, para mi sorpresa, no quería encerrarme (que era lo que realmente temía) cuando admití mi tendencia suicida. Hablamos sobre eso durante un rato, y luego le prometí que viviría hasta concretar una segunda sesión la semana siguiente y que la llamaría en caso de que se produjese algún cambio. Estaba totalmente decidido a cumplir la promesa y supongo que me creyó. Me fui con una tarjeta en la que figuraba la fecha y la hora de la próxima cita, junto con el nombre de la terapeuta. Salí del centro de terapia rápidamente pero, en líneas generales, la terapia no había estado tan mal. Amanda se sintió aliviada al enterarse de que el proceso había comenzado.

Psicoterapia

A veces es necesario trabajar junto a un profesional para resolver problemas graves que afectan la salud mental y la vida personal. Los profesionales de salud mental conforman un grupo de personas que asistieron a la universidad durante algunos años adicionales e hicieron prácticas para especializarse en el tipo de cuestiones mentales y emocionales que hemos descrito en este libro. Considerar el suicidio como posibilidad es algo serio. Es fácil (especialmente para los demás) mencionar razones para vivir, pero sé que también existen poderosas razones para querer morir. Elegir quitarse la vida es *la decisión más crítica*; todas las demás cuestiones, decisiones, opciones y elecciones —absolutamente todo lo demás— dependen de cómo resulte esto. Pero antes de tomar una decisión decisiva sobre el suicidio —probablemente la mayor decisión de tu vida— *mereces* escuchar a un especialista, a un profesional de salud mental.

Ideas falsas sobre la psicoterapia

La resistencia a la terapia que tenía de niño se debía, al menos en parte, a las ideas falsas que me había formado al respecto. No sabía realmente qué esperar de la psicoterapia (a menudo llamada simplemente *terapia* o *terapia conversacional*) porque había escuchado muchas cosas distintas sobre el tema. En general, obtenemos información sobre la salud mental y la terapia de la televisión, los amigos, la familia, los vecinos, la iglesia, Internet, etc. Es difícil decidir qué creer. Así que vamos a comenzar por aclarar algunas ideas falsas —aunque comunes— sobre la terapia antes de discutir lo que es en realidad.

1. *La terapia es para los “locos” y para personas con problemas “reales”.* En primer lugar, la mayoría de las personas utilizan el término *loco* para deshacerse rápidamente de las cuestiones que tienen que ver con la salud mental y no tener que preocuparse por examinar los problemas reales que enfrentan las personas. La mayoría preferiría evitar hablar o pensar sobre esos problemas para no tener que buscar la forma de tratarlos y resolverlos. El hecho de que hayas elegido un libro como este indica que no eres ese tipo de persona, y admiro el valor que demuestras al querer profundizar sobre un tema particularmente difícil como el suicidio. ¿Qué problemas pueden supuestamente considerarse lo suficientemente “reales” como para que la terapia esté justificada? Diría que cualquier problema mental o emocional que aqueja a una persona que lucha por comprenderlo es un problema serio. Y diría además, que si un problema es lo suficientemente grave como para que alguien piense en la muerte, entonces se trata de un problema lo suficientemente “real” como para recurrir a la terapia. Ahora bien, ¿la terapia está indicada solamente para personas con un diagnóstico de trastorno mental? No. Miles de personas sin diagnóstico psiquiátrico recurren a la terapia a diario. Hay personas que inician una terapia no porque tengan algún problema en particular sino porque quieren seguir mejorando su salud mental y aprender más sobre sí mismos. Es simplemente como muchas otras cuestiones relacionadas con la salud. Por ejemplo, existen diversas razones por las que las personas hacen actividad física: para participar en competencias deportivas, mantenerse en buen estado, perder peso, etc. Bueno, existen diversas razones por las que las personas hacen terapia, y todas son válidas.
2. *Estoy (está) demasiado enfermo como para que la terapia sea de ayuda.* Nunca es demasiado tarde para obtener algún resultado beneficioso de la terapia. Incluso si crees estar en una situación sin salida —aun habiendo tomado la decisión de hacer algo drástico, por ejemplo, o aun creyendo que ya no hay esperanza— no es necesariamente como tú lo ves. Los terapeutas están especialmente capacitados para ayudarte a encontrar una salida a las situaciones desfavorables, desde las levemente perturbadoras hasta las que pueden llegar a ser catastróficas. Hay muchos tipos de terapia y muchos terapeutas a tu disposición en la mayoría de las comunidades. Son muy pocas las personas que no se benefician con *algún* tipo de terapia. Además, lo bueno de la terapia es que si un tipo en particular no funciona, puedes discontinuarla y explorar otras opciones. Vale la pena intentarlo.
3. *Los hombres de verdad no acuden a la terapia y las personas fuertes no hacen terapia.* Esto va especialmente para ustedes, los hombres. Lo más probable es que hayan creído el mensaje machista que a nuestra sociedad le encanta perpetrar: que los hombres no hablan (o no debieran hablar) de sus problemas personales. Incluso los hombres tienen menos probabilidad que las mujeres de asistir a una cita médica (lo cual puede ser la razón por la que las mujeres viven más años). La idea básica es que los hombres son menos emocionales que las mujeres. ¡Aparentemente, el que inventó esta idea nunca vio a los fanáticos de un equipo que acaba de perder un campeonato! Ahora que existen las bitácoras y las páginas MySpace, los pensamientos y los problemas de índole personal de los hombres

Nunca es demasiado tarde para obtener algún resultado beneficioso de la terapia.

son más evidentes que antes. Los hombres pueden utilizar expresiones diferentes (“Estoy agotado” o “Necesito un trago”), pero las necesidades existen. Si practicas algún deporte, tal vez hayas tenido que hacer fisioterapia después de una lesión. Bien, cuando experimentas una lesión emocional tan dolorosa que te lleva a pensar en el suicidio, es hora de que recurras a la psicoterapia. En caso de que aún estés preocupado por tu reputación, quizás te ayude saber que los terapeutas matriculados prometen hacer todo lo posible por proteger la confidencialidad y anonimidad (en otras palabras, no van a contarle a nadie sobre lo que hablaron contigo; ni siquiera dirán que hablaron contigo).

4. *Los terapeutas lo hacen por el dinero; en realidad, no les importa.* Lo he escuchado varias veces como terapeuta e incluso lo he dicho varias veces de joven. Ahora que estoy del otro lado, puedo decir sin lugar a duda que la mayoría de los terapeutas *no lo hacen* por el dinero. Excepto algunos muy famosos, no ganan toneladas de dinero. La mayoría de nosotros podríamos haber elegido carreras que reportan más dinero. Optamos por trabajar en el campo de la salud mental porque nos interesa. El solo hecho de que el terapeuta se muestre sereno y tranquilo durante la sesión no significa que sea menos humano. He visto a terapeutas llorar al final de una sesión, patear los muebles de la frustración y trabajar durante largas horas —no remuneradas— intentando encontrar la forma de ayudar a un paciente. Sí, seguramente existen excepciones —terapeutas que no están tan comprometidos como debieran a ayudar a sus clientes— y si te parece que eso es lo que sucede con tu terapeuta, entonces búscate uno nuevo. El terapeuta debe interesarse, y es importante que estés seguro de ello durante las charlas sobre el suicidio. El terapeuta sentirá miedo —es un tema que genera miedo— y tal vez cometa algún error al tratar de ayudarte. Después de todo, los terapeutas son humanos. Lo más importante es que demuestren el suficiente interés como para hacer lo posible por ayudarte. Para decirlo de otro modo, trata de pensar menos en que tu terapeuta “lo hace por el dinero” y más en si lo que obtienes por tu dinero vale la pena: la posibilidad de llevar una vida más feliz y plena.

5. *Los terapeutas saben todas las respuestas y me pueden “arreglar”.* Los terapeutas son profesionales capacitados y especializados en salud mental, pero no lo saben todo. Es necesario que les cuentes los aspectos únicos de tu caso. Es necesario que les cuentes lo que quieres, tus objetivos (o las dificultades que tienes para identificarlos). Es necesario que te abras para que puedan ayudarte. La terapia no es algo que alguien hace *por* ti; es un proceso en el que debes participar activamente. Lamentablemente, para ninguno de nosotros existen las respuestas exactas e inmediatas. Por otra parte, eso significa que cada terapia es distinta de las demás y se basa en las necesidades y objetivos que cada persona tenga con respecto a la terapia.

La terapia no es algo que alguien hace por ti; es un proceso en el que debes participar activamente.

¿Ayuda realmente hablar sobre los problemas?

Unas páginas atrás, mencioné diversos factores biológicos que pueden aumentar el riesgo de suicidio. Tal vez te estés preguntando lo siguiente: si los pensamientos suicidas responden a causas biológicas, ¿de qué manera el solo hecho de *hablar* sobre la situación puede ayudar? Bueno, la terapia no se trata solamente de “hablar”. Te brinda la oportunidad de aprender diferentes maneras —probablemente más sanas— de percibir las emociones negativas, responder a ellas y controlarlas, y de mejorar las relaciones interpersonales. Estos son algunos de los aspectos no biológicos de la ideación suicida, y la terapia puede hacer un valioso aporte para ayudarte a superarlos.

Como ya mencioné, el temperamento y la personalidad pueden aumentar el riesgo de suicidio si tienes tendencia a tener reacciones emocionales fuertes, a actuar de manera inmediata sin pensar las cosas detenidamente o a pasar mucho tiempo solo. La terapia puede sugerirte formas de controlar mejor las emociones, de resistir la tentación de actuar de manera inmediata o de encontrar redes de apoyo con personas de confianza.

Tal vez en este momento estés abrumado por el estrés. Si es así, la terapia puede ser útil al sugerir maneras de reducir el estrés, resolver problemas o enfrentar situaciones desagradables que no puedes cambiar. Las experiencias traumáticas del pasado pueden aumentar el riesgo de suicidio. La terapia puede ayudarte a manejar las consecuencias emocionales de un trauma de diversas maneras. Independientemente de la causa, la terapia puede ayudarte a disminuir la autocrítica, la autodestrucción, o las amenazas y el odio hacia ti mismo (en otras palabras, ayudarte a dejar de sentirte suicida). Básicamente, los terapeutas trabajan junto a nosotros para encontrar la forma de solucionar los problemas (que provienen de nuestro interior o del mundo exterior) para que podamos gozar de una mejor vida.

Distintos tipos de psicoterapia

Existen muchas opciones de terapia y, por consiguiente, pareciera haber innumerables formas de categorizarla. Comenzaré por considerar quién se encuentra presente en la sala. Como mínimo, estarán tú y el terapeuta. Es lo que se denomina *terapia individual*. Si agregas a tu pareja (novio, novia, etc.) y el terapeuta se concentra en la relación, entonces se trata de *terapia de pareja*. A veces, una familia entera (padres e hijos) trabajarán junto al terapeuta en *terapia familiar*. Por último, un terapeuta puede reunirse con un grupo de personas —varios individuos, parejas o familias— en lo que (probablemente ya hayas adivinado) se denomina *terapia de grupo*.

Otra manera de pensar en las clases de terapia es identificar a los tipos de profesionales que puedes consultar. Cuando piensas en terapia, es probable que pienses inmediatamente en psicólogos, quienes recibieron capacitación especializada para abordar cuestiones de salud mental y quienes desarrollaron la mayoría de los tipos de terapia que se ofrecen. Sin embargo, hay otros profesionales de salud mental que también pueden brindar terapia. La lista de personas a las que puedes acudir en busca de ayuda incluye a psiquiatras, trabajadores sociales clínicos, consejeros de salud mental, terapeutas matrimoniales y familiares, y enfermeros psiquiátricos. Asegúrate de que la persona que te brinde terapia tenga matrícula para ejercer en el estado donde vives. Se establecieron estrictos requisitos de matriculación para estar seguros de que los proveedores cumplan con ciertas exigencias de atención para poder ofrecer sus servicios.

Quién es quién entre los profesionales especializados en salud mental

Diversos tipos de profesionales brindan atención de salud mental; cada grupo debe cumplir con determinados requisitos de educación y matriculación, y cada profesional cuenta con un conjunto único de habilidades que puede emplear para ayudarte a superar una crisis suicida.

- Los psicólogos clínicos (Ph.D.) proveen evaluaciones psicológicas y psicoterapia, o terapia conversacional, para trastornos mentales y emocionales. Algunos psicólogos se especializan en el tratamiento de adolescentes o familias.
- Los trabajadores sociales clínicos (M.S.W) también brindan terapia conversacional, pero además tienden a concentrarse en mejorar las condiciones del entorno que pueden aumentar los problemas de la persona.
- Los psiquiatras (M.D.) son médicos capacitados para diagnosticar y tratar trastornos mentales y problemas emocionales. Los psiquiatras pueden estar especializados en una o varias áreas de la salud mental, por ejemplo, psiquiatría del niño y del adolescente, y pueden recetar medicamentos si es necesario.
- Los enfermeros psiquiátricos (R.N. o R.P.N.) recibieron capacitación especial y matriculación para poder trabajar con aquellas personas que sufren trastornos mentales; en algunos lugares, también pueden recetar medicamentos.

También hay distintas escuelas de terapia en las que los terapeutas se especializan para brindar un enfoque terapéutico determinado.

PSICOANÁLISIS Y TERAPIA PSICODINÁMICA

La escuela más antigua se denomina *psicoanálisis*, que posee una variante más moderna llamada *terapia psicodinámica*. Debido a que este tipo de terapia se ha practicado durante mucho tiempo (iniciada por Sigmund Freud, de quien probablemente hayas oído hablar), es la que más probablemente veas en la televisión o en las películas. Si te estuvieras psicoanalizando, el terapeuta trataría de ayudarte a explorar tus pensamientos y sentimientos más íntimos (tu psiquis) y a interpretar (analizar) de qué manera tu pasado los influyó. En la terapia psicodinámica, el terapeuta te ayudaría a comprender las interacciones entre los problemas pasados y presentes (dinámica). Probé la terapia psicodinámica. Me ayudó, pero déjame decirte algo: requiere *mucho esfuerzo*. Existen razones por las que expulsamos ciertas cosas de nuestra mente. Tenía que hablar en detalle del pasado que deseaba olvidar y volver a experimentar emociones que deseaba mantener dormidas. El terapeuta no me permitía esconderme detrás del humor o de

explicaciones puramente intelectuales al hablar de experiencias dolorosas. Este tipo de terapia puede ser útil a largo plazo pero, a corto plazo, puede aumentar la depresión y la ansiedad porque pone de relieve los problemas. Primero pasé por otros tipos de terapia para aliviar los síntomas inmediatos y, después, hice terapia psicodinámica para lograr una comprensión más profunda de mí mismo. La mayoría de los terapeutas que se dedican a la terapia psicoanalítica o psicodinámica no hacen investigación formal, de modo que existe poca evidencia sobre la eficacia de este método para problemas específicos en comparación con otras formas de terapia. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que la terapia psicodinámica breve centrada en los problemas de relación puede ayudar a algunas personas que padecen depresión.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La segunda escuela terapéutica importante se denomina *terapia cognitivo-conductual* (TCC). Si hicieras TCC, el terapeuta te ayudaría a comprender de qué manera tus pensamientos (cognición) y tus acciones (conductas) fomentan y mantienen la ansiedad, la depresión y otros síntomas. En particular, el terapeuta te ayudaría a comprender qué tipos de cosas negativas piensas o crees, por pura costumbre (pensamientos negativos automáticos). Por ejemplo, mencioné que me consideraba una persona despreciable, que nadie se preocupaba por mí y que nunca sería lo suficientemente bueno. Cuando hacía TCC, el terapeuta trabajaba conmigo para identificar esos tipos de creencias y encontrar maneras de refutarlas. Muchos de los terapeutas que trabajan con TCC también asignan tareas; por lo general, se trata de actividades diseñadas para ayudarte a corregir el hábito del pensamiento negativo más rápidamente que mediante el solo uso de la terapia conversacional. Sin duda, el progreso que logres en la TCC depende del empeño que pongas, tanto en términos del esfuerzo inicial por identificar las conductas y los pensamientos negativos como en la práctica continua de los métodos que aprendes para corregir esos hábitos. Muchos aspectos de la TCC han sido tomados directamente de estudios experimentales sobre las emociones y el aprendizaje humanos, así que muchos terapeutas que brindan TCC están interesados en la investigación. Como consecuencia, contamos con una vasta cantidad de evidencia que demuestra que la TCC ayuda a las personas a reducir los síntomas negativos (como la ansiedad y la depresión) y a aprender maneras más saludables de vivir.

Si hicieras TCC, el terapeuta te ayudaría a comprender qué tipos de cosas negativas piensas o crees, por pura costumbre.

TERAPIA INTERPERSONAL

La tercera escuela importante de terapia se denomina *terapia interpersonal* (TIP). Si hicieras TIP, el terapeuta te ayudaría a identificar los problemas de relación (o interpersonales) que parecen desencadenar los síntomas (especialmente la depresión). Luego, trabajarías junto al terapeuta para aprender las habilidades sociales y comunicativas necesarias para resolver los problemas interpersonales. Por ejemplo, en la TIP, puedes trabajar para solucionar un viejo conflicto con tus padres, manejar la presión de los pares o desarrollar tu propia identidad como adulto. Para que la TIP resulte

beneficiosa, tendrías que practicar las habilidades aprendidas en la terapia en el “mundo real” donde interactúas con otras personas. Aunque la TIP es más reciente que las otras escuelas, hay investigaciones que presentan evidencia de su eficacia para reducir la depresión.

OTROS TIPOS DE TERAPIA

Existen muchos otros tipos de terapia. Por ejemplo, la *terapia de resolución de problemas* se centra en maneras sistemáticas de analizar detenidamente los problemas,

La mayoría de los otros tipos de terapia toman prestado o combinan elementos de las tres escuelas principales.

mientras que la *terapia centrada en las soluciones* identifica los cambios de conducta que pueden ayudarte a lograr tus objetivos. La mayoría de los otros tipos de terapia toman prestado o combinan elementos de las tres escuelas principales. Algunos terapeutas describen su estilo como *ecléctico*, lo cual significa que emplean técnicas tomadas de diversas escuelas. Por ejemplo, como parte de mi programa de posgrado recibí capacitación en terapia psicodinámica

breve y en TCC, y finalmente me decidí por la terapia centrada en las soluciones como estilo principal. Ser flexible y ecléctico puede ser una ventaja si el terapeuta tiene la habilidad de seleccionar la técnica correcta para cada problema en particular. Sin embargo, algunos terapeutas se denominan eclécticos porque usan una mezcla de enfoques que no responde realmente a ninguna escuela de pensamiento en particular. No temas preguntarle al terapeuta los detalles específicos sobre el enfoque que le dará a tu problema y de qué manera ayudarán las técnicas que te recomiende.

Cuando el principal problema es el suicidio

La mayoría de las terapias no fueron diseñadas para centrarse específicamente en los pensamientos o sentimientos suicidas, sino que se centran en los factores que intensifican esos pensamientos y sentimientos. De hecho, durante mucho tiempo, no se permitía la participación de las personas suicidas en ningún tipo de estudio de investigación sino que se los derivaba para su inmediata atención. Sin embargo, hay dos tipos de terapia que se centran directamente en el tema del suicidio. La evidencia de las investigaciones ha demostrado su eficacia en la prevención de futuros intentos de suicidio.

TERAPIA DIALÉCTICA-CONDUCTUAL

La primera terapia para tratar la conducta suicida es la *terapia dialéctica-conductual* (TDC). En la TDC completa, harás tanto terapia de grupo como terapia individual. Durante las sesiones personales, el terapeuta se centrará en los problemas más importantes que enfrentaste durante la semana, y trabajarás para lograr desde el control de los impulsos suicidas hasta la mejora de la calidad de vida. En las sesiones de grupo, el terapeuta (o los terapeutas) te ayudarán a adquirir las habilidades para manejar las emociones y las situaciones emocionales. Antes mencioné que algunas personas se vuelven suicidas debido a que las emociones negativas parecen surgir con excesiva rapidez, se vuelven demasiado intensas o tardan demasiado en apaciguarse. Con la TDC, es posible adquirir habilidades para recuperar el control de la vida emocional. La TDC se

asemeja a la TCC en que ambas asignan tareas y otras actividades (conductas) para mejorar el aprendizaje. No obstante, la TDC y la TCC difieren en que la primera pone énfasis en el aparentemente paradójico equilibrio (dialéctico) entre la aceptación de uno mismo y el esfuerzo por el cambio. La mayor parte de los estudios que demuestran que la TDC ayuda a prevenir los intentos de suicidio se realizaron con adultos que presentaban patrones de dificultades emocionales. Sin embargo, la TDC fue adaptada satisfactoriamente para su uso con adolescentes y adultos que presentan diversos problemas relacionados con la conducta suicida.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: SEGUNDA PARTE

La segunda terapia es una nueva versión de la terapia cognitivo-conductual desarrollada específicamente para ayudar a quienes han tenido intentos de suicidio. Si hicieras este tipo de TCC, el terapeuta te ayudaría a identificar las situaciones estresantes, los pensamientos o las creencias negativas, y las reacciones que te llevaron a tener una crisis suicida. Luego, trabajarías con el terapeuta para descubrir nuevas estrategias para evitar o tolerar las situaciones estresantes, desafiar tus creencias y adoptar nuevas soluciones ante los sentimientos suicidas. La TCC para quienes han cometido intentos de suicidio es una terapia breve (aproximadamente de diez sesiones) que se anexa a otro tratamiento. Existe clara evidencia de que este tipo de terapia ayuda a evitar futuros intentos de suicidio, al menos en los adultos. No hace muchos años que se utiliza este tipo de TCC, de modo que los investigadores están aún realizando estudios para determinar si es útil para evitar intentos de suicidio también en otros grupos.

Apoyo de los pares

Anteriormente mencioné que las investigaciones han identificado al aislamiento social como un factor de riesgo de la conducta suicida. Por otro lado, la contención social puede ayudar a proteger a las personas contra el suicidio. Investigaciones recientes indican que la percepción que tiene una persona de la contención y el sentido de pertenencia social es más importante que la cantidad de amigos.

Los *grupos de autoayuda* o los *grupos de ayuda mutua* son formas estructuradas de contención social para personas que comparten una identidad o experiencia en particular. Hay grupos para hombres; mujeres; lesbianas, homosexuales, bisexuales o transexuales (lesbian, gay, bisexual, or transgender, LGBT por sus siglas en inglés); adolescentes embarazadas; personas que han experimentado problemas debido al alcohol o las drogas y personas que están luchando contra diversos trastornos psiquiátricos. Se han formado grupos para individuos que han pensado en el suicidio o que intentaron suicidarse, y para individuos que conocen a alguien (en especial, algún miembro de la familia) que murió a causa de un suicidio, denominados grupos de apoyo para sobrevivientes.

La evidencia sugiere que los grupos de ayuda mutua pueden ayudar a las personas a que se sientan menos aisladas y pueden aumentar las habilidades para manejar situaciones, mejorar la autoestima y fomentar y mantener una visión esperanzada. Si asistes a la universidad, entonces puedes recurrir al centro de terapia del campus o a la

oficina de asuntos estudiantiles para averiguar qué tipos de grupos se reúnen en la universidad. En la escuela secundaria, el psicólogo o consejero puede tener información sobre los grupos locales; otros lugares donde buscar información sobre los grupos de apoyo en tu comunidad son el directorio e Internet. También puedes consultar la sección Recursos de este libro para obtener información sobre los grupos a nivel nacional que se reúnen en delegaciones locales.

Medicamentos 101

La razón por la que se recetan medicamentos es que ayudan a regular las sustancias químicas en el cerebro y en el cuerpo que pueden haber sufrido un desequilibrio y causar pensamientos suicidas.

Hasta ahora, nos hemos centrado en las diferentes psicoterapias disponibles para tratar las inquietudes emocionales y sociales que tienen conexión con el suicidio. Sin embargo, recordarás que la conducta suicida tiene raíces complejas, incluidas la estructura biológica y la química cerebral. La razón por la que se recetan medicamentos es que ayudan a regular las sustancias químicas en el cerebro y en el cuerpo que pueden haber sufrido un desequilibrio y causar pensamientos suicidas. Algunas personas se sentirán mucho mejor con los medicamentos solamente, pero las investigaciones han demostrado que para muchas otras personas resulta más eficaz combinar los medicamentos con la terapia. Si estás buscando ayuda profesional, debes reunirte con un proveedor de tratamiento para decidir cuál es la mejor opción para tu caso particular, ya sea medicamentos y terapia, o bien una cosa o la otra.

Ideas falsas sobre los medicamentos

Al igual que con la psicoterapia, probablemente hayas escuchado todo tipo de cosas sobre los medicamentos. Al principio, me negaba a hacer terapia tanto como a tomar medicamentos recetados. No había escuchado más que historias de terror sobre lo que esas cosas le hacían a la gente. Pero el hecho es que los medicamentos no son tan malos, y puedes controlarlos más de lo que te imaginas. Vamos a aclarar algunas ideas falsas sobre los medicamentos antes de hablar en detalle sobre los tipos de medicamentos que se ofrecen.

1. *Los medicamentos me convertirán en una persona diferente.* Hablemos honestamente sobre esto: la mayoría de las drogas (recetadas o no) no cambian radicalmente a una persona. Los seres humanos son extremadamente complejos. Por otra parte, las drogas cambiarán ciertos aspectos de la manera en que una persona piensa, siente o actúa. A diferencia de las drogas ilegales, los medicamentos recetados apuntan a ciertas áreas biológicas que no funcionan correctamente. Cuando las cosas no andan bien, las personas sienten que no pueden disfrutar de la vida y que no pueden hacer lo que les gustaría. La mayoría de las personas se sienten mucho *más identificadas* consigo mismas cuando logran dar con los medicamentos adecuados.
2. *Tomar medicamentos es señal de debilidad; es una muleta.* Tomar medicamentos

es señal de que reconoces que hay algo en la biología o en la química cerebral que podría funcionar mejor, y que estás dispuesto a hacer algo al respecto. Los medicamentos constituyen una opción que tienes para cuidarte. Quienes padecen de presión sanguínea elevada, diabetes u otra afección toman medicamentos para restaurar el equilibrio de las sustancias químicas del cuerpo. ¿Por qué debiera ser distinta la toma de medicamentos para ayudar a restaurar el equilibrio en el cerebro? Además, para tu conocimiento, no veo nada malo en usar muletas. Si me quiebro un tobillo, puedes estar totalmente seguro de que voy a buscar un par de muletas y no voy a renquear por todos lados con un yeso, corriendo el riesgo de volver a lesionarme.

3. *Los medicamentos son adictivos; la “industria” quiere atraparme.* La mayoría de los medicamentos no causa la clase de dependencia biológica que los profesionales describirían como adicción. (Es cierto que a veces las personas experimentan síntomas de abstinencia si interrumpen la toma de algún medicamento muy abruptamente, pero estos fármacos no son adictivos). Honestamente, además de restaurar el buen funcionamiento de las capacidades, la mayoría de los fármacos psiquiátricos no proveen el tipo de excitación o euforia que podrían tornarse adictivas. Habiendo aclarado esto, hay algunos fármacos adictivos que los médicos controlan muy de cerca. En cuanto a la industria farmacéutica, bueno, se trata de empresas con fines de lucro, así que te mentiría si te dijera que no les incumbe si tomas medicamentos o no. Sin embargo, tú y tu médico tienen la libertad de elegir la opción que más te convenga.

¿Cómo pueden ayudar los medicamentos a prevenir el suicidio?

En el capítulo 2, mencioné algunos de los factores biológicos que influyen en las conductas y los sentimientos como la agresión reactiva, la depresión, la ansiedad y los impulsos suicidas. Por ejemplo, la serotonina desempeña un papel fundamental en la depresión y la conducta suicida; por lo tanto, los medicamentos que ayudan a restaurar el equilibrio en el sistema de serotonina de una persona disminuyen los impulsos suicidas. Otras sustancias químicas del cerebro (neurotransmisores) que pueden contribuir a aumentar el impulso suicida son la dopamina y la norepinefrina, y también hay medicamentos que actúan sobre esos sistemas. De modo que, como ves, hay algunos medicamentos que pueden tener efectos directos sobre los sentimientos suicidas.

Otra manera en que los medicamentos pueden ayudar es reduciendo los tipos de problemas mentales y emocionales que, en última instancia, llevan a las personas a considerar el suicidio. En el capítulo 3, mencioné algunas de las emociones abrumadoras y de los síntomas psiquiátricos que podrían contribuir a que se generen sentimientos suicidas. Es posible que alguien llegue a experimentar un dolor emocional tan terrible que desea morir, y los medicamentos pueden ayudar a aliviar parte del dolor. En otros casos, por ejemplo, las personas que padecen esquizofrenia y tienen afectada la

Otra manera en que los medicamentos pueden ayudar es reduciendo los tipos de problemas mentales y emocionales que, en última instancia, llevan a las personas a considerar el suicidio.

capacidad de pensar con claridad, los medicamentos pueden ayudarlos a mejorar las aptitudes relacionadas con la toma de decisiones y la superación.

Cómo conseguir medicamentos eficaces

Para obtener recetas de los medicamentos que mejoran la salud mental, es necesario que consultes a alguno de los siguientes tipos de proveedores: un psiquiatra, un médico de atención primaria o un enfermero psiquiátrico que haya recibido capacitación especializada. En un par de estados (Nuevo México y Luisiana), los psicólogos que reciben capacitación especializada también pueden recetar medicamentos.

Al igual que la psicoterapia, los medicamentos también han sido clasificados de diversas maneras en distintas categorías. En una época, se los clasificaba mayormente según el trastorno para el que se los había desarrollado. Recientemente, sin embargo, los proveedores de atención médica han comenzado a emplear medicamentos para tratar síntomas o problemas específicos, independientemente del diagnóstico (o falta de diagnóstico). El movimiento destinado a lograr que la atención médica esté más “orientada hacia el paciente” o “centrada en el paciente” ha influenciado este enfoque sobre los medicamentos recetados. En otras palabras, ha surgido la creencia de que la meta final de la atención médica debe ser contribuir a lograr los objetivos y centrarse en la superación de las barreras físicas y/o mentales que no permiten llevar una vida plena. Me gusta ese enfoque, así que voy a presentarte los distintos tipos de medicamentos según un esquema organizativo similar. Debido a que cada medicamento tiene un nombre genérico (p. ej. fluoxetina) que denota el ingrediente químico activo que posee, y un nombre comercial (p. ej. Prozac) creado por la empresa farmacéutica que lo produce, voy a usar ambos para que puedas reconocer las dos formas.

- *Cuando te sientes deprimido*, el médico puede recetarte un antidepresivo. Según lo que mencioné anteriormente sobre la conexión entre los neurotransmisores y la depresión, tal vez adivinaste correctamente que muchos de estos medicamentos actúan sobre el sistema de serotonina. Actualmente, el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) se emplea en el tratamiento de primera línea para la depresión. El medicamento actúa solamente sobre la serotonina (es específico) reduciendo (inhibiendo) la cantidad de neurotransmisores que es absorbida por las células para su reciclado (recaptación), con el consiguiente incremento del nivel de serotonina en el cerebro. Los ISRS comunes son fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft), paroxetina (Paxil) y citalopram (Celexa). Como sin duda te explicará el médico, pueden pasar un par de semanas para que sientas un cambio importante ya que los medicamentos actúan a través de una compleja cadena de eventos químicos en el cerebro. Yo probé unos cuantos ISRS. Aunque cada persona reacciona de manera distinta ante una droga determinada, puedo decir que, para mí, fueron fáciles de tolerar y tuvieron un efecto contundente en la forma en que me sentía. Algunas personas se sienten más agitadas o eufóricas cuando comienzan a tomar ISRS, pero eso generalmente decrece una vez que el cuerpo se adapta al medicamento.

¿Causan suicidio los antidepresivos?

Recientemente, los medios informaron sobre investigaciones que indican que puede haber un elevado riesgo de suicidio en jóvenes que toman antidepresivos, especialmente los ISRS. Estos hallazgos han generado todo tipo de debate sobre si estos medicamentos son seguros para su uso en personas jóvenes, o si los ISRS y otros antidepresivos causan realmente suicidios en algunas personas. La respuesta breve a la última pregunta probablemente sea no, pero la historia no es tan simple. Para responder a esa pregunta más cabalmente, vamos a centrarnos en los ISRS y recordar lo que mencioné anteriormente sobre cómo actúan sobre la serotonina. En primer lugar, sabemos que la serotonina está asociada con la conducta suicida parcialmente debido al papel que desempeña en el estado de ánimo y en la agitación o agresión reactiva. También sabemos que los ISRS básicamente funcionan aumentando la cantidad de serotonina en el cerebro.

Analicemos entonces lo que puede suceder cuando alguien toma un ISRS. El medicamento aumenta la cantidad de serotonina en el cerebro. El objetivo principal del medicamento es tratar los síntomas de la depresión, pero el nivel elevado de serotonina causa además otros efectos. Debido a que los receptores cerebrales reaccionan a la serotonina (y por consiguiente, también a los ISRS) en momentos diferentes, es de esperar que la persona tenga diversas reacciones al medicamento. Esto sucede especialmente al principio, cuando alguien comienza a tomar el medicamento, ya que el cuerpo necesita tiempo para adaptarse. La mayoría de las personas experimentan efectos secundarios leves, como dolores de cabeza o diarrea, pero algunas personas experimentan mayor agitación (debido al aumento de serotonina). Si alguien no se siente menos deprimido y además comienza a sentir desasosiego y tiene el impulso de reaccionar intensamente ante eventos negativos, entonces es posible que aumente el riesgo de conducta suicida. Esta es la explicación más aceptada para ese efecto, pero las investigaciones continúan. Sea cual fuera el mecanismo, es necesario que los profesionales de atención médica y de salud mental que recetan medicamentos (de cualquier tipo) controlen la respuesta de cada persona, especialmente en las primeras etapas del tratamiento.

Lamentablemente, hubo casos donde los profesionales de atención médica no hicieron un seguimiento regular de un paciente joven, y la tendencia suicida del adolescente aumentó. Este tipo de consecuencias potencialmente trágicas recalcan la necesidad de contar con adecuadas prácticas para recetar medicamentos y realizar el seguimiento de pacientes. Cada profesional de salud es en parte responsable de controlar la respuesta de los pacientes al tratamiento y de hacer los ajustes necesarios para aliviar los efectos secundarios. Sin embargo, tú puedes colaborar asistiendo a las citas de seguimiento y contándole al médico (o a otro proveedor de atención médica) sobre los efectos secundarios que padeces lo antes posible. Si te empiezas a sentir más agitado o suicida al comenzar a tomar un medicamento nuevo,

informa al proveedor de atención médica inmediatamente.

Ahora vamos a examinar las investigaciones científicas detrás de este debate —que ahora es público— sobre los antidepresivos y el suicidio. En 2004, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos, el organismo que regula los medicamentos, reunió la información disponible sobre los ISRS y la conducta suicida a partir de estudios realizados en jóvenes. En total, había 24 estudios en los que participaron 4,400 jóvenes y no hubo ninguna muerte a causa de suicidio. Sin embargo, el 4% de los jóvenes que tomaban antidepresivos informaron haber tenido conductas o pensamientos suicidas contra un 2% de jóvenes que tomaban placebo. Como parte de esta investigación, el Dr. Brent y sus colegas analizaron los datos disponibles que demostraron sólo un incremento muy leve de la ideación suicida entre los que tomaban un ISRS. En comparación, descubrieron que una cantidad 11 veces mayor de personas se beneficiaron con el ISRS más que volverse suicidas. De todos modos, la FDA intensificó las advertencias en los prospectos de los ISRS (y de otros antidepresivos) e instó a los profesionales de atención médica a controlar a sus pacientes más de cerca. Algunos medios publicaron titulares tan trágicos como engañosos como por ejemplo “Los antidepresivos duplican el riesgo de suicidio” (recuerda que no se produjeron suicidios). Algunas empresas farmacéuticas y proveedores de atención médica formularon declaraciones a la defensiva centrándose solamente en los beneficios de los ISRS. La verdad es más compleja.

¿Lo primordial? Los antidepresivos son extremadamente eficaces para el tratamiento de la depresión, uno de los factores principales que contribuyen a la conducta suicida. El riesgo de poseer conducta o pensamientos suicidas por el uso de un antidepresivo es muy bajo (4% o menos). Nuevamente, si te mantienes en contacto con el proveedor de atención médica para llevar un control de la respuesta que tienes a los antidepresivos (o a cualquier otro medicamento), es posible disminuir los efectos secundarios (suicidas o de otro tipo) y aumentar los beneficios que obtienes de ellos.

Tal vez recuerdes que la serotonina no es el único neurotransmisor asociado con la depresión. También pueden estar involucrados la norepinefrina y la dopamina —sustancia química del cerebro estrechamente relacionada—, de modo que algunos medicamentos (llamados “antidepresivos más recientes” porque fueron introducidos a fines de la década del noventa después de los ISRS) actúan sobre combinaciones de sistemas de neurotransmisores. El medicamento bupropión (Wellbutrin) actúa sobre la norepinefrina y la dopamina, mientras que medicamentos como la venlafaxina (Effexor) y la mirtazapina (Remeron) actúan sobre la serotonina y la norepinefrina. Hace años que me siento bien tomando estos medicamentos, después de haber dejado de obtener tan buenos resultados con el ISRS (con el tiempo es posible que tu cuerpo comience a reaccionar de manera distinta a los mismos medicamentos). Algunos tipos más antiguos de antidepresivos, como los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) y los

tricíclicos, también actúan sobre múltiples neurotransmisores, pero con menor especificidad. Como consecuencia de ello, los antidepresivos más antiguos pueden resultar útiles en algunos casos, pero también tienden a generar más efectos secundarios.

- *Cuando te sientes ansioso*, el médico puede recetarte un medicamento ansiolítico (para aliviar la ansiedad). Como mencioné anteriormente, la serotonina cumple un papel en la ansiedad como así también en la depresión, así que tu médico puede recetarte un ISRS o algo como la venlafaxina (Effexor) que actúa sobre la serotonina y otros sistemas. Algunas personas que padecen ansiedad pueden beneficiarse con un medicamento, como la buspirona (Buspar) que actúa sobre la serotonina y el GABA (uno de los neurotransmisores que participan en la ansiedad). Estos medicamentos son, a menudo, sumamente eficaces para ayudar a las personas a controlar o aliviar diversos tipos de ansiedad. Sin embargo, es posible que te resulten más familiares los medicamentos conocidos como benzodiazepinas o “benzos”, por ejemplo, diazepam (Valium), alprazolam (Xanax), clonazepam (Klonopin), clordiazepóxido (Librium) o lorazepam (Ativan). Estos medicamentos se han utilizado durante más tiempo de modo que aparecen más en programas de televisión y en películas. (De hecho, mientras escribo esto, noto que Valium es el único nombre de medicamento que Microsoft Word reconoce automáticamente). Tal vez te sorprenda saber que estos medicamentos son potentes tranquilizantes estrictamente regulados por leyes federales y estatales. Muchas personas se han hecho adictas a las benzodiazepinas y padecen dolorosos síntomas de abstinencia cuando no tienen la droga. Hay otra razón por la que estos medicamentos son peligrosos: es posible caer en una sobredosis de benzos.
- *Cuando no puedes dormir (insomnio)*, el médico puede recetarte un tranquilizante o un hipnótico. Como te imaginarás por el nombre, los hipnóticos se llaman así por la hipnosis, la acción de inducir el sueño o un estado de somnolencia. Actualmente, los hipnóticos recetados comúnmente incluyen zolpidem (Ambien), trazodona (Desyrel), zaleplon (Sonata) y eszopiclona (Lunesta). La mayoría de estos hipnóticos más recientes actúan con rapidez (aproximadamente dentro de los 15 minutos) y el efecto dura solamente algunas horas, ayudando a conciliar el sueño sin causar una sensación de somnolencia adicional por la mañana. Algunas personas notaron que la difenhidramina (Benadryl), la parte del Tylenol PM que causa somnolencia, puede ayudar a controlar el insomnio. Al igual que las benzodiazepinas, que era el medicamento principal que se recetaba para el insomnio, muchos hipnóticos actúan sobre el neurotransmisor GABA. Aunque son en general más seguros y menos potentes que las benzodiazepinas, algunas personas se vuelven adictas a los hipnóticos también; de hecho, todos los sedantes tienen propiedades potencialmente adictivas, y la mayoría son consideradas sustancias reguladas por leyes federales o estatales. Es mejor consumirlas en forma temporal o sólo cuando es necesario. El médico o terapeuta pueden ayudarte a identificar algunas estrategias no medicinales para dormir mejor a largo plazo.
- *Cuando tienes dificultades para pensar, estás demasiado agitado o te sientes*

desconectado de la realidad (en un estado de psicosis), el médico puede recetarte un medicamento antipsicótico. Los antipsicóticos son probablemente los medicamentos psiquiátricos que más se han malinterpretado, al igual que los síntomas para los cuales se los recetan. En una época, cuando se sabía mucho menos sobre la psicosis, los médicos recetaban principalmente antipsicóticos como clorpromazina (Thorazine), haloperidol (Haldol), tiotixeno (Navane) o flufenazina (Prolixin). Se los conoce como *antipsicóticos de primera generación* y funcionan, principalmente, bloqueando la acción de la dopamina, uno de los neurotransmisores. (A modo de comparación, tal vez recuerdes que algunas de las drogas ilegales como la cocaína aumentan la acción de la dopamina y generan el tipo de desconexión con la realidad que puede presentar una persona que padece trastornos psicóticos no tratados). Lamentablemente, los antipsicóticos antiguos, además de tratar la psicosis, generan nuevos problemas que incluyen sedación profunda, pérdida del control muscular, agitación, espasmos de la lengua y la mandíbula y otros efectos secundarios. Estos efectos son los que, en parte, alimentan el temor de que los medicamentos psiquiátricos son sustancias que controlan la mente o alteran la personalidad.

Actualmente, los antipsicóticos más comunes son tan distintos de las variedades anteriores que se los denominan *antipsicóticos de segunda generación*. Este grupo de antipsicóticos, también llamados *antipsicóticos atípicos*, incluye medicamentos como la olanzapina (Zyprexa), la risperidona (Risperdal), la quetiapina (Seroquel), el aripiprazol (Abilify), la ziprasidona (Geo-don) y la clozapina (Clozaril). Como podrás imaginar dada la larga lista de nombres, los científicos trabajaron mucho para encontrar mejores tratamientos para la psicosis. Mientras que los antiguos antipsicóticos evitaban que las personas sufran delirios y alucinaciones, los nuevos antipsicóticos además ayudan a las personas con psicosis a recobrar la capacidad de pensar con claridad, a experimentar una variedad de emociones y, en general, a disfrutar de la vida. También tienen efectos secundarios pero, en general, no son el tipo de efectos causados por los antipsicóticos de primera generación. Los medicamentos de segunda generación actúan mejor sobre los receptores de dopamina y, además, tienen efecto adicional sobre la serotonina. Tal vez debido al efecto que tienen sobre la serotonina, se ha demostrado que la clozapina (Clozaril) puede ayudar a prevenir la conducta suicida. Los antiguos antipsicóticos, no obstante, son útiles. Si se los dosifica con cautela, muchos de ellos han probado ser extremadamente útiles para disminuir la agitación, especialmente a corto plazo. Un verano, estaba increíblemente irritable y agitado. Por alguna razón, me sentía enojado con todos y con todo. Mi furia era casi criminal y muy difícil de contener. El psiquiatra me recetó una pequeña dosis de un antipsicótico que tomé durante casi dos meses. Me ayudó muchísimo.

- *Cuando las emociones o el estado de ánimo cambian mucho*, el médico puede recetarte un estabilizador del estado de ánimo. El primero y más famoso estabilizador del estado de ánimo es el litio, un mineral natural estrechamente relacionado con la sal. Durante años, fue el único medicamento para quienes intentaban sobrellevar el trastorno bipolar. Aunque los científicos tienen varias teorías sobre las sustancias químicas cerebrales hiperactivas sobre las que puede actuar el litio, aún no saben de qué manera actúa el medicamento, pero sin duda

parece funcionar. El litio es el único medicamento que demostró clara evidencia de reducir el riesgo de suicidio. Desafortunadamente, mientras que el litio puede ser muy eficaz, la cantidad necesaria para ayudar a las personas a sentirse mejor se acerca a la dosis tóxica. Si estuvieses medicado con litio, tendrías que someterte a análisis de sangre regularmente (cada tres meses o antes) para asegurarte de que el cuerpo tolera el medicamento. Tomé litio sin problemas durante mucho tiempo, y me sirvió para mantenerme estable. Personalmente, los análisis de sangre eran muy molestos, pero me acostumbré. Además de surtir efecto, el litio (al menos, el genérico) es barato. Las empresas farmacéuticas también han desarrollado versiones de liberación prolongada (Eskalith, Lithobid).

Actualmente, se utilizan otros dos tipos de medicamentos como estabilizadores del estado de ánimo. Una clase de medicamentos fue diseñada originalmente para ayudar a las personas con convulsiones y se llaman, por lo tanto, anticonvulsivantes. Este grupo incluye a los medicamentos como el divalproex (Depakote) y la carbamazepina (Tegretol). Lamentablemente, no contamos con tantas investigaciones sobre los efectos de estos medicamentos en adolescentes que padecen el trastorno bipolar como para los adultos. Además, como en el caso del litio, no estamos totalmente seguros de por qué los anticonvulsivantes ayudan a regular el estado de ánimo, pero es posible que disminuyan la actividad de los neurotransmisores en las células cerebrales hiperactivas. Después del litio, pasé a otro medicamento que me hizo bien durante un período prolongado.

Los antipsicóticos también pueden recetarse para ayudar a estabilizar el estado de ánimo, ya que se ha descubierto que tienen ventajosos efectos para estabilizarlo. En especial, el médico puede recetarte uno de los medicamentos antipsicóticos más recientes como la olanzapina (Zyprexa) si se te diagnostica el trastorno bipolar.

Terapia electroconvulsiva: una noticia que no causa shock

Los medicamentos y la psicoterapia son los tratamientos más comunes para la depresión. Sin embargo, la terapia electroconvulsiva (TEC) es otra opción que se usa ocasionalmente para los casos de depresión de mayor gravedad, para los cuales se han probado al menos dos medicamentos sin éxito o los síntomas son tan urgentes que no hay tiempo para esperar que otros tratamientos surtan efecto.

Los estudios han demostrado que la TEC puede ser bastante eficaz para muchas personas con depresión grave. Desafortunadamente, se la suele denominar “terapia de shock”, un nombre poco apropiado que ha ayudado a darle a esta terapia una perjudicial e inmerecida crítica en la mente de la opinión pública. En realidad, el procedimiento no es, en absoluto, tan pavoroso como lo hace parecer su apodo. En la TEC, una corriente eléctrica, controlada con cuidado, se envía al cerebro para producir una convulsión

breve. Se cree que esto modifica algunos de los procesos eléctricos y químicos implicados en el funcionamiento cerebral. A una persona que recibirá TEC, primero se le administra el medicamento para que no sienta dolor y para que el cuerpo no convulsione. La convulsión se contiene dentro del cerebro y sólo dura aproximadamente un minuto. Unos minutos más tarde, la persona se despierta, como lo haría alguien luego de una cirugía menor.

Por lo general, la TEC consta de 6 a 12 tratamientos, los cuales se suministran tres veces por semana. Los efectos aparecen gradualmente durante el transcurso del tratamiento, a pesar de que pueden sentirse antes que con los medicamentos y/o la psicoterapia. Los efectos secundarios inmediatos más comunes son dolores de cabeza y musculares, náuseas y confusión. Generalmente, dichos efectos se van rápidamente. En el transcurso de los tratamientos, algunas personas manifiestan problemas con la memoria. Mientras la mayoría de estos problemas desaparecen en el transcurso de días o meses posteriores al último tratamiento con la TEC, ocasionalmente duran más tiempo. En la otra cara de la moneda, algunas personas dicen que su memoria mejora después de la TEC, porque la mente ya no opera más en la niebla de la depresión.

Cómo sobrellevar los efectos secundarios

Anteriormente en este libro, mencioné brevemente cómo diversos sistemas del cerebro y el cuerpo están íntimamente relacionados, y señalé que las células pueden reaccionar de manera diferente ante la misma sustancia química. Debido a estos dos hechos, los medicamentos (o las hierbas, las drogas ilegales, etc.) por lo general producen algunos efectos indeseados. A veces puede resultar beneficioso, como cuando un antidepresivo causa somnolencia en alguien y le soluciona el problema de insomnio. Sin embargo, la mayoría de las veces, cuando hablamos de efectos secundarios, nos referimos a los que no son beneficiosos. Al igual que los tratamientos que los generan, los efectos secundarios pueden clasificarse de diversas maneras. Mi clasificación de los efectos secundarios tiene en cuenta tres factores: en primer lugar, ¿es un efecto secundario molesto o peligroso? En segundo lugar, ¿es un problema temporal o crónico (continuo)? Por último, ¿es común o raro?

La mayoría de las veces, cuando hablamos de efectos secundarios, nos referimos a los que no son beneficiosos.

¿Y los suplementos dietarios?

Muchas personas han intentado tratar los factores biológicos implicados en la salud mental con suplementos dietarios. Tal vez oíste hablar de este tipo de tratamiento que se conoce como medicina alternativa, especialmente para la depresión. Aunque hay sólo evidencia limitada de investigaciones que respaldan las afirmaciones de los fabricantes sobre sus beneficios, algunos tratamientos alternativos merecen ser mencionados en este momento.

La hierba de San Juan es tal vez el remedio herbáceo más popular para la depresión. Las investigaciones actuales sugieren que puede ser útil para la depresión leve pero no para síntomas de depresión de moderados a graves. Otro compuesto natural, S-adenosilmetionina (vendido como SAME), presentó evidencia preliminar de reducir los síntomas de la depresión, pero los resultados aún no son concluyentes. Se ha demostrado que el aceite de pescado (ácidos grasos omega 3) ayuda a aliviar la depresión y a estabilizar el estado de ánimo.

Otros tipos de suplementos herbáceos tienen el potencial de ayudar a las personas a mejorar la salud mental, pero no hay investigaciones importantes sobre qué hierbas tienen efecto sobre qué síntomas. Es importante que sepas que, al igual que los medicamentos fabricados, los químicos que se obtienen de la naturaleza (a partir de hierbas o minerales como el litio) también pueden causar efectos secundarios. Además, los suplementos herbáceos no están regulados por la FDA. Por lo tanto, es obligación que todos los suplementos herbáceos lleven impreso la siguiente exención de responsabilidad de la FDA:

Estos productos, y las afirmaciones relacionadas, no han sido evaluados por la FDA. No tienen el propósito de diagnosticar, tratar, curar o prevenir ninguna enfermedad o afección. Si padece alguna afección o problema de salud, consulte a un médico. Siempre consulte a un médico antes de modificar la dieta; de consumir un nuevo producto, fármaco o suplemento; o de incorporar una nueva forma de actividad física.

Por el contrario, los medicamentos recetados son regulados por la FDA y tienen el respaldo de estudios científicos y experiencia clínica.

Si deseas investigar el uso de remedios herbáceos alternativos para combatir los problemas de salud mental, *primero consulta al médico*. Te brindará información y consejos útiles sobre suplementos como la hierba de San Juan, así como también sobre los riesgos potenciales de consumirlos. Por ejemplo, es posible que los suplementos herbáceos interactúen de manera nociva con los fármacos que ya estás tomando. ¿Lo primordial? Nuevamente, debes consultar con el médico para encontrar la mejor combinación de tratamientos para lograr salud y bienestar.

- *Entre los efectos secundarios molestos y comunes que son temporales se incluyen sequedad bucal, dolores de cabeza, náuseas y diarrea. Algunas personas en estudios de investigación padecen estos efectos secundarios incluso cuando toman medicamentos falsos (conocidos como placebo) que contienen sólo un tipo de azúcar. La mayoría de estos efectos secundarios son problemas con los que has*

tenido que luchar en algún momento de la vida y, por lo general, puedes volver a hacer lo que surtió efecto la última vez. Lo que primero debes hacer ante la sequedad bucal —que ocurre debido a que la boca produce menos saliva que lo normal— es confiar en tus instintos y tomar más líquido, especialmente agua (por lo que tal vez tengas que ir al baño más a menudo). También puedes intentar cosas como la goma de mascar, las pastillas de menta o para la tos que hacen que la boca produzca una cantidad adicional de saliva. Para mantener los dientes saludables, debes consumir productos sin azúcar. Para los dolores de cabeza, náuseas y diarrea, puedes tomar aspirina, ibuprofeno (Advil), acetaminofeno (Tylenol) y otros medicamentos de venta libre.

- Entre los *efectos secundarios comunes y molestos que se transforman en problemas crónicos* se incluyen el aumento (o la pérdida) de peso, la somnolencia, los mareos, el desasosiego y los problemas sexuales. Puedes solucionar el problema de los cambios en el peso empleando estrategias comunes como cambiar la dieta, la rutina de actividad física y la cantidad de agua que consumes. En la mayoría de los casos, la somnolencia y los mareos ocurren poco después de tomar una dosis del medicamento por lo que algunas personas toman el medicamento antes de irse a acostar. La mayoría de los casos de desasosiego que no disminuye por sí solo con el tiempo se pueden solucionar con un ajuste en la dosis del medicamento. Algunos medicamentos pueden causar efectos secundarios en la sexualidad como la disminución del interés en el sexo y dificultad para excitarse y lograr el orgasmo. Al igual que sucede con el desasosiego, estos problemas generalmente desaparecen cuando el cuerpo se adapta a los nuevos medicamentos. Si se transforman en problemas crónicos, puedes consultar al médico para ajustar la dosis, agregar un medicamento que contrarreste el efecto o cambiar de medicamento.

Consejos para el uso de medicamentos

- Acostúmbrate a tomar los medicamentos a la misma hora todos los días (p. ej. cuando desayunas o te cepillas los dientes) para no olvidarte de la dosis.
- Cuando viajes, utiliza envases en los que puedas guardar los medicamentos para una semana o un mes, y colócalos en una bolsita de plástico que puedas sellar herméticamente para evitar que terminen en el fondo del bolso o la maleta.
- Lleva los medicamentos en el equipaje de mano durante el viaje así no los pierdes en caso de que las maletas despachadas se extravíen.
- Al reponer los medicamentos, primero toma los anteriores, siempre que no estén vencidos.
- Anota en la agenda cuándo debes reponer los medicamentos o pedir otra receta para no quedarte sin de un momento para el otro.

- *Los efectos secundarios raros o peligrosos* incluyen la pérdida de control

muscular, los espasmos de la lengua y la mandíbula, aumento de la ansiedad o depresión (consulta el cuadro de las págs. 60 y 61), agitación grave y sarpullidos extraños. Si se presenta alguno de estos síntomas, debes informar al médico inmediatamente. La mayoría de los efectos secundarios raros o peligrosos son específicos de un medicamento. El médico solicitará que te hagas determinados estudios médicos, a veces en forma regular, para asegurarse de que los medicamentos no te causen daño. Debes ser consciente de que a veces se producen efectos secundarios debido a la interacción entre los medicamentos (o las hierbas, el alcohol, las drogas ilegales o la cafeína). Por eso es sumamente importante que le comuniques al médico los otros medicamentos que estás tomando y todo cambio reciente que hayas realizado.

Pago de un tratamiento

La mayoría de las veces, gran parte del costo del tratamiento está cubierto por el plan de seguro médico, aunque es posible que el paciente deba pagar un monto adicional relativamente pequeño por cada visita al profesional de atención médica o de salud mental. En los Estados Unidos, existen tres tipos principales de seguro médico. El primero se trata de planes, como Medicaid, subvencionados por el gobierno federal o estatal. La mayoría de los adolescentes y adultos jóvenes no obtienen seguro a través del gobierno, aunque algunos jóvenes menores de 18 años o que presentan síntomas psiquiátricos graves pueden obtener asistencia; presento más información sobre esto a continuación. Las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) administran el segundo tipo de seguro. Con una HMO, tienes una lista de proveedores en particular entre los que puedes elegir. En general, la lista de proveedores es extensa, pero es posible que determinados tipos de tratamientos no tengan cobertura. El tercer tipo de seguro es a través de una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). Con una PPO, tienes una lista de “proveedores preferidos” con los cuales obtendrás la máxima cobertura, pero puedes recibir un reembolso aún si consultas a un proveedor que no está en la lista. Existen muchas diferencias sutiles entre los planes, incluso si emplean el mismo proveedor principal. La compañía de seguro puede brindarte más información sobre la cobertura del plan.

Desafortunadamente, muchos adolescentes y adultos jóvenes (alrededor del 20%) no tienen cobertura médica, pero incluso teniéndola, la atención médica y, consecuentemente, la atención de salud mental, puede ser costosa. Si tienes bajos ingresos, poco o ningún seguro médico, tienes las siguientes opciones:

- Si tienes menos de 18 años y tus padres no tienen seguro médico, tal vez reúnas los requisitos para recibir servicios a través de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Child Health Insurance Program, SCHIP por sus siglas en inglés). Estos son programas gubernamentales que ofrecen atención médica y de salud mental a aquellas personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Los programas varían de un estado a otro. Para obtener información sobre lo que tu estado ofrece, comienza por GovBenefits.gov (800-333-4636, www.govbenefits.gov) y con Insure Kids Now! (877-543-7669,

www.insurekidsnow.gov).

- Algunas comunidades (especialmente las que están en centros urbanos) cuentan con centros para salud mental que brindan una variedad de servicios a bajo costo o gratuitamente. Consulta el directorio o Internet para obtener información sobre los lugares donde funcionan estos centros.
- Hay algunos terapeutas y psiquiatras que cobran sobre la base de una escala móvil, lo cual significa que ajustan el costo de las sesiones según tus ingresos.
- Prácticamente todos los grupos de ayuda mutua son gratuitos.
- Muchas empresas farmacéuticas auspician programas de asistencia al paciente (Patient Assistance Programs) que ayudan a las personas a obtener medicamentos (así como también vacunas y antibióticos) gratuitamente o con descuentos.
- La disponibilidad de medicamentos genéricos también reduce el costo.

Lo primordial

Este capítulo fue largo así que tal vez, en este momento, te sientas saturado de información. Hay un punto fundamental que quiero que recuerdes: *existen muchas opciones para obtener ayuda.*

Te debes a ti mismo considerar seriamente otras opciones antes de decidir que el suicidio es la única salida para tu pena. Sé que no es fácil pensar en alternativas, así que debes discutirlo con otra persona, en particular con un profesional de salud mental. Tú *puedes* superar este período de oscuridad en tu vida y, lo que es aún más importante, tú *puedes* tener la vida que quieres vivir.

Te debes a ti mismo considerar seriamente otras opciones antes de decidir que el suicidio es la única salida para tu pena.

Recuperación

En la primera sesión con la Dra. O., había prometido seguir vivo al menos hasta la semana siguiente para nuestra próxima sesión y tenía la firme intención de cumplir mi palabra. Sin embargo, eso no significó que dejé de pensar en el suicidio de inmediato. De hecho, ya conoces algunas de las cosas que sucedieron durante el transcurso de las semanas siguientes: el salto que planifiqué, la nota suicida que escribí y los mensajes de correo electrónico que envié a mis amigos, en los cuales intenté desesperadamente convencerlos de que el suicidio era la mejor opción que tenía. Mi plan era quitarme la vida el viernes 1.º de diciembre. Ese día tenía una cita con la Dra. O. durante la cual tendría la posibilidad de cumplir con la promesa de hablar con ella antes de morir. También ese día era el cumpleaños de mi hermano, lo cual parecía completar el círculo de la vida. Luego, el lunes 27 de noviembre de 1995 por la tarde, los policías y los agentes de seguridad del campus vinieron al laboratorio de computación desde donde estaba enviando los mensajes y me pidieron que los acompañara. Al día siguiente, me internaron en un hospital psiquiátrico privado cercano.

Registro hospitalario

28 de noviembre de 1995

Finalmente, esa noche “vinieron y me atraparon”. “¿Sr. Lezine? ¿Puede acompañarnos, por favor?”, dijeron. “Una visita a los servicios de salud”, agregaron. Vinieron a buscarme; sabía que lo harían. Sí, lo sabía.

Los consejeros estaban presentes, observando mi vergüenza. “No pudo manejarlo”, probablemente pensaron. “¿Qué le pasó?” seguramente se preguntaron. Lo oculté bastante bien. Estaba escondido detrás de una máscara: una máscara de felicidad, prácticamente desprovista de estrés. Lo había hecho durante años; nunca me había costado mucho, pero esa noche me la quitaron. La pregunta que se hacía todo el mundo excepto yo era “¿Por qué?” Yo sabía por qué.

Los policías del campus me escoltaron por el edificio y me llevaron en un patrullero. Me “escoltaron” hasta el segundo piso donde estaban los servicios de salud para que hablara con una psicóloga. Cerré la puerta y me senté, mirando hacia el piso.

Quería que hablara con el docente a cargo de asuntos estudiantiles. Pensaba que debía considerar un “hospital”. “Aún no me hice daño”, pensé. “Si no lo logro el viernes por la noche, entonces sí, seguramente voy a necesitar un hospital”. Aunque eso no era a lo que ella se refería. Me mató con la idea de encerrar a Quijote en un loquero. Sí, claro.

Hablé con mis amigos cuando me dejaron ir a casa. Me llevaron de regreso a la residencia estudiantil en el patrullero. Me robaron la dignidad y me despojaron del orgullo. Mis amigos sugirieron que le diera a “ese lugar” —el manicomio— una oportunidad. Dijeron que “ese lugar”— el asilo— tal vez me haría bien. Dijeron que en “ese lugar” — en el loquero— me “curarían”. Sí, claro.

Al día siguiente, hablé con el docente a cargo de asuntos estudiantiles. Me dijo que corría el riesgo de ser expulsado de la universidad por constituir una “carga para los servicios universitarios y por poner a otras personas en una situación difícil”.

“Lo lamento”, pensé, “pero no fui yo quien llamó a los policías y a los agentes de seguridad, ni a usted”. Dije que probaría con un “hospital” o cualquier cosa para no perder mi adorada universidad. No podían quitarme eso, no después de haber perdido ya tantas otras cosas. Maldición, no. Así que “Llévenme. Enciérrenme”, dije... básicamente “Sí”.

El docente me dijo que fuera a almorzar con un amigo mientras organizaba la hospitalización. No confiaban en mí ni siquiera para que fuese solo a almorzar, ¡ni siquiera para que fuese a almorzar! Pensó que tal vez “cambiaría de opinión”. Destrozaron mi dignidad. Llegué al “hospital” en un patrullero. Me estoy acostumbrando a ser tratado como a un delincuente. ¿Cómo? ¿No me van a esposar?

Cuando llegué al hospital, vi a los otros, sí... a los otros “locos”, a los otros que habían “perdido un tornillo”. Fantástico. No tenía amor propio. Me enviaron a hablar con una enfermera que me hizo algunas preguntas y logró que me abriera nuevamente. Me estoy acostumbrando a eso. Siempre lo mismo: “¿Por qué quieres suicidarte? ¿Qué planeabas hacer?”, o la maldita pregunta abierta: “Bueno, entonces.... ¿cómo andan las cosas?”

¡Al diablo! Bien. Me abrí. Sí... Aquí es donde debo estar. Permítame ingresar, si eso es lo que cree. Esta es mi situación. Registró mis datos. Me internaron. Sentía que acababa de perder el alma. Tantas veces la había regalado. Ese era mi secreto máspreciado, mi ideal personal de tener una muerte privada. Revelé absolutamente todos los malditos detalles: el estacionamiento para automóviles de 8 pisos con libre acceso, el cual podía describir en detalle dado el nivel de planificación al que había llegado, y la nota suicida sellada con mi corazón y mi dolor. Se lo revelé todo a completos extraños, una y otra vez. “Comparte tu alma”.

¿Qué me quedaba por hacer? Ni siquiera podía llorar... no tenía ropa, ni cambio de muda, ni música, nada, excepto a mí mismo. Consideraban que representaba un riesgo para mí mismo. Me controlaban cada 5 minutos. Comía. Dormía.

29 de noviembre de 1995

Primer día completo en este lugar. Me extrajeron un poco de sangre de las venas para un análisis y me pidieron una muestra de orina antes de controlar los signos vitales. Comí un poco de cereal Cap'n Crunch de un recipiente, con una linda cuchara de plástico redondeada y leche descremada. No estaba mal.

Me vio una médica —una amable señora mayor— y el médico interno que la acompañaba; no recuerdo los nombres. De todos modos, la médica hacía las preguntas y el interno tomaba notas sobre la técnica, el enfoque y otros detalles sobre la lucha detrás de escena. Me recetó Zoloft, un antidepresivo con pocos efectos secundarios. Sí, fármacos... de acuerdo, medicamentos recetados, como los quieras llamar.

Había un grupo de recreación y organizamos un juego. En plena época de exámenes finales, yo estaba jugando Taboo. Increíble. Aunque tal vez me hizo bien. También recortamos copos de nieve de papel. Afuera nevaba. Hace un par de días, Toni me preguntó dónde estaba. En el infierno, le contesté. Me meterán en una residencia para locos cuando el infierno se congele. ¿Adivina qué pasó? El infierno se congeló. Ja ja. Así que ahí estaba yo, recortando copos de nieve de papel junto a otros locos. Eran personas

como las demás, gente con problemas, con dificultades médicas y psicológicas. Eran personas que habían sido empujadas hasta el límite de la vida y aquí estaban. Todos habíamos llegado al límite, por eso estábamos allí. Estábamos tratando de vivir en un mundo caótico, con todas las enfermedades que eso conlleva, y tenemos pocas habilidades para hacerles frente. Quedamos destrozados. No era algo de lo que teníamos que avergonzarnos... de todos modos, nunca habíamos tenido demasiado control.

30 de noviembre de 1995

Básicamente, me sentía bien... estaba casi listo para salir, para “escaparme”, para “hacerme humo”. Si paso más tiempo en este lugar, me voy a volver loco. Mi mente estaba lúcida. Sabía que tenía un montón de trabajo por delante, pero eso requería tiempo; no iba a pasar allí. Había cumplido mi condena.

Viernes 1.º de diciembre de 1995

Informé a la médica que estaba listo para marcharme del loquero. Me hizo algunas preguntas, ya sabes, las de siempre: “¿Cómo te sientes hoy? ¿Todavía quieres suicidarte? ¿Estás listo para retomar los estudios?” Contesté que estaba listo para marcharme del hospital.

Me dirigí a los servicios psicológicos y me reuní con el jefe de la sala de psiquiatría. Me hizo algunas preguntas, ya sabes, las preguntas comunes de introspección, para que desnudes tu cuerpo y tu alma, y reveles tus más oscuros secretos ante un completo extraño. Contesté que estaba listo para marcharme del hospital.

Me reuní con el docente, y me transmitió que la principal preocupación era si iba a hacerme daño. Dije que no había problema. Me dijo que no quería que me transformara en una “carga” para los servicios universitarios o para los otros estudiantes. Le dije: “No hay problema”. ¡Qué estúpido de su parte decirme eso! Digamos que todavía era suicida pero lo escondía muy bien. [Antes] les había contado a mis amigos que me iba a suicidar, y pidieron ayuda para que me detengan para mi propia protección. Hice lo que tenía que hacer. [Pero ahora] era viernes, la garantía había expirado. [Podía] subirme al techo del estacionamiento para automóviles y llamar a alguien que estuviera abajo. La persona subiría o le pediría a alguien que suba. Le diría: “Aquí está mi nota suicida. Asegúrese de entregarla a quien corresponda”. Salto. ¿Ven? No hubiese llamado ni molestado a nadie, ni me hubiese transformado en una “carga” para los servicios universitarios. Simplemente, hubiese muerto. Yo le pregunto a cualquier persona que lee esto, ¿es mejor que un suicida le diga algo a alguien aunque le cause una preocupación, o que se quite la vida en silencio? ¿Cuál de las dos opciones están fomentando? Eso no está bien.

De todos modos, aquí estoy, sentado en el hospital. Mi compañero de cuarto sabe que estoy acá. No sé qué esperar de los compañeros de la residencia estudiantil. Necesito asumir todos los años de dolor que sufrí en silencio. Será muy doloroso. Ya lo ha sido. Sin embargo, pienso que a veces es necesario abrir una herida y succionar todo el veneno antes de que pueda curarse adecuadamente. Estoy abriendo mis heridas, y es terriblemente doloroso, pero voy a curarme y, al final, me voy a transformar en una persona más fuerte.

*Estoy abriendo mis heridas,
y es terriblemente doloroso,
pero voy a curarme y, al
final, me voy a transformar
en una persona más fuerte.*

Probablemente todos piensen que estoy loco. No importa, porque creo que lo estoy. Me van a pasar de médico en médico por el resto de mi vida. Todos podrán

intentar arreglar al loco. Pásenlo. Nadie podía quererme; sólo podían tenerme lástima. Dirán: “Pobre, enloqueció”. Ya nadie volverá a mirarme con respeto. ¡Me caí del pedestal! Caí en desgracia. Alguna vez fui un héroe, un modelo de conducta. Era alguien, tal vez no era mucho en el interior, tal vez era sólo una cáscara, pero era algo. Era todo lo que conocía y lo perdí y, al perderlo, me perdí a mí mismo. Ahora todos están preocupados y todos quieren ayudarme. “Deja que te brinde mi apoyo”, dicen. Todos se preocupan. Así era yo antes, ¡maldición! Así era yo. Yo era el que brindaba apoyo.

Consecuencia inmediata de una crisis suicida

La crisis suicida me llevó a terminar en un hospital psiquiátrico, pero si se descubre que una persona tuvo un intento de suicidio, por lo general, se lo lleva primero a la sala de emergencias de un hospital. Camino al hospital, los paramédicos o un técnico en emergencias médicas (emergency medical technician, EMT por sus siglas en inglés) puede hacer una RCP, brindar primeros auxilios o administrar medicamentos para mantener a la persona con vida. Si se trata de una sobredosis, los médicos del hospital pueden suministrar carbón activado porque forma fuertes conexiones con otras drogas en el estómago, evitando así que el cuerpo las absorba. Se trata de una sustancia color marrón oscuro que, básicamente, es la misma que se utiliza en los filtros de agua y en los estanques para peces. No obstante, a veces el carbón no es suficiente, y es posible que los médicos tengan que hacer un lavado de estómago. Insertan un tubo por la boca y la nariz, lo dirigen hacia el estómago, y luego lentamente succionan el líquido.

Es posible que una persona que ingresa al hospital inconsciente, con una intoxicación u otro problema que le impide respirar adecuadamente deba ser intubada. Durante el proceso de intubación, un profesional de salud inserta un tubo plástico flexible por la garganta para asistir la respiración mediante el empleo de técnicas de respiración artificial. Sea o no necesaria la intubación, la persona puede después ser tratada en otras áreas del hospital además del departamento de emergencias, por ejemplo, en el departamento quirúrgico o la unidad de terapia intensiva (UTI).

Una vez que la persona se encuentra médicamente estable, es probable que se la someta a una evaluación psiquiátrica y sea derivada a un hospital psiquiátrico. En caso de que haya consumido alcohol o drogas ilegales, es posible que la persona deba asistir en primer lugar a un centro de desintoxicación para eliminar las sustancias del organismo.

Por lo general, los hospitales psiquiátricos cuentan con psiquiatras, enfermeros psiquiátricos, psicólogos, trabajadores sociales y técnicos psiquiátricos. Los hospitales escuela, los cuales están asociados con las facultades de medicina y los departamentos de psicología de las universidades, también pueden contar con profesionales de salud mental —médicos internos, residentes e investigadores— que están terminando su capacitación bajo la supervisión de personal más experimentado. Si llegas a un hospital que cuenta con un buen plantel profesional, tal vez hagas terapia individual y de grupo, y consultas con un psiquiatra o, quizás, con un trabajador social. Lamentablemente, hay muchos hospitales que no cuentan con un buen plantel profesional. Al menos, se puede esperar que te atienda un psiquiatra y que haya personal disponible las 24 horas del día para controlar cómo respondes al tratamiento y asegurarse de que estés bien.

Como sucedió conmigo, muchas personas que ingresan al hospital después de una

crisis suicida son sometidas a algún tipo de vigilancia suicida. Mientras estuve vigilado, no podía tener cinturones, cordones de zapatos, auriculares (con cable), rasuradoras o cualquier otra cosa que podría considerarse peligrosa. El personal del hospital me traía las comidas a la unidad porque no confiaba en que fuera a la cantina con las demás personas. Alguien pasaba a controlarme cada 5 minutos. Entiendo que haya que tomar precauciones, pero te aseguro que es difícil dormir cuando alguien pasa y te abre la puerta cada 5 ó 10 minutos.

Estuve en un hospital psiquiátrico unos cuantos días, y luego hice todo lo que estuvo a mi alcance para no tener que volver nunca más. Allí recibes atención de salud mental intensiva dentro de un entorno seguro, pero es imposible lograr los objetivos que te propongas en tu vida dentro un hospital y, de repente, sentí que tenía muchas cosas por hacer. He visto a personas entrar y salir del hospital, una crisis tras otra. He visto a otros ser arrastrados del hospital a la cárcel, y luego nuevamente al hospital. He visto a personas que estuvieron en el hospital durante años, durante tanto tiempo que ya olvidaron cómo era estar afuera. Habiendo visto muchos tipos de hospitales desde la perspectiva de paciente y de profesional, te doy un consejo: considera al hospital como una opción para obtener ayuda a corto plazo para superar una crisis suicida, pero luego regresa a tu vida lo antes posible. También puedes buscar un programa intermedio entre la hospitalización completa y las citas semanales con el terapeuta: *los tratamientos diurnos o la hospitalización parcial* constituyen una opción en la que los pacientes continúan con la atención de salud mental durante el día pero regresan a sus hogares durante la noche y los fines de semana.

Creo firmemente que, independientemente de cuál sea tu situación, siempre puedes dar un pequeño paso hacia adelante para acercarte a tus objetivos. Trabaja junto al equipo de tratamiento (psiquiatra, terapeuta y demás personas que te tratan) para encontrar la manera de superar la crisis y dejarla atrás. Los primeros objetivos que me planteé durante mi estadía en el hospital fueron simples: acabar con la vigilancia, recuperar mi reproductor de discos y ganarme la suficiente confianza del personal como para que me permitan ir a la cantina con todos los demás. Luego, me planteé los siguientes objetivos: salir del hospital y, después, mantenerme lejos del hospital.

Me planteé los siguientes objetivos: salir del hospital y, después, mantenerme lejos del hospital.

Camino hacia la recuperación

Respiré hondo y atravesé la puerta principal del hospital el sábado 2 de diciembre de 1995. Los autobuses no circulaban con mucha frecuencia los sábados, así que caminé por el sinuoso camino que separaba al hospital psiquiátrico del mundo exterior. El frío aire invernal me hizo sentir bien; era como si pudiese sentir el aroma a libertad. Me coloqué los auriculares, subí el volumen del reproductor de discos y caminé. Los exámenes finales estaban lejos de mi mente. Hice una promesa mental a todos los que habían quedado en la sala: *no lo olvidaré, y la universidad no tiene idea del revuelo que voy a armar como defensor de la salud mental*. Ingresé al hospital sintiéndome deprimido y derrotado, pero salí desafiante y entusiasmado. Tal vez estaba tratando de encontrarle

sentido a todo el dolor y la humillación de mi experiencia suicida. Tal vez me había vuelto a conectar con el guerrero interior llamado Alexander y el idealista llamado Quijote. Sea lo que fuere, quería mejorar mi vida.

Asimismo, el comienzo fue duro; aún no estaba funcionando al 100%. Terminé el semestre cumpliendo con un período de prueba académico, y me sentía frágil desde el punto de vista emocional. La terapeuta escribió el siguiente informe sobre mi estado después de la última sesión del semestre:

Le preocupa mucho la reacción de sus padres. También le preocupa haber destrozado su imagen de joven confiable, competente y colaborador... Parte de él se siente aliviado porque así puede recibir apoyo y cuidado. Otra parte de él... está llorando y penando por el hecho de que ya no tiene esa imagen después de la hospitalización. Se siente desesperado sobre la reacción de su familia ante el dolor... No está acostumbrado a escuchar palabras de aliento y cariño por parte de sus padres...

Cuando regresé a California, me sentí abatido por la reacción negativa y hostil de las personas. Su actitud casi logra desalentarme. Mi papá no entendía realmente lo que le pasaba a su hijo, y el psiquiatra recomendaba una nueva hospitalización. Papá no confiaba en los hospitales, que poco habían hecho por otros miembros de la familia, y dejó que yo optara. Decidí volver a la universidad; ese lugar no iba a deshacerse de mí tan fácilmente. Mi padre apoyó mi decisión. Después de todo, por algo me había llamado Alexander.

El camino hacia la recuperación de una crisis suicida es incierto, y todo lo que precipita una crisis no desaparece de repente una vez que has tomado la determinación de volver a encaminar tu vida.

¿Fue todo sencillo a partir de allí? Para nada. Al principio, el camino hacia la recuperación de una crisis suicida es incierto, y todo lo que precipita una crisis no desaparece de repente una vez que has tomado la determinación de volver a encaminar tu vida. Sin embargo, tomar esa determinación es de crítica importancia —un paso gigantesco en la dirección correcta— y será necesario que te lo recuerdes a ti mismo continuamente mientras, con ayuda, enfrentas a tus demonios, comprendes de dónde vienen y aprendes a manejarlos y vencerlos. Asimismo, tu determinación te ayudará a enfrentar otros problemas, según tus propias circunstancias en particular y las que el mundo ponga en tu camino.

Cómo tratar las cicatrices físicas

En primer lugar, vamos a hablar sobre las consecuencias físicas de los intentos de suicidio y de otros tipos de lesiones autoinfligidas. El intento de suicidio letal o violento puede dañar el cuerpo o dejar cicatrices terribles. Ya sea que la persona tenga o no la intención de morir mediante un corte, una quemadura o una lesión autoinfligida, es posible que estos métodos dejen marcas permanentes. Muchas personas tratan de esconder las cicatrices debajo de camisas de mangas largas o cuellos altos, pero aún así, a menudo les preocupa que otros descubran su secreto. Otras personas pueden no tener señales visibles de lesión, pero tienen afectado algún órgano debido a una sobredosis de droga o al consumo de sustancias químicas en forma crónica.

Sin embargo, no quiero que te quedes con la idea de que la situación no tiene solución. El cuerpo humano tiene una increíble capacidad de recuperación, al igual que el cerebro humano, cuando colaboramos con el deseo innato de vivir. Combinando el tratamiento médico, la fisioterapia, tiempo y esfuerzo, muchas personas pueden recuperar gran parte de su funcionamiento. He mencionado que la conducta suicida es increíblemente compleja, así que es lógico que la recuperación, incluida la recuperación de las funciones físicas, también lleve tiempo. Los médicos, los terapeutas, los hospitales y los medicamentos son todos de gran utilidad, pero nada proporciona una solución rápida o una cura. Es necesario que desees estar mejor. Tienes que seguir buscando opciones para encontrar una vida mejor. Si inviertes en tu propio futuro, entonces la recuperación es posible.

Cómo luchar contra el estigma

Además de los efectos físicos, un intento de suicidio tiene consecuencias sociales. Hice alusión a esta consecuencia en mi propia historia. Tenía sólidas razones para preocuparme sobre lo que mi familia y mis amigos pensarían al enterarse de lo que había sucedido. La mayoría de las personas se asustan, y al querer protegerse a sí mismas de tener que pensar en algo como el suicidio, nos hacen a un lado. Sería imposible hacer una lista de todos los amigos y familiares de amigos que dejaron de hablarme cuando se enteraron de mi intento. Muchas personas de mi congregación religiosa dejaron de visitarme o de hablarme. Después de un intento de suicidio, los que no nos hacen a un lado nos tratan de manera diferente. Tuve que acostumbrarme a que padres y amigos me pregunten continuamente: “¿Estás bien?” o “¿Estás tomando los medicamentos?” (Bueno, en realidad todavía no me acostumbré totalmente a eso).

Se les ocurren todo tipo de razones para explicar su conducta, como el concepto de que los sentimientos suicidas son contagiosos, que las personas suicidas pueden tornarse violentas o comenzar a comportarse mal, que no se puede confiar en las personas que padecen enfermedades mentales, o que las enfermedades mentales vuelven a las personas incompetentes. En el mundo de la salud mental, este efecto se llama *estigma*. En la Grecia Antigua, un estigma era un tipo de tatuaje que se realizaba cortando o quemando la piel de los delincuentes, los esclavos, los traidores y otras personas que debían evitarse o que eran rechazados por la sociedad. Son muchos los grupos que enfrentaron el estigma y la discriminación en algún momento, entre los que se incluyen los zurdos, los homosexuales o lesbianas, las minorías raciales o étnicas, los ciegos, los sordos, los que sufren parálisis o los que padecen VIH/sida u otras enfermedades. Al menos en los Estados Unidos, sigue existiendo un estigma ligado a los actos suicidas y a las enfermedades mentales. Está tan generalizado que ya es parte de nuestra cultura.

Pero un estigma no es exclusividad de la sociedad en general. Parte de la discriminación que sufrí como resultado de hablar abiertamente de la crisis suicida provino de psiquiatras, psicólogos e incluso de profesionales especializados en prevención del suicidio. He escuchado a profesores universitarios decir que no debiera haber mencionado mi pasado cuando me presentaba para hacer un doctorado, y hubo médicos que le dieron muy poca importancia a mi sufrimiento al considerarlo un “gesto suicida” o un “intento de suicidio fallido”. Las personas que intentan suicidarse o que experimentan síntomas psiquiátricos pueden incluso estigmatizarse a sí mismas. Por el estigma que hace que las personas se cuestionen su propio valor y el temor a que los

demás “descubran” la afección, muchos evitan acceder a la atención de salud mental. Honestamente, la vergüenza que yo sentía me dolía espantosamente. De todos modos, conseguí la ayuda que necesitaba para continuar con mi vida (con o sin las personas que dudaron de mí). Se hace más fácil a medida que avanzamos, y nos damos cuenta de quiénes son nuestros verdaderos amigos y con quiénes contamos en los momentos difíciles.

Cómo volver a ponerse de pie

Antes dije que la crisis suicida fue como un tsunami que me arrasó, me atropelló y arrebató la vida que había en mí. Sin embargo, cuando pienso en la historia completa, ahora creo que tal vez se pareció más a un terremoto. Justo cuando me di cuenta de que había sobrevivido al temblor inicial y empecé a analizar los daños, vinieron todas las réplicas. Sentía como si todo mi mundo se hubiese vuelto inestable. Era necesario restaurar todo aquello que había dado por sentado, si es que no había que demolerlo y volver a construirlo nuevamente. Además del tratamiento profesional, incluidos los medicamentos y la psicoterapia, puedo mencionar otras cinco cosas que me ayudaron a reconstruir mi vida. Estoy seguro de que puedes armar una lista aún mejor tú mismo, pero la que sigue te dará algunas ideas para comenzar.

Era necesario restaurar todo aquello que había dado por sentado, si es que no había que demolerlo y volver a construirlo nuevamente.

IDEA N.º 1: CREAR UNA RED DE CONTENCIÓN

Con respecto a esta idea, particularmente para las personas introvertidas como yo, del dicho al hecho hay un largo trecho. Sin embargo, por si acaso este concepto no haya quedado suficientemente claro, las investigaciones demuestran sistemáticamente que la contención social puede ayudar a que las personas se sientan menos suicidas y más felices con la vida en general. Puedes comenzar por establecer relaciones (o mejorarlas) con tus amigos íntimos y tu familia. Tal vez puedan presentarte a otras personas o acompañarte a algún evento social. En general, cuando alguien que ya conozco me acompaña a una fiesta o a una reunión, me siento más a gusto para charlar y conocer a personas nuevas. Estoy seguro de que pase lo que pase, al menos tendré a alguien con quien hablar. Si no asistes mucho a eventos sociales o fiestas, entonces comienza con el tipo de comunicación con el que te sientes más cómodo (por ejemplo, mensajes de texto,

Hagas lo que hagas, sea por Internet o personalmente, creo que será más conveniente si concuerda con tus objetivos de vida.

mensajes instantáneos, llamadas telefónicas o mensajes de correo electrónico). Algunas personas han descubierto comunidades de apoyo a través de Internet, ingresando a sitios como MySpace o Facebook. La principal precaución sobre Internet es que al ser tan abierta, prácticamente cualquiera puede crear un sitio web y decir lo que quiera, incluidos delincuentes sexuales, ex convictos, estafadores y

otros personajes sospechosos. Recuerda que la idea es encontrar personas que puedan apoyar tus esfuerzos por construir una vida saludable. Hagas lo que hagas, sea por Internet o personalmente, creo que será más conveniente si concuerda con tus objetivos

de vida; no debe ser el resultado de un impulso momentáneo o de la presión de un tercero.

IDEA N.º 2: REALIZAR ACTIVIDADES AGRADABLES

Identifica dos o tres cosas que realmente te resulten agradables y programa hacerlas en forma regular durante la semana. Piensa en lo que harías si tuvieses millones de dólares y todo el tiempo del mundo para gastarlos en lo que quieras. Dicho de otra manera, no me refiero a actividades que realizas porque te reportan algún beneficio (como dinero), sino más bien actividades que disfrutas por la sola emoción de hacerlas. En la terapia cognitivo-conductual, el terapeuta casi siempre recomienda este tipo de actividades y tiene un buen motivo para hacerlo: probablemente te sientas mejor al hacerlas. Sin duda suena obvio, pero es un punto que vale la pena destacar. A menudo, cuando estamos deprimidos, dejamos de hacer las cosas que realmente disfrutamos o quedamos atrapados en las cosas que “necesitamos hacer” o que “debemos hacer”. Reconozco que a veces esto se me escapa de las manos. Me encantaba dibujar y publicaba regularmente una historieta en el periódico de la universidad. Ahora dibujo en muy raras ocasiones, y no dejo de repetir que un día, “cuando tenga más tiempo”, retomaré el dibujo. Nadie es perfecto. Sin embargo, todavía le dedico tiempo a los videojuegos como escape emocional, y trato de mirar películas o ir a caminar durante la semana.

IDEA N.º 3: DORMIR ADECUADAMENTE

A todos nos pasa que a veces tenemos cosas pendientes y trabajamos hasta tarde por la noche (probablemente por haber pospuesto las tareas que debíamos finalizar), o simplemente hay veces en que no podemos conciliar el sueño. Cuando asistía a la escuela y a la universidad, me quedaba hasta altas horas de la madrugada para terminar proyectos, y a veces no dormía durante toda la noche. Cuando tú o tus amigos asisten a clase durante el día, resulta tentador hacer cosas juntos por la tarde o la noche, pero no dormir lo suficiente tiene un costo. Cuando dormimos, el cuerpo tiene tiempo de sanarse, recuperar el equilibrio del cerebro y los órganos, y consolidar la memoria. Si no duermes lo suficiente, tienes mayor probabilidad de enfermarte o de necesitar mayor tiempo de recuperación de enfermedades comunes como un resfrío o una gripe. Las personas que no duermen lo suficiente (especialmente debido a la falta de sueño crónica) tienden a tener dificultad para mantener la estabilidad emocional, y se vuelven más irritables, eufóricas, deprimidas o ansiosas (tal vez incluso paranoicas). También cuesta más recordar las cosas y es más difícil concentrarse (contrarrestando el objetivo de sesiones de estudio que duran toda la noche). Dormir es una parte natural de la vida de los humanos y los animales —incluso de las hormigas y las moscas— porque es una función indispensable para la supervivencia. Intenta desarrollar un patrón de sueño regular, y sé constante en la hora en que te acuestas y le levantas por la mañana. Es más fácil lograr la estabilidad mental cuando tienes una rutina estable.

IDEA N.º 4: HACER EJERCICIO

En la universidad, practicaba deportes de equipo como básquetbol y salía a dar largas

caminatas, y durante mis estudios de posgrado comencé a practicar aikido (un arte marcial). Además de ayudar a vernos bien y tener buen estado físico, el ejercicio nos ayuda a disminuir la presión sanguínea, mejorar el sueño y salir de la depresión leve. Algunas personas se sienten bien cuando realizan ejercicio de moderado a intenso porque la actividad hace que el cuerpo libere endorfinas (denominadas *péptidos opioides*). Estos opioides naturales, al igual que las drogas que intentan imitar sus efectos, provocan sentimientos positivos y levemente eufóricos, la euforia natural original. El ejercicio intenso incluye correr, subir las escaleras, hacer ejercicio aeróbico, hacer ciclismo en el interior o el exterior, nadar y practicar artes marciales. Algunas personas prefieren el ejercicio de bajo impacto que pone énfasis en la respiración profunda y la elongación, como yoga, pilates o taichi. A largo plazo, el ejercicio regular puede aumentar el flujo sanguíneo y de oxígeno hacia el cerebro, lo que ayuda a pensar mejor y potencia la salud mental. Si haces ejercicio con otras personas, obtienes dos por uno: la fuente adicional de contención social. Por ejemplo, mi grupo de aikido fue una fuente esencial de contención para mí durante los estudios de posgrado. Incluso en el caso de que ejercites solo, puede ser una gran manera de liberar sentimientos reprimidos. No podría decir cuántas veces una larga caminata me ayudó a calmarme lo suficiente como para enfrentar alguna situación estresante.

Además de ayudar a vernos bien y tener buen estado físico, el ejercicio nos ayuda a disminuir la presión sanguínea, mejorar el sueño y salir de la depresión leve.

IDEA N.º 5: HACER TRABAJO VOLUNTARIO

Durante la escuela secundaria y la universidad, disfruté los diversos tipos de trabajo voluntario que realicé. Al principio, ayudaba a los estudiantes que tenían dificultades académicas y a mis pares con las solicitudes de ingreso a la universidad. En la universidad, descubrí mi vocación en la prevención del suicidio. A algunas personas les gusta participar en programas como Big Brother o Big Sister, o ser mentor en algún programa similar. Otras personas dedican parte de su tiempo a hacer trabajo voluntario en hogares para la tercera edad, comedores comunitarios, refugios u organizaciones barriales. Las investigaciones demuestran que las personas que se ofrecen como voluntarios por lo general tienen un mayor bienestar y menos depresión. Me gusta sentir que estoy ayudando a alguien, y otras personas han manifestado que este tipo de altruismo les mejora el estado de ánimo. También te brinda la oportunidad de participar en una actividad útil (que posiblemente te resulte también una actividad agradable) que puede aportar una fuente más de contención social.

¿Qué sucede si te vuelves a sentir suicida?

Sería fantástico poder decirte que tengo “siete claves” o “trucos” para no volver a sentirse suicida nunca más. Ojalá pudiese decirte que una vez que superas una crisis suicida, se termina y puedes olvidarte del asunto. Sin embargo, te estaría mintiendo, y prometí no hacerlo. Tal vez algunas personas atraviesan una sola crisis suicida y nunca tienen que enfrentar otra, al menos hasta donde sepamos. Sin embargo, para muchos de nosotros,

una situación estresante o el resurgimiento de los síntomas desencadenarán los dolorosos y conocidos pensamientos sobre la muerte. Si cumplimos con nuestro tratamiento y trabajamos para lograr la recuperación, podremos reducir la frecuencia y la intensidad de los pensamientos suicidas. Aún así, a veces logran resurgir de alguna manera. ¿Qué hacer entonces? En este caso es necesario hacer todo lo posible por evitar la muerte de alguien importante: tú. Para mí, esa es la forma más importante de prevención del suicidio.

Como mencioné anteriormente, lidiar con algo tan fundamental como una decisión de vida o muerte requiere una segunda (y tercera, cuarta, quinta...) opinión. Habla con alguien cercano y consulta a un profesional de salud mental. Si un psiquiatra o un terapeuta te está atendiendo, llámalo a cualquier hora y aunque no esté esperando tu

Si no encuentras a nadie, o no puedes llamar a alguien que conoces, entonces llama a la National Suicide Prevention Lifeline (1-800-273-TALK).

llamado. Si en ese momento no estás en tratamiento pero hay alguna persona que te brindaba atención de salud mental, llámala. No creas que se va a sentir desilusionada o molesta. Para un profesional de salud mental, no hay nada más devastador que la muerte de un paciente a causa de un suicidio. Si es necesario, rastrea al terapeuta o al médico, pero ponte en contacto con él lo antes posible. Si no encuentras a nadie, o no puedes llamar a alguien que conoces, entonces llama a la National Suicide Prevention Lifeline (1-800-273-TALK). Te van a conectar automáticamente con un centro de crisis en tu zona para que

el personal del centro te ayude a identificar algunos recursos locales. Si sientes que no puedes reprimirlo, que el impulso suicida es demasiado fuerte, llama al 911 o dirígete al departamento de emergencias.

A veces no estamos al borde de un intento de suicidio, pero simplemente no podemos deshacernos de los sentimientos dolorosos que nos llevan a tener pensamientos suicidas. Hay cosas que puedes hacer por ti mismo para superar la crisis suicida. Las mejores estrategias pueden ser las que te dieron resultado en el pasado. Nuevamente, tu lista va a ser mejor que la mía, pero puedo hacerte algunas sugerencias para comenzar.

ESTRATEGIA N.º 1: DISTRACCIÓN

Los pensamientos suicidas o depresivos tienden a alimentarse unos de otros, creando un torbellino que te lanza hacia la desesperación. Esta forma de pensar y rumiar refuerza el impulso suicida. A veces he logrado romper esta cadena de eventos al encontrar un momento para descansar de la crisis y pensar en algo completamente distinto. Puede resultar difícil sacar los problemas graves de la mente, así que es útil usar técnicas que fomenten las emociones positivas. La risa y la alegría no se mezclan con la tristeza y la melancolía, es como tratar de agacharse y saltar al mismo tiempo. Para mí, la manera más simple de sacar los problemas de la mente es mirar una película divertida que me levante el ánimo. Una comedia puede ser aún más efectiva si la miras junto a otras personas, incluso si vas solo al cine, porque la risa de los demás puede ser contagiosa. El amor incondicional y la felicidad que recibes de una mascota (en particular un perro o un gato) pueden tener un efecto similar para levantar el ánimo. Algunos hospitales han aprovechado este beneficio e implementado programas de terapia asistida con animales.

Existen otras maneras de dirigir la concentración hacia cosas positivas. Los recuerdos asociados con emociones se rememoran con mayor facilidad, en particular debido a que hay una parte especial del cerebro (la amígdala) especializada en recuerdos emocionales. Cuando estamos deprimidos, es más fácil recordar los eventos negativos o depresivos de nuestro pasado (como los rechazos, los fracasos, el dolor y la pérdida); esta afección se conoce con el nombre de *recuerdo dependiente del estado*. Este proceso también puede funcionar en la dirección opuesta: los recuerdos positivos pueden activar emociones positivas. Tengo una colección de fotos y cartas que me traen buenos recuerdos, o que me recuerdan cosas que hice bien en el pasado (p. ej. tarjetas de agradecimiento, tarjetas con deseos de una pronta recuperación, cartas de amigos, fotos de ceremonias de entregas de premios). Cuando me siento deprimido, puedo recurrir a esta colección y recordar que la vida no fue 100% mala. Sería más simple crear y acceder a una carpeta digital con un contenido similar. También hay ciertas canciones que a mí me recuerdan eventos o sentimientos que pueden contrarrestar los sentimientos de depresión. Algunas de estas canciones eran populares en épocas en que me sentía bien, así que me recuerdan esos tiempos. Otras canciones tienen letras con las que me siento identificado, como “Mad Season” (Estación loca) y “Unwell” (Mal) de Matchbox 20, o sentimientos con los que me siento identificado como “Fighter” (Luchadora) de Christina Aguilera y “Die Another Day” (Otro día para morir) de Madonna. Armé listas de reproducción en mp3 y discos que empiezan con canciones que reflejan mi sentimiento de ira o depresión y cambian progresivamente a canciones que me reconfortan asegurándome que puedo vivir un día más. Tú eres quien más sabe lo que te trae buenos recuerdos del pasado —una fotografía, una carta, una canción, un lugar, un sabor, un aroma— y puedes emplear el conocimiento que tienes de ti mismo para crear tu propia colección de asociaciones positivas.

Tú eres quien más sabe lo que te trae buenos recuerdos del pasado —una fotografía, una carta, una canción, un lugar, un sabor, un aroma— y puedes emplear el conocimiento que tienes de ti mismo para crear tu propia colección de asociaciones positivas.

ESTRATEGIA N.º 2: PERSPECTIVA

Cuando sucede algo que parece ser tan devastador que lleva a alguien a considerar el suicidio, tiende a acaparar toda la atención y a expulsar todas las demás cosas de la vida hacia la periferia. Puede resultar útil observar todo en perspectiva y recordar el panorama general. Sin embargo, en primer lugar, es importante reconocer tu dolor; no trato de decir que la circunstancia dolorosa no sea importante. Por el contrario, cuando me sucede algo desagradable, me gusta escribir acerca de ello. Así puedo examinarlo en detalle. ¿Durante cuánto tiempo puede durar este problema? ¿Esto ya me pasó? Si es así, ¿de qué manera lo superé la última vez? Trato de recordarme a mí mismo que, independientemente de cuán profundo sea mi dolor y aún cuando siento que las cosas no van a mejorar nunca, mi agonía probablemente no durará por siempre. La mayor parte del tiempo puedo decirme que *me han pasado cosas peores* o, al menos, que *ya he padecido esto antes*. Cuando has sobrevivido a una crisis suicida, puedes recordar ese logro: a esto ya lo superé.

En un momento, consideré al suicidio como un tipo de venganza: *cuando esté*

muerto, lo van a lamentar. Estaba enojado con otra persona y canalizaba ese enojo a través de pensamientos sobre mi propia muerte. Cuando estamos heridos, pensamos en vengarnos. A veces, en lugar de reconocer nuestro propio dolor, pasamos directamente a pensar en formas de herir a otra persona. Cuando analicé esto posteriormente, no le encontré sentido: me sentía dolido y ¿mi respuesta fue *causarme daño o matarme*? Cuando estamos dolidos, ¿no debíamos tratar de calmar y curar el dolor? Si estás profundamente herido, entonces lo más importante es encontrar la manera de sentirte mejor. Hay muchas formas de lograr este objetivo, y hacerte daño no es una de ellas. Después de ocuparte de ti, puedes pensar en cómo evitar o enfrentar una situación similar en el futuro. Esforzándote por mejorar y lograr ser más capaz y más fuerte, lograrás también elevar tu condición y amor propio. Dicho de otra manera, pienso que la mejor venganza de todas es vivir una vida plena y productiva.

Desde el punto de vista del tiempo, trato de imaginarme dentro de diez años y comienzo haciéndome la siguiente pregunta: “Honestamente, ¿este problema me parecerá tan importante dentro de diez años? La mayoría de las veces, la situación que causa tan intenso dolor es sólo temporaria. Por otro lado, ¿por qué cosas *vale la pena* vivir? ¿Qué cosas valiosas o agradables *podrías* ver o hacer, lograr o experimentar en los próximos diez años? ¿Cuáles son las *posibilidades*? Aquí es donde alguien de tu red de contención puede ser de incalculable valor. Pueden ayudarte a considerar la posibilidad de tener un futuro positivo. Busca a alguien que pueda darte aliento, sin importar las probabilidades. Busca a alguien que nunca deje de creer en ti. Aunque mi amiga Amanda falleció, aún la escucho decirme: “Creo en ti”. Estoy seguro de que ella nunca hubiese deseado que nada malo me suceda, especialmente una lesión autoinfligida o la muerte. No dejaba de repetirme que tenía la firme convicción de que me aguardaba un futuro que valía la pena vivir. Hubo oportunidades en que soportaba un día más en virtud de su convicción.

Trato de imaginarme dentro de diez años y comienzo haciéndome la siguiente pregunta: “Honestamente, ¿este problema me parecerá tan importante dentro de diez años?”

ESTRATEGIA N.º 3: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Es difícil analizar un problema en medio del dolor, de modo que la distracción puede ser útil inicialmente. A veces la cuestión se aclarará por sí sola, o bien el problema está totalmente fuera de nuestro alcance y simplemente nos queda resolverlo teniendo en cuenta un panorama más amplio. Otras veces, podemos hacer algo por solucionar el problema o, al menos, podemos evitar que vuelva a presentarse. Con la terapia cognitivo-conductual o la terapia de resolución de problemas es posible identificar formas específicas de abordar los problemas que mejor funcionen en tu caso.

Puedes comenzar con la siguiente estrategia general para resolver problemas. La primera tarea para resolver un problema abrumador es, por lo general, dividirlo en problemas específicos más pequeños. Hay muchas formas de enfocar esta tarea, pero prefiero el enfoque visual. Primero, escribe el problema principal, luego traza líneas hacia los factores que podrían estar agravando el problema (problemas secundarios). Pregúntate qué es lo que puede estar causando este problema, agravándolo o evitando que se

solucione. A continuación, aplica el mismo proceso para cada uno de los problemas secundarios. Puedes continuar con este proceso hasta que comiencen a aparecer problemas en tu lista que sientes que puedes resolver. La próxima pregunta que puedes formularte es: “Dados todos estos problemas más pequeños, ¿por dónde comienzo?” Al mirar la lista, verás que algunas de las soluciones probablemente tienen un efecto mayor, o te acercan más rápidamente a los objetivos, en comparación con otras. Organizo las soluciones según el impacto que cada una puede producir. Luego comienzo por la solución que ubiqué en primer lugar y con la que me siento más cómodo. A veces me resulta frustrante solucionar problemas menores porque quiero resolver el problema *ahora mismo*. Tengo que recordarme a mí mismo, como dicen en Alcohólicos Anónimos, que tengo que vivir “un día a la vez”. O bien, si prefieres, como dice Confucio: “El hombre que mueve una montaña es el que comienza quitando las pequeñas piedras”.

La primera tarea para resolver un problema abrumador es, por lo general, dividirlo en problemas específicos más pequeños.

Muchos de mis problemas incluían conflictos con otras personas, y dudo ser el único que tuvo que enfrentar estas situaciones. Se publican libros enteros y se dictan cursos dedicados al tema del manejo de situaciones interpersonales conflictivas. De hecho, la terapia interpersonal ha resultado eficaz contra la depresión debido a que se centra en los problemas de índole social que pueden causarnos mucho dolor. Si tienes problemas interpersonales, te sugiero con insistencia que consideres los recursos para hacer frente a los conflictos, y pidas consejos más exhaustivos y específicos de los que puedo ofrecerte aquí. Sin embargo, puedo proporcionarte varios consejos sobre las estrategias que uso para manejar conflictos interpersonales. La mayoría de las situaciones conflictivas, o su resolución, requieren de algún tipo de comunicación, así que es necesario aprender a comunicarnos eficazmente.

- *Identifica el problema real:* a veces las personas discuten sobre cosas que ya les sucedieron antes, o que no pueden cambiar. Tal vez sea útil centrarse en los hechos de una situación y buscar juntos una solución. Un ejemplo simple: si fuésemos compañeros de apartamento y hay una pila de platos para lavar en el fregadero, puedo decirte con tono acusador, por ejemplo: “¿Por qué no lavaste los platos?”, lo cual probablemente desataría una discusión. Otra alternativa sería conversar sobre el problema contigo (es necesario lavar los platos) y podríamos buscar la forma de resolver la situación (lavarlos juntos o por turnos, etc.)
- *Utiliza afirmaciones que incluyan la palabra “yo”:* cuando tenemos discusiones o situaciones emocionales, es fácil culpar a los demás por todo lo que sale mal. Sin embargo, cuando le echamos la culpa a otro (incluso si la tiene), la persona probablemente reaccionará defendiéndose y discutiendo. Esto casi nunca soluciona el problema. Entonces, ¿qué es una afirmación que incluye la palabra “yo”? En lugar de decir “estás equivocado”, puedes decir “yo veo el problema de otra manera”. En lugar de decir “tú me haces enojar”, podrías decir “me enojo mucho cuando tú...” Es una manera honesta de decirle a otra persona qué piensas o cómo te sientes sin hacer que se pongan a la defensiva.

- *Escucha de manera activa:* cuando tenemos un conflicto, tendemos a aferrarnos a nuestro propio punto de vista, incluso descartamos prácticamente todo lo que dice la otra persona mientras pensamos en lo próximo que vamos a decir. Sin embargo, he descubierto que puedo apaciguar muchas discusiones rápidamente si escucho con cuidado lo que dice la otra persona y reconozco sus sentimientos y su punto de vista. Luego, hay mayor probabilidad de que la otra persona me devuelva el favor escuchando mi punto de vista.
- *Demuestra firmeza:* cuando demuestras firmeza, puedes transmitir tus pensamientos y tus sentimientos en forma honesta y adecuada. Me costaba mucho ponerme firme, muy rara vez decía que no ante un pedido, y soportaba en silencio muchas situaciones injustas en las que alguien se aprovechaba de mí. He avanzado, pero aún necesito mejorar en este aspecto. La falta de firmeza está estrechamente relacionada con la baja autoestima, así que no debiera sorprender el hecho de que muchas personas suicidas lucharon contra esto. También debes comprender que dado que la baja autoestima se desarrolla a lo largo de toda la vida, lleva tiempo trabajar en ella. Identifica oportunidades en las que podrás defenderte solo porque esto te dará la posibilidad de aumentar tu autoestima. El objetivo de tener firmeza es poder comunicar a los demás tus pensamientos, sentimientos, necesidades o deseos de manera adecuada, sin ser agresivo ni belicoso.

El objetivo de tener firmeza es poder comunicar a los demás tus pensamientos, sentimientos, necesidades o deseos de manera adecuada, sin ser agresivo ni belicoso.
- *Ten en cuenta todos los aspectos de la comunicación:* en un conflicto interpersonal, además de las palabras que utilizamos para comunicarnos con otras personas, también cuentan la expresión facial, el lenguaje corporal y el tono de voz. Ahora que ya hemos mencionado algunas maneras de manifestar lo que queremos decir, el próximo paso es asegurarnos de que todo lo demás esté en sincronía con la posición firme adoptada. Por un lado, resultará difícil acabar con el conflicto si empleas un tono de voz cargado de tensión o ira, si frunces el ceño, cruzas los brazos, apuntas a la otra persona con el dedo o si tienes una actitud de alguna manera amenazante. Por otro lado, es posible que tus pensamientos y sentimientos no se tomen en serio si evitas el contacto visual, retrocedes, hablas en voz baja o demuestras de alguna otra manera que no tienes la intención de defenderte. Descubrí que es muy eficaz respirar hondo (una o varias veces) antes de responderle a alguien. Trato de mantener el contacto visual sin que sea una mirada fija. Si estoy nervioso e intento no demostrarlo, entonces dirijo la mirada a la nariz o a la frente de la persona porque no podrá notar la diferencia. Si estoy de pie, trato de pararme con los pies abiertos, según el ancho de hombros, para lograr una base firme. Cuando es mi turno para hablar, trato de hacerlo a un ritmo normal, con el mismo tono de voz y volumen que uso cuando leo algo en voz alta. El efecto es una buena combinación de muestra de confianza en mí mismo y respeto por la otra persona.

Ojalá pudiese brindarte consejos más específicos, ya que manejar conflictos es uno de nuestros mayores desafíos. Sin embargo, puedes acceder a excelentes recursos de autoayuda y profesionales para ayudarte a encontrar mejores formas de manejar los conflictos y enfrentar otros problemas. Puedes encontrar información de autoayuda sobre estos temas en Internet, por ejemplo, el sitio Wellness Recovery Action Plan (www.mentalhealthrecovery.com). También puedes leer libros sobre resolución de conflictos en las secciones de autoayuda o psicología de las librerías y bibliotecas. Muchos terapeutas también pueden ayudarte a adquirir o practicar métodos para resolver problemas y enfrentar conflictos.

Avanzar y preservar la salud mental

En general, las personas tienden a centrarse más en las cosas negativas que en las positivas. Si piensas en los comentarios escritos con tinta roja en los trabajos escolares o en las noticias destacadas en los informativos diarios, estoy seguro de que comprendes lo que quiero decir. De manera similar, en cuestiones de salud mental y prevención del suicidio, hemos tendido a concentrarnos en los síntomas de las enfermedades mentales y el riesgo de suicidio, en contraposición a la *salud* en salud mental. Sin duda, no somos los únicos; la mayor parte de la atención médica se refiere, en realidad, a las enfermedades, las afecciones y las lesiones. Sin embargo, se evidencia una creciente tendencia entre los profesionales de salud mental, dentro de una nueva disciplina denominada *psicología*

Luego de superar una crisis suicida, los objetivos de la recuperación debieran ir desde la supervivencia básica a la reconstrucción de la propia identidad y al desarrollo de un futuro promisorio.

positiva, a fomentar la salud mental positiva en los jóvenes (un movimiento conocido como *desarrollo positivo en los jóvenes*) y a lo largo de toda la vida. Aunque intenté incluir en el libro algunas de las ideas que esta tendencia ha generado, merecen una mención especial en este momento.

Luego de superar una crisis suicida, los objetivos de la recuperación debieran ir desde la supervivencia básica a la reconstrucción de la propia identidad y al desarrollo de un futuro promisorio. Sin duda es importante que tratemos los síntomas y

manejemos el estrés, pero también es necesario que reconozcamos nuestros talentos, fortalezas, valores, intereses, objetivos y potencial en el futuro. En aikido, el instructor nos recuerda permanentemente no centrarnos en qué parte de nuestro cuerpo ha logrado inmovilizar nuestro atacante, sino pensar en todas las posibilidades que aún tenemos con las partes del cuerpo que quedaron libres. Es necesario que enfrentemos la vida desde una perspectiva similar, especialmente después de haber luchado contra algo tan poderoso como una crisis suicida.

Para lograr recuperar la sensación de control de tu vida y alcanzar tus objetivos, necesitarás tanto la capacidad (habilidades) para lograrlos como la *percepción* de que tienes la capacidad o de que puedes mejorar esa capacidad (autoeficacia). Los tipos de capacidades a las que me refiero incluyen poder comunicarte y trabajar con otras personas, identificar y comprender las emociones, pensar y razonar los temas, actuar de manera eficaz y lograr un equilibrio entre los derechos propios y los de los demás. A veces es necesario que mejoremos una o más capacidades para obtener un objetivo en particular. Puedes valerte de tus propios valores (fortalezas de tu personalidad, relaciones

valiosas y oportunidades que se presentan) para mejorar estas habilidades.

Algunas comunidades u organizaciones han comenzado a ofrecer programas que ayudan a los jóvenes a desarrollar habilidades positivas o a construir confianza en sí mismos y autoeficacia. Las investigaciones demuestran que estos tipos de programas pueden ayudar a mejorar las habilidades para resolver situaciones, el aprendizaje y el rendimiento escolar, la toma de decisiones, y las relaciones con familiares y amigos. Además de promover el desarrollo positivo, estos programas presentan evidencia de que reducen la soledad, la ansiedad, la depresión y el abuso de alcohol o drogas. La evidencia preliminar también sugiere que este tipo de prevención positiva puede ayudar a los jóvenes a evitar que se desate una crisis suicida (o una nueva crisis suicida). Los mejores programas ofrecen muchas oportunidades para que los adolescentes y adultos jóvenes participen en actividades estructuradas, adecuadas para su edad, que incluyen relaciones valiosas. Muchos de estos programas se han diseñado para implementarse en escuelas secundarias o universidades. Sin embargo, hay algunos programas comunitarios de mentores (por ejemplo, Big Brothers y Big Sisters) o actividades que se llevan a cabo en los centros comunitarios.

Seguramente habrás notado que aún sigo esforzándome por mejorar mi salud mental y mi bienestar. Aún ahora, después de haber trabajado diez años en prevención del suicidio y con un doctorado en psicología, me sirve escuchar grabaciones de autoayuda sobre la autoestima, leer libros sobre seguridad en uno mismo y escuchar música relajante. Los medicamentos me ayudan a controlar los síntomas bastante bien, pero la vida se trata de algo más, no sólo de aliviar los síntomas psiquiátricos. Como yo, tú también descubrirás que a medida que atraviesas las distintas etapas de la vida, siempre aparecen nuevos problemas con los que hay que lidiar. También se presentan nuevas oportunidades para crecer, y eso es lo que realmente quiero que comprendas. Te mereces más que el mero hecho de existir para evitar una pena de muerte autoimpuesta (suicidio); mereces *disfrutar* de la vida.

Te mereces más que el mero hecho de existir para evitar una pena de muerte autoimpuesta (suicidio); mereces disfrutar de la vida.

En búsqueda del fénix: mi situación actual

Imagina una hermosa y majestuosa ave, una mezcla de pavo real y águila. Su plumaje brilla con los más hermosos tonos rojos y dorados que hayas visto. Cuando te acercas con cautela, notas que el ave parece estar increíblemente triste. La miras detenidamente a los ojos y sientes que te dice: “Soy fea y vieja, y estoy tan herida que ya no podré recuperarme”. En cierto modo, esto parece inverosímil. ¿Cómo es posible que un ave tan extraordinaria parezca haber perdido las esperanzas? Por el otro lado, suena muy familiar. No hace mucho tiempo, es posible que te hayas sentido igual, o tal vez conozcas a alguien que padeció este tipo de sufrimiento. De repente, el ave se prende fuego. Aunque intentas rescatarla, es devorada por las llamas y, en unos instantes, sólo parecen quedar cenizas. Algunas personas abandonarían al ave en este punto. Tú no. Decides quedarte. Luego, algo se agita dentro del nido calcinado. Al mirar detenidamente, ves a una cría luchando por salir de las cenizas humeantes. Luego notas que, aunque está cubierto de polvo gris y negro, el plumaje de la pequeña cría brilla con los más hermosos tonos rojos y dorados que hayas visto. Has descubierto un ave fénix.

En la mitología antigua, el ave fénix se consumía en el fuego si pensaba que su vida se había acabado, o si estaba herida. La mítica ave luego renacía de las cenizas. Tal vez hayas leído sobre el ave fénix en los libros de Harry Potter, en las historietas de Hombres X o en alguna otra historia. El simbolismo del ave fénix fue utilizado durante siglos para representar un renacimiento después de una catástrofe: en las banderas de los capitanes durante la revolución griega; en el escudo de San Francisco, California, después del devastador terremoto de 1906; en el escudo de Atlanta, Georgia, después de que la ciudad se incendiara en varias oportunidades. Recuerda, sin embargo, que según el mito original, el ave fénix se prende fuego a sí misma, un acto suicida. Por lo tanto, esto hace que el ave fénix sea incluso más adecuada para representar nuestras propias historias.

El simbolismo del ave fénix fue utilizado durante siglos para representar un renacimiento después de una catástrofe..

Hubo un momento en que sentí que estaba tan herido que ya no podría recuperarme. Creí que mi vida había acabado. Consumido por mi dolor suicida, no encontraba la salida. Algunas personas se rindieron, pero otras se negaron a perder las esperanzas. Lentamente, pude armarme nuevamente después del colapso y volver a construir mi vida a partir de las cenizas de la crisis suicida. Ahora, trato de lograr un futuro mejor y más brillante, un día a la vez.

Un mal día

El día en que iba a escribir este capítulo terminó mal. Quería olvidarlo y como deseaba escribir un capítulo positivo y esperanzador, decidí posponer la tarea por unos días. Después me di cuenta de que debía contarte sobre ese mal día y cómo lo sobrellevé. En el

prefacio del libro, mencioné que quería darte esperanzas realistas y que sería yo el que te dijera: “Estás en medio de la oscuridad, pero me quedaré junto a ti hasta que veas la luz del día”. Honestamente, no puedo decirte que el final fue completamente feliz. Probablemente no me creerías si te dijera que fue así. Por lo tanto, te presento el siguiente ejemplo para demostrarte que es posible mantener esperanzas realistas y sobrellevar un día deprimente manteniendo una visión saludable.

... es posible mantener esperanzas realistas y sobrellevar un día deprimente manteniendo una visión saludable.

Sea por la razón que sea, me desperté con una sensación de vacío en la boca del estómago. Tal vez conoces el tipo de sensación a la que me refiero. Es un pensamiento invasor que te dice *va a ser un mal día, o maldición, no tendría que haberme levantado*. Entonces, cerré los ojos y me repetí, *puedo superarlo, sea lo que sea*.

Ese día tenía que llevar el carro al taller mecánico para un cambio de aceite. Tomé las llaves para salir y volví a tener la misma sensación. *Seguramente encontrarán un desperfecto en el carro que será muy caro de reparar*. Deseché el pensamiento y recordé que debía volver a buscar un cupón de descuento para el cambio de aceite. Una hora más tarde, el carro estaba listo, y el mecánico dijo: “De paso, notamos una pérdida en los puntales delanteros. Podemos cambiarlos y, al mismo tiempo, arreglar los traseros por \$600”. Sólo pude respirar profundamente. *Lo sabía*.

Cuando compré el carro, me dieron una garantía extendida para evitar gastos abultados, así que pensé que esta reparación estaría cubierta. Otra vez tuve un pensamiento acuciante: *sin duda no va a estar cubierto*. De todos modos, decidí llamar a la compañía aseguradora. Cuando llegué a casa, me coloqué el auricular *bluetooth* del teléfono e intenté encenderlo. No se encendió. *¡Debe ser una broma!*, pensé. Cuando llamé al servicio de asistencia técnica, me comunicaron que debía enviar el auricular por correo para que lo repararan o lo cambiaran. Cuando colgué, me sentí totalmente derrotado. Después de todo, se estaba convirtiendo en un mal día. Tómate unos minutos, me dije, y respira profundamente. *Aún puedo manejar esto*. Cuando llamé a la compañía aseguradora me dijeron que la reparación del carro no estaba cubierta. Me recordé que no todos los días eran igual a este. Hubo días mejores. De hecho, elegí el tema de Citizen King “Better Days” (Días mejores) y lo escuché en mi computadora. Es una canción bastante animada que describe una situación bastante triste. Llamé a mi esposa, que se tomó unos minutos en el trabajo para escuchar atentamente la letanía de contratiempos que había sufrido y para alentarme a buscar algo divertido para hacer.

Decidí ir hasta la oficina de correos para devolver el auricular a la compañía inmediatamente. Al llegar a la esquina, me asaltó un pensamiento suicida perturbador, pero no duró mucho tiempo. Antes, me hubiese llevado mucho tiempo deshacerme de esa sensación suicida. Esta vez, contrarrestar el pensamiento resultó simple: *no puedo hacer eso*. Sin embargo, no dejo de prestarle atención a lo que está *detrás* del pensamiento. Me sentía frustrado, atrapado e indefenso. Odio sentirme indefenso, así que debía hacer algo en lo que indudablemente tuviese éxito para sentir que recuperaba el control.

Cuando regresé a mi hogar, elegí la música más tranquilizante que conozco, tomé un viejo reproductor y bajé al sótano a trabajar en un proyecto de mejoras de mi casa.

Comencé a relajarme y a concentrarme en teñir la madera para un proyecto más ambicioso (revestir nuevamente la escalera principal). Justo cuando comenzaba a pensar que el día estaba cambiando, me estiré demasiado y accidentalmente tumbé el recipiente con tinte. Causé un buen desorden, pero no era un desastre, y no fue difícil de limpiar. Cuando la situación estuvo bajo control, cerré los ojos y respiré profundamente mientras escuchaba música tranquilizante. En ese punto, el día parecía ser tan malo que era casi ridículo.

Quería llorar, pero sólo pude reírme de lo que me había pasado durante el día. Me dije: *fue uno de esos días terribles, pero no es la primera vez que me pasa*. Terminé de teñir la madera, subí y miré *The Empire Strikes Back* (El imperio contraataca). Sonreí. *Este día está por acabar, y mañana probablemente será mejor*.

No, no había sido un buen día. No obstante, al final del día había llevado el carro para que le cambien el aceite, me había enterado de algunos detalles sobre la cobertura del seguro del carro, había devuelto un producto defectuoso, había trabajado en un proyecto para mejorar mi casa y había mirado una película agradable. ¿Cómo logré sobrellevarlo? Respirando profundamente, resolviendo problemas, con música, con contención social, prestando atención a mis emociones, sonriendo, con distracción y tranquilizándome (el pensamiento *no es la primera vez que me pasa*). También tenía una cita con el terapeuta programada para el día siguiente, así que te imaginarás de lo que hablamos.

A veces tengo que enfrentar la vida sobrellevando un día a la vez y, otras veces, tengo que manejar un instante a la vez. Tomar una cosa por vez me ha ayudado a superar malos momentos, malos días, malas semanas y malos meses. Tú también puedes superar los malos momentos.

Panorama general

En 1995, creía que mi vida había acabado, y les contaba a mis amigos que no me imaginaba llegando a cumplir los 19 años. Diez años después, terminé un doctorado en la Universidad de California en Los Ángeles (University of California, Los Angeles, UCLA por sus siglas en inglés), me casé con mi novia de la universidad y me mudé a Rochester, Nueva York, para participar en un programa de investigación posdoctoral sobre el tema que más me interesaba: la prevención de suicidio.

En el ínterin (1996-2005), fundé el primer grupo para prevención del suicidio dirigido por estudiantes, fui testigo de su colapso, y luego de su renacimiento como delegación de Active Minds on Campus. Desde el punto de vista económico, luché en un puesto temporario de oficinista, preguntándome si tendría dinero para el alquiler o la comida. Más tarde, recibí una beca otorgada por el National Institute of Mental Health para realizar trabajos de investigación y, en este momento, invierto parte de mi tiempo todas las semanas a aprender a manejar mi economía. Hubo oportunidades en las que me

*¿Cómo logré sobrellevarlo?
Respirando profundamente,
resolviendo problemas, con
música, con contención
social, prestando atención
a mis emociones,
sonriendo, con distracción
y tranquilizándome (el
pensamiento no es la
primera vez que me pasa).*

dediqué a hacer anuncios de servicio público instando a los jóvenes a que pidan ayuda, y hubo veces en que no pude acceder a atención médica porque no tenía seguro. Lo que sucede es que nunca sabemos lo que nos depara el futuro. La vida tiene altibajos, pero *es posible* superarlo todo y seguir avanzando.

¿Qué experiencias, logros o relaciones harían que valga la pena seguir vivo y encontrar una forma de aliviar el dolor que no incluya la muerte? Esas son las imágenes que debes guardar en la mente como inspiración para seguir viviendo.

Terminé de escribir este libro exactamente 12 años después de mi primera crisis suicida importante. De vez en cuando, aún me siento deprimido, pero me esfuerzo por superarlo. De vez en cuando, me siento algo maniaco, pero no pierdo el control. De vez en cuando, el suicidio vuelve a mi mente y me llama para que me acerque a la muerte, pero tales pensamientos son efímeros. La mayoría de las veces, estoy ocupado esforzándome por mejorar, mejorar mis relaciones, mejorar mi casa o afianzar mi carrera. Me siento inspirado por la visión de un futuro promisorio y feliz junto a la familia que formé.

¿Qué deseas para el futuro? ¿Qué experiencias, logros o relaciones harían que valga la pena seguir vivo y encontrar una forma de aliviar el dolor que no incluya la muerte? Esas son las imágenes que debes guardar en la mente como inspiración para seguir viviendo.

Renacimiento: volver a empezar

Cuando digo *renacimiento*, me refiero a analizar detenidamente lo que creemos y lo que hacemos. No es fácil cambiar nuestra conducta, especialmente frente a pensamientos, emociones y recuerdos que parecen ser incontrolables. Sin embargo, intento repetirme que hay dos cosas que van a influenciar mi futuro: el pasado y el presente. No puedo cambiar el pasado, ya no existe. *Puedo* hacer algo con lo que me sucede en este preciso momento. Cualquier momento dado puede marcar el comienzo de una nueva vida para ti, plena de esperanza y alegría. Sin embargo, no puedes simplemente sentarte a esperar que suceda: debes *poner de tu parte* para que suceda. Me gusta pensar que he avanzado un largo trecho desde la crisis suicida, pero la recuperación es un proceso a largo plazo en el cual sigo poniendo todo mi esfuerzo.

Después de la crisis suicida, pasé un largo tiempo tratando de evitar sufrir cambios bruscos en el estado de ánimo y tratando de no molestar a nadie. Parecía como si no tuviese más que un ligero control sobre la cordura, de modo que vivía con suma cautela. Temía tanto perder el control que reprimía completamente la mayoría de las emociones. Pagué un alto precio: perdí la pasión. Además, mi vida había cambiado tanto que no podía volver a ser como era antes. Con el paso del tiempo, fue necesario descubrir qué era lo que valoraba realmente. Mirándome al espejo, le pregunté al muchacho que tenía delante: “¿En qué crees? ¿Qué cosas te interesan?” Sólo vi miedo en sus profundos ojos oscuros, ansiedad por no saber las respuestas. Había pasado tanto tiempo siendo el “muchacho que padece trastorno bipolar” o “el que intenta suicidarse” que había olvidado otros aspectos de mi identidad. Tenía que descubrir quién era, independientemente del trastorno bipolar o de los intentos de suicidio. Comencé a escribir sobre mí, porque mis

pensamientos parecen fluir con mayor libertad cuando escribo. Tal vez en tu caso, te resulte más fácil captar los pensamientos o los sentimientos con la música, el arte, la danza o la actividad física. El primer paso para crear un futuro mejor es saber qué quieres de la vida.

En el proceso de reconstruir nuestra vida, es necesario que separemos las partes de nosotros mismos que son auténticas de las partes que se basan en las ideas que otras personas tienen sobre cómo debíamos ser.

Saber quién era yo tenía mucha importancia, pero igualmente importante era saber quién no era yo. Tuve que aceptar que nunca sería una persona con toneladas de amigos que asiste a grandes eventos sociales. Por lo general, no me siento cómodo en medio de la multitud, y eso está bien. No había necesidad de cambiar esa parte de mi personalidad para sentirme integrado o feliz con la vida. En el proceso de reconstruir nuestra vida, es necesario que separemos las partes de nosotros mismos que son auténticas de las

partes que se basan en las ideas que otras personas tienen sobre cómo *debíamos ser*.

Por último, dada mi tendencia a tener reacciones emocionales violentas ante ciertos tipos de estrés, fue necesario buscar maneras de mantenerme más equilibrado. En parte, eso implicó cuidarme más, comenzando por aprender a desterrar la tendencia masculina estereotipada de rechazar la ayuda y “aguantar”. Comencé por consultar a un psiquiatra, tomar los medicamentos regularmente y trabajar con un terapeuta cuando era posible. Como mencioné anteriormente, los sistemas del cuerpo están integralmente ligados, así que era necesario que cuidase más mi salud. Comencé a visitar al médico de atención primaria con mayor regularidad, dormir lo suficiente por la noche, mejorar la alimentación e incrementar la actividad física. Esta combinación de cuidar la salud física y mental me ayudó a ser una persona más estable. Sobre una base firme, puedo construir una vida que valga la pena vivir.

Reavivación del fuego de la felicidad a partir de las cenizas

En la última sección, dije que no puedo cambiar el pasado; ya no existe. Pero, obviamente, el pasado aún sigue con nosotros, influyendo lo que hacemos ahora y lo que haremos en el futuro. ¿Significa eso que la influencia es siempre negativa? No. Puedes utilizar las experiencias positivas o felices del pasado para mejorar tu vida. A lo largo de los años, intenté volver a algunos aspectos de mi pasado asociados con sentimientos o recuerdos positivos. En particular, volví a tres actividades del pasado que funcionan como distracciones, maneras de tomarme un respiro del estrés del día: jugar video juegos, escuchar música y mirar películas. Siempre disfruté el desafío y la respuesta instantánea de los videojuegos, por eso empecé a jugar juegos de estrategia en tiempo real. Los juegos también me atraían porque siempre me gustó la computación gráfica. Volví a escuchar viejas canciones y a ver películas que me habían gustado de niño y que me traían buenos recuerdos. Desde el *hip hop* de la vieja escuela a las canciones pop de la década de los ochenta, con la música puedo volver a conectarme con parte de la alegría que me produjo escuchar estos temas por primera vez. También comencé a coleccionar los DVD de las películas que disfrutaba en el pasado. Además de poder volver a ver películas como *Back to the Future* (Volver al futuro) o *Rambo III* en la comodidad de mi

hogar, el costo de las películas es menor ¡porque son viejas!

En el pasado, también disfrutaba del trabajo manual y ahora que me convertí en propietario de una casa hace poco, la demanda de ese entretenimiento está en alza. Por lo general, puedo reparar algo o embarcarme en un proyecto para mejorar la casa tanto cuando me siento bien como cuando estoy deprimido. Descubrí que a veces es incluso *más fácil* trabajar en determinados proyectos cuando estoy deprimido porque los encaró de una manera más metódica. Aún los proyectos pequeños tienen beneficios tangibles cuando los termino, y me hace bien saber que puedo lograr algo. Además, mi mente se aleja de otros problemas. Sin duda, a veces las cosas no salen bien (como derramar tinte), pero son experiencias de aprendizaje valiosas de gran ayuda para la próxima vez que hago algo. Ya sea que se trate de un proyecto de envergadura o simplemente de la limpieza y selección de papeles, lograr terminar una tarea puede alegrarte el día.

Encontrar felicidad en el pasado puede ser tan simple como volver a conectarte a pequeñas cosas que te hacen sonreír. Por ejemplo, siempre me gustaron los perros, especialmente los sabuesos. Eventualmente, voy a tener mi propio sabueso pero, por el momento, disfruto los calendarios de sabuesos o de cachorros, y las fotografías de The Daily Puppy (<http://www.dailypuppy.com>). También adoro el chocolate. El exceso no es saludable, por supuesto, pero consumido con moderación, un poco de chocolate me ayuda a sentirme mejor cuando estoy deprimido.

Honestamente, lucho por retomar el arte. Solía disfrutar inmensamente el dibujo. Durante la escuela secundaria, mis amigos se burlaban de mí porque pasaba mucho tiempo dibujando, en el autobús escolar, durante el almuerzo, en clase. Después de la universidad, ya no me dediqué tanto a dibujar. Me repetía continuamente que no tenía tiempo para el dibujo porque siempre había otra cosa que hacer. En realidad, retomé el arte y volví a abandonarlo, frustrado por no poder volver a estar inmediatamente al mismo nivel que antes. Con el tiempo, estoy seguro de que voy a volver a mi pasión por el arte. ¿Quién sabe? Tal vez retome el dibujo después de la publicación de este libro.

Búsqueda de tu fénix interno

Gracias por leer el libro, y espero que sea un paso adelante en tu viaje hacia la esperanza. El próximo paso es actuar de manera positiva. Si estás pensando en ponerle fin a todo (mediante el suicidio), llama a alguien para hablar del tema primero. Habla con un profesional de salud mental. Llama a la National Suicide Prevention Lifeline al 1-800-273-TALK. *Busca toda la información posible sobre otras opciones y sobre cómo puede llegar a ser tu vida en el futuro.*

Siento un profundo dolor cuando leo sobre la muerte de alguien a causa de un suicidio, o converso con alguien que ha tenido un intento de suicidio o que lo ha considerado seriamente. No, no te conozco, ni conozco tu situación única, pero conozco el insoportable dolor que lleva a las personas a querer morir y quiero que sepas que hay otras maneras para dejar de sentir ese dolor. Yo soy sólo una de las muchas personas que han sobrevivido a una crisis suicida y construyeron

*Quiero que te valores.
Tienes derecho a tener una
buena vida. Yo sé que vale
la pena luchar por tí.*

una vida mejor después. Mi dedicación a la prevención del suicidio se basa en la inquebrantable convicción de que es posible hacer que la vida valga la pena.

Creo que lo más conveniente es que concluya este libro de la misma manera en que lo comencé. No quiero que intentes matarte (nuevamente). Quiero que *te valores*. Tienes *derecho* a tener una buena vida. Yo sé que vale la pena luchar por ti.

Preguntas frecuentes

Cuando te estás recuperando de una crisis suicida

¿Qué sucede si llamo a una línea directa para personas en crisis?

Lo más probable es que un voluntario capacitado conteste tu llamado y te pregunte qué pasa en tu vida que te está generando una crisis. Te escuchará y te hará preguntas para obtener más información. Si estás buscando recursos, te ayudará a encontrar servicios de salud mental u otras fuentes de ayuda en tu comunidad local.

¿Puedo llevar una vida normal después de un intento de suicidio?

Respuesta breve: sí. Respuesta extensa: no estoy realmente seguro de lo que es una vida “normal”, pero puedes llevar una vida feliz y plena. Todos nos enfrentamos a diversos problemas y desafíos que debemos resolver en la vida. Pero al identificar los problemas y encontrar soluciones saludables, lograremos derribar las barreras que nos impiden alcanzar nuestros objetivos y sueños. No te preocupes, no debes hacer todo de una vez, ni tampoco tienes que hacerlo solo; hay muchas maneras de obtener ayuda.

¿Con quién debo compartir mis antecedentes suicidas?

Compartir cualquier aspecto de tu pasado es siempre una decisión personal, especialmente cuando se trata de algo tan profundamente privado y emocional como una crisis suicida. Aunque hayas comenzado a contarle algo a alguien, *siempre* puedes detenerte y decidir no revelar ciertos detalles en particular. No dejes que nadie te presione para que reveles más de lo que deseas. En el pasado, compartí cosas que más tarde me arrepentí. Por otro lado, después de afianzar una verdadera amistad, hablar sobre mis antecedentes suicidas me ayudó a ampliar la red de contención. Más tarde, estos nuevos amigos —que conocían mis fortalezas y mis problemas— pudieron ayudarme a sobrellevar momentos estresantes.

¿Qué ocurre durante una evaluación psiquiátrica?

Cuando asistes a una cita con un profesional de salud mental por primera vez, este intenta obtener información sobre tus antecedentes relacionados con el problema que te preocupa. Esta información le ayuda a recomendarte el tratamiento más adecuado para ti. Te preguntará acerca de tu situación actual y sobre los síntomas que padeces. Probablemente te preguntará sobre tu familia (por ejemplo, si alguien relacionado contigo padeció problemas de salud mental o si hay antecedentes de conducta suicida) y sobre tu vida actual. También te preguntará sobre los hábitos que tienes respecto de la bebida, el tabaco o las drogas. Te hará otras preguntas, según el motivo de tu pedido de ayuda, pero estas son las preguntas básicas.

Hay dos cosas que debes recordar: (1) tanto el tratamiento como las sesiones de terapia son confidenciales, y (2) las opciones de tratamiento dependen de las respuestas que proporcionas durante la evaluación. Menciono estas dos cosas para alentarte a ser honesto y abierto durante la evaluación. De esa manera, obtendrás el mejor tratamiento.

Voy a ingresar a un hospital psiquiátrico. ¿Qué debo saber o tener antes de presentarme?

- ¿Qué seguro médico tienes? Asegúrate de llevar las tarjetas del seguro. Es necesario que tú o algún miembro de tu familia llame al agente de seguro para averiguar qué parte de los costos de hospitalización estarán cubiertos.
- Elige un defensor personal. Esta persona te ayudará a comprender el proceso de hospitalización y se asegurará de que te atiendan adecuadamente. El defensor puede ser un miembro de tu familia, un amigo o un defensor oficial de los derechos del paciente.
- Debes saber que tienes derechos como paciente dentro del hospital, los cuales, por ley, deben exhibirse en un lugar visible. Por ejemplo, tienes derecho a ser tratado con consideración y respeto, a obtener el nombre del proveedor de atención médica con el que trabajas y a acceder a información adicional sobre las recomendaciones de tratamiento.
- Prepara algunas pertenencias para la estadía en el hospital: además de la tarjeta de seguro, deberás llevar identificación con fotografía, información de contacto del proveedor de salud mental y de la persona a quien se debe notificar en caso de emergencia, una lista de todos los medicamentos que tomas (el nombre, las dosis y cuándo fue la última vez que los tomaste), una lista de las afecciones médicas que padeces (asma, alergias, diabetes, etc.), ropa para dormir, artículos de tocador (cepillo de dientes, pasta dental, cepillo o peine, antitranspirante o desodorante), gafas o lentes de contacto, ropa interior, calcetines, un libro o dos para leer o estudiar y ropa de uso diario.
- Te asignarán a una sala o unidad específica del hospital: a pediatría (si eres menor de 18 años), a adultos (por lo general, a partir de los 18 años) o a una unidad especializada (para personas del mismo sexo, con el mismo trastorno o problema, etc.). Cada una de estas unidades tiene reglas y restricciones propias que deberás cumplir.

¿Qué debo tener en cuenta cuando elijo un proveedor de salud mental?

- La primera cuestión que debes considerar es la siguiente: ¿Qué espero obtener con el tratamiento? Cuando te reúnes con un nuevo proveedor de salud mental, la primera pregunta que te hará será algo así: “Bien, ¿qué te trae por aquí?”. Si tienes en claro tus objetivos, podrás aprovechar mejor el tratamiento y saber si un tratamiento en particular te dará resultado.
- Luego, asegúrate de que el profesional de salud mental que estás considerando esté matriculado.
- Ahora bien, si buscas ayuda para un tema específico (como la depresión o las relaciones), puedes intentar buscar un especialista en esa área. En líneas más generales, averigua si el profesional de salud mental tiene experiencia en el trabajo con adolescentes y adultos jóvenes.
- Por último, considera algunos factores prácticos que pueden afectar el tratamiento. ¿Cuándo puede verte el profesional? ¿Tienes medios de transporte

para asistir a las visitas? ¿Qué seguro acepta tu proveedor de salud mental?
¿Cómo vas a pagar el tratamiento?

- Una vez que comienzas con el tratamiento, debes evaluar continuamente si consideras que el tratamiento te ayudará a lograr tus objetivos. Si te parece que no funciona, habla con el proveedor de salud mental sobre el tema; juntos podrán pensar en qué pasos tomar a continuación.

Me preocupa ir (regresar) a la universidad. ¿Podré sobrellevarlo?

Respuesta breve: sí.

Bien, ahora prepárate. Primero, te daré la mala noticia: la universidad puede ser realmente muy estresante. Hay muchas cosas nuevas a las que tendrás que adaptarte: las clases, la vida social, las cuestiones de dinero, las relaciones cambiantes con la familia. A veces, te parecerá abrumador. Ahora, la buena noticia: la universidad puede ser muy divertida. Hay muchas oportunidades nuevas: las clases, la vida social, las actividades extracurriculares.

¿Cómo manejar el posible estrés que provoca la universidad? De la misma manera en que manejarías el posible estrés en la vida si no estuvieras en la universidad. Planteas objetivos a largo plazo, por ejemplo, graduarte y luego objetivos específicos a corto plazo. Haces lo mejor posible por cuidarte, lo cual incluye consultar a un proveedor de salud mental si la situación se torna demasiado abrumadora. Buscas maneras de superar las barreras que se interponen entre tus objetivos y tus sueños. Después te diviertes, disfrutas, te relejas a veces y descubres aún más oportunidades para el futuro. Después de todo, de eso se trata tener una buena *salud* mental.

Cuando un miembro de tu familia o un amigo sufren una crisis suicida o se está recuperando

No creo realmente que lo haga. ¿No es verdad que mucha gente habla sobre el suicidio para llamar la atención de los demás o para lograr que hagan algo por ellos?

Toda persona que habla del suicidio debe ser tratada con seriedad (otras señales de alerta importantes de que alguien es suicida se tratan con más profundidad en el capítulo 3). No es conveniente arriesgarse a ver si alguien se suicida o no porque el precio de equivocarse podría ser la muerte. Algunas personas que hablan del suicidio necesitan más atención u otro cambio en la vida. Sin embargo, si están tan desesperadas por obtener atención que hablan de matarse a sí mismas, entonces es probable que haya problemas más profundos que deben atenderse. Tómallo con seriedad y asegúrate de que tu familiar o tu amigo consulten a un profesional de salud mental. Si te equivocas y la persona estaba actuando simplemente con dramatismo, estoy seguro de que te lo dirá rápidamente.

¿Qué puedo hacer para ayudar a un miembro de mi familia o un amigo a superar una crisis?

- En primer lugar, pregúntale lo siguiente: “¿Estás pensando en el suicidio?” o bien “¿Estás pensando en quitarte la vida?”. Nota: expresar la pregunta de la siguiente manera: “No estarás pensando en quitarte la vida, ¿no?” será interpretado como

- que no quieres realmente saber la verdad.
- Bien, así que ahora sabes que un miembro de tu familia o un amigo está atravesando una crisis suicida. ¿Y ahora? En lo posible, conserva la calma. Recuerda que dispones de muchas opciones que pueden ser útiles (también para ti).
 - Escúchalo. Déjalo que te cuente sobre el estrés y el dolor emocional ocultos detrás de los sentimientos suicidas. Siempre resulta difícil escuchar a alguien hablar sobre un profundo dolor sin reaccionar de forma inmediata, ya sea juzgándolo u ofreciendo consejos. Sin embargo, créeme cuando te digo que lo ayudas con sólo escucharlo con empatía.
 - Luego, verifica que tu familiar o amigo esté seguro: (1) ayúdalo a deshacerse de objetos peligrosos que pueda usar para intentar suicidarse (pistolas, píldoras, etc.), y (2) quédate con él hasta que consigas ayuda.
 - Una vez que la seguridad a corto plazo está bajo control, debes convencerlo de que hable con un proveedor de salud mental. Ofrece acompañarlo. Si no hay nadie disponible en ese momento y estás preocupado, llama la National Suicide Prevention Lifeline (1-800-273-TALK) y habla con alguien que pueda ayudarte o ayudar a la otra persona directamente.
 - Pregunta a la persona que te preocupa quién más debiera estar incluido en las discusiones sobre la obtención de ayuda; pueden ser otros miembros de la familia, amigos y proveedores de salud mental que la persona tal vez ya haya consultado.

¿Qué puedo hacer para brindar apoyo a un miembro de mi familia o amigo a largo plazo?

Al igual que en la situación de crisis, una de las cosas más útiles que puedes hacer es transmitirle a la persona que estás dispuesto a hablar con ella, que estás dispuesto a escucharla. Debes hacer lo que generalmente haces cuando actúas como un buen padre, hermano o amigo. Si vives cerca, visítala o planea actividades para hacer juntos. Si la persona se encuentra lejos, llámala o envíale un mensaje de texto o de correo electrónico. Si habla sobre el suicidio, recuérdale todas las demás opciones que tiene.

Podría ofrecerte otros consejos, pero el que te daré ahora es el *más importante* que puedo brindarte sobre cómo prestar tu ayuda: pregúntale a tu familiar o amigo qué puede ayudarlo. Si no se le ocurre nada, entonces averigua qué lo ayudó en el pasado y prueba con eso. La única advertencia es que, además, debes confiar en tu instinto. Por ejemplo, si tu familiar o amigo dice algo como “me ayudaría que me dejes en paz”, realmente eso no va a ser de ayuda. Puedes responder así: “Bien, esa es una opción, ¿qué otras opciones tenemos?” o bien “¿Cuándo puedo regresar para hablar de lo que puedo hacer para ayudarte?”. Eventualmente, vas a darte cuenta de cuál es la mezcla perfecta de contención que la persona más valora.

Preguntas generales

¿Es posible prevenir el suicidio?

Sí, por lo general, es posible prevenir el suicidio. La probabilidad de tener éxito en la prevención del suicidio aumenta en gran medida cuando podemos intervenir y ofrecer ayuda lo antes posible, incluso antes de que se manifieste la crisis suicida.

¿Preguntar sobre el suicidio hace que las personas piensen en el suicidio?

No. Si te preocupa que alguien sea suicida es porque el suicidio probablemente ya se le cruzó por la cabeza. La manera más segura de averiguar lo que la persona piensa en realidad sobre el suicidio es preguntarle. Tal vez te asustes si tu amigo dice sí. Es normal. La muerte y el suicidio son temas que dan miedo. Después de años de trabajo en prevención del suicidio, aún siento pánico cuando me responden que sí a esas preguntas. No obstante, *las sigo haciendo*. Confía en mí, la posibilidad de suicidio es mayor si no dices lo que piensas sobre tus sentimientos. Las investigaciones demuestran que hablar sobre el suicidio no causa un suicidio. Es posible incluso que la persona se sienta aliviada de tener a alguien con quien hablar.

Si alguien me cuenta sobre pensamientos suicidas pero me pide que guarde el secreto, ¿debo respetar ese pedido y no revelarlo?

No. Entiendo que quieras respetar un pedido de confidencialidad, probablemente porque valoras a la persona. Sin embargo, cuando pides ayuda demuestras que valoras a esa persona y *la vida* de esa persona. Yo me enojé terriblemente cuando mis amigos compartieron mis sentimientos suicidas con otras personas. Tal vez incluso dije que nunca los perdonaría. Pero el enojo sólo duró un par de meses y, al final, ellos desempeñaron un papel vital en la prevención de mi suicidio. Estoy seguro de que estarás de acuerdo en que vivo y enojado es mejor que muerto y callado.

¿Sucede la mayoría de los suicidios durante la época de Navidad?

En realidad, prácticamente sucede lo contrario. Una cantidad levemente mayor de suicidios ocurre durante la primavera y el verano que en los meses de invierno. Sin embargo, hay personas que se deprimen mucho en la época de Navidad. Por lo general, la depresión se produce por soledad, porque se extraña a la familia o a los amigos, o por el clima invernal. Algunas personas se ven sistemáticamente afectadas por los cambios climáticos; se deprimen con los oscuros días de invierno y se recuperan con los soleados días estivales. Cuando los cambios en el estado de ánimo son severos e interfieren con la vida, pueden deberse a un trastorno afectivo estacional, y hay tratamientos para aliviar esta afección.

¿Son distintas las personas que intentan suicidarse de las que mueren a causa del suicidio?

Ojalá pudiese darte una respuesta simple, pero se trata de una pregunta compleja. Algunas personas se causan daño (provocándose quemaduras o cortes) sin intención de morir, mientras que otras se hacen daño con una cierta intención de causarse la muerte. En el grupo “suicida” —los que tienen intención de morir— la mayoría sobrevivirá a la lesión (intento de suicidio) mientras que otros morirán (suicidio). La mayoría de las personas que han intentado suicidarse no se quitan la vida en el futuro, aunque los investigadores saben que las personas que mueren a causa de un suicidio muy probablemente lo intentaron en el pasado, de modo que uno o más intentos de suicidio incrementan el riesgo de suicidio en el futuro.

Lo primordial: si alguien está pensando en hacerse daño (o ya lo ha hecho), la intención es menos relevante que la magnitud del dolor emocional grave que está padeciendo la persona. Esa persona necesita *ayuda* ahora, y debemos hacer lo que está a nuestro alcance, como miembros de su familia o como amigos, para convencerla de que obtenga ayuda de un profesional de salud mental inmediatamente.

¿Todas las personas piensan en el suicidio en algún momento?

Quizás. La mayoría descarta la idea rápidamente. Esta es la principal razón por la que se menciona el tema del suicidio en forma casual en los programas de televisión, las películas, la música, los chistes y la conversación corriente. Sin embargo, se transforma en una idea peligrosa cuando alguien pasa mucho tiempo pensando en el suicidio y comienza a hacer planes para consumarlo.

¿Cuál es la causa principal de suicidio?

La gran mayoría de las personas que mueren a causa de suicidio sufren un problema de salud mental, por ejemplo, depresión, y no reciben ayuda para solucionarlo, o bien, la ayuda que reciben no es la adecuada.

¿Cuál es el método más frecuente de suicidio?

En general, la mayoría de las muertes a causa de suicidio se llevan a cabo con pistolas. Sin embargo, más recientemente, el método principal de suicidio empleado por adolescentes mujeres es la asfixia.

¿La mayoría de las personas que se suicidan dejan una nota suicida?

No. Aunque algunas personas (entre el 12% y el 37%) dejan una nota suicida, la mayoría no. Dada la información contenida en las notas suicidas sobre los pensamientos finales de una persona, esos casos tienden a acaparar la atención de los medios y son empleados en algunas investigaciones.

Glosario

abstinencia: síntomas que se manifiestan cuando una persona interrumpe abruptamente el consumo de una sustancia de la que es dependiente.

abuso de sustancias: consumo de alcohol o drogas que “está fuera de control” y causa problemas sociales, económicos o legales. Cuando el consumo de alcohol, medicamentos recetados o drogas ilegales comienza a interferir con la vida de una persona, se convierte en abuso de sustancias.

ácido gammaaminobutírico (GABA): neurotransmisor que inhibe el flujo de señales nerviosas en las neuronas mediante el bloqueo de la liberación de otros neurotransmisores. Se piensa que ayuda a reducir la ansiedad.

adicción: trastorno mental que se caracteriza por la compulsión recurrente a realizar una actividad específica, por ejemplo, consumir drogas o alcohol, acompañada por síntomas de tolerancia y abstinencia si dicha actividad cesa repentinamente.

agente causante de estrés: evento o circunstancia que causa estrés.

altruismo: acción de dar cosas a otras personas, o hacer cosas por los demás, sin esperar nada a cambio.

alucinación: percepción falsa de algo que en realidad no existe; las alucinaciones pueden ser percepciones visuales (vista), auditivas (oído), táctiles (tacto), gustativas (gusto) u olfativas (olor).

amígdala: parte del cerebro responsable de los recuerdos emocionales.

anticonvulsivante: medicamento que ayuda a prevenir convulsiones. Muchos anticonvulsivantes contribuyen también a la estabilización del estado de ánimo.

antidepresivo tricíclico: antiguo tipo de antidepresivos.

antidepresivo: medicamento utilizado para prevenir o mitigar la depresión.

antipsicótico: término que describe un variado grupo de fármacos empleados para tratar trastornos mentales graves que presentan síntomas psicóticos.

ataque de pánico: oleada repentina e inesperada de temor y aprensión intensa acompañada de síntomas físicos, por ejemplo, taquicardia, dificultad para respirar y sudoración.

atención médica: servicios profesionales destinados a mejorar la salud.

autoeficacia: creencia de una persona sobre lo que puede lograr; percepción de las capacidades propias.

autoestima: sentimientos positivos o de respeto hacia uno mismo.

benzodiacepina: fármaco psicoactivo que actúa como tranquilizante suave.

bienestar: experiencia de vida positiva que generalmente incluye felicidad y buena salud.

- calidad de vida:** sensación subjetiva de estar satisfecho con la vida.
- circuito de recompensas:** grupo de secciones y estructuras del cerebro que funcionan en forma conjunta para producir sensaciones de placer y satisfacción como respuesta ante ciertos estímulos.
- comorbilidad:** presencia de dos o más trastornos, por ejemplo, depresión y abuso de sustancias, que afectan a la misma persona.
- concepto de uno mismo:** impresión completamente subjetiva que la persona tiene de sí misma, incluidas fortalezas, debilidades y posibilidades futuras.
- conducta suicida:** acciones que realiza una persona con la intención de quitarse la vida, incluido el intento de suicidio y el suicidio. Por lo general, estas acciones consisten en lesiones, envenenamiento o asfixia que la persona se autoinflige.
- consejería:** proceso en el que la persona acude a un profesional de salud mental para identificar y solucionar cuestiones, inquietudes, problemas o estrés. Se utiliza indistintamente con el término *terapia*.
- contagio:** cuando la conducta suicida de una persona influye a otras que son vulnerables a los sentimientos suicidas y las llevan a actuar por sus propios impulsos suicidas.
- contención social:** apoyo y asistencia que se recibe por parte de otras personas, que puede ir desde el apoyo emocional (p. ej. escuchar los problemas de los demás) hasta la asistencia económica.
- cortisol:** hormona que liberan las glándulas suprarrenales y que es responsable de muchos de los efectos fisiológicos del estrés.
- crisis suicida:** periodo durante el cual una persona experimenta frecuente ideación suicida y puede tener conducta suicida.
- culturalmente apropiado:** actitudes, valores y prácticas que resultan eficaces para su aplicación en diversas culturas. Puede incluir honrar y respetar el idioma, las creencias y las costumbres de las personas que reciben servicios de salud mental.
- defensor:** persona que lucha por solucionar un problema de índole social o promover una causa.
- delirio:** creencia irracional que no logra ser modificada con argumentos racionales.
- depresión maníaca:** ver trastorno bipolar.
- depresión mayor:** trastorno que implica estados de depresión o irritación la mayor parte del tiempo o la pérdida de interés o goce en casi todo. Estas sensaciones se prolongan al menos durante dos semanas. Están relacionadas con otros síntomas y causan gran angustia o dificultad para realizar las actividades cotidianas.
- depresión:** trastorno que implica estar decaído la mayor parte del tiempo o la pérdida de interés o goce en casi todo. Estas sensaciones se prolongan al menos durante dos semanas y pueden causar gran angustia o dificultad para realizar las actividades cotidianas.
- desarrollo positivo en los jóvenes:** estudios sobre el desarrollo, o la aplicación de dichos estudios, que se centran en la psicología positiva de los jóvenes y los adultos

jóvenes.

desintoxicación: procedimiento médico mediante el cual se extrae una sustancia química del organismo.

diagnóstico dual: situación en la que se diagnostica a una persona tanto una enfermedad mental como la dependencia de una sustancia química.

diagnóstico: nombre o término médico que se asigna a un patrón de síntomas o problemas.

desregulación emocional: reacciones emocionales ante eventos negativos que se manifiestan con mayor intensidad, frecuencia y duración que en la persona media.

distracción: estrategia que permite a una persona participar en actividades interesantes que pueden lograr que deje de pensar en un problema estresante.

dolor emocional: ver dolor psicológico.

dolor psicológico: emociones negativas intensas, abrumadoras e intolerables, por ejemplo, tristeza, depresión, ansiedad, furia, culpa, soledad o vergüenza.

dopamina: neurotransmisor relacionado con la depresión, los sentimientos placenteros y el movimiento.

efectos secundarios: consecuencias indeseadas de los tratamientos, en especial de los medicamentos.

eficaz: término aplicado a programas o actividades que han sido evaluados en estudios científicos y que han demostrado reducir los problemas o mejorar la salud.

eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HHS): vía de comunicación dentro del cuerpo que va desde el hipotálamo hasta la glándula pituitaria en el cerebro y baja hasta las glándulas suprarrenales cerca de los riñones. La función principal de esta vía es preparar al cuerpo para responder ante el estrés o las amenazas.

emocionalidad: patrón de desregulación emocional de largo plazo que se ha convertido en un rasgo de la personalidad.

endorfinas: sustancias químicas que se encuentran en el cerebro y están relacionadas con sentimientos de bienestar.

enfermedad mental: ver trastorno mental.

escala móvil: forma de pago de servicios que se basa en los ingresos de la persona o en lo que puede pagar por los servicios.

esquizofrenia: trastorno mental grave que produce síntomas como pensamientos y percepciones distorsionadas, habla y conducta desorganizadas, y disminución de la capacidad de sentir emociones.

estabilizador del estado de ánimo: medicamento para el trastorno bipolar que disminuye los síntomas maníacos y depresivos, y ayuda a nivelar los cambios en el estado de ánimo.

estado de ánimo: emoción profunda que influye la percepción del mundo de las personas

estado mixto: episodio bipolar que se caracteriza por la combinación de fases maníacas y depresivas que se producen al mismo tiempo.

estigma: vergüenza o rechazo ligado a un rótulo o característica particular de un grupo de personas.

euforia: estado de felicidad y sensación de bienestar intensos.

eventos negativos de la vida: experiencias de vida estresantes o negativas que pueden aumentar el riesgo de padecer problemas de salud mental o conducta suicida.

factor de riesgo: situación, evento o circunstancia que aumenta la probabilidad de que una persona manifieste un trastorno o un problema.

factor protector: situación, evento o circunstancia que disminuye la probabilidad de que una persona manifieste un trastorno o un problema.

fármacos recetados / medicamentos recetados: ver medicamentos.

fase maníaca: estado de ánimo muy exaltado que se prolonga durante al menos una semana o que desencadena una conducta peligrosa. Los síntomas incluyen ideas rimbombantes, pensamientos acelerados, asunción de riesgos, irritabilidad extrema, disminución de la necesidad de dormir y aumento de la locuacidad o la actividad.

genética: estudio científico de cómo los rasgos o características se transmiten biológicamente de generación en generación.

grupo de apoyo: grupo que reúne a personas que tienen inquietudes comunes de modo que puedan apoyarse mutuamente y darse ánimo y consejos prácticos.

grupo de defensa: organización que lucha por solucionar un problema de índole social, por ejemplo, reducir la cantidad de suicidios.

hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*): hierba que se utiliza como un suplemento dietario popular.

hospital psiquiátrico: tipo de hospital que brinda servicios de salud mental con estadía de una noche, como mínimo, para las personas que requieren cuidado intensivo.

hospitalización parcial: opción de tratamiento en la que pasas al menos cuatro horas del día en terapia y recibes otros servicios terapéuticos afines, pero regresas a tu casa a la noche.

hospitalización: tratamiento que requiere la hospitalización de los pacientes en un centro que brinda atención intensiva y especializada, y control riguroso durante todo el día.

ideación suicida: pensamientos sobre tener conducta suicida.

impulsividad: actuar de manera inmediata por un impulso o sentimiento intenso, por lo general, sin pensar previamente en las consecuencias de la acción.

inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO): una antigua clase de antidepresivo que no suele recetarse en jóvenes .

inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS): tipo de medicamento

- antidepresivo que evita que la serotonina sea reciclada por las células cerebrales, aumentando de este modo la cantidad de serotonina disponible para las funciones cerebrales.
- insomnio:** dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o lograr un sueño demasiado liviano por lo que la persona no se siente descansada y como nueva a la mañana siguiente.
- intento de suicidio:** conducta suicida que no causa la muerte y es posible que no deje evidencia de lesiones.
- limitación:** cuando la mente de una persona se limita a un tema específico, por ejemplo, el suicidio, excluyendo todo lo demás.
- litio:** medicamento estabilizador del estado de ánimo.
- Medicaid:** programa gubernamental que ofrece atención médica y de salud mental a individuos con incapacidades y de bajos ingresos que cumplen con los requisitos de elegibilidad.
- medicamento genérico:** medicamento que contiene el mismo compuesto químico que un medicamento recetado con marca, pero que es fabricado (generalmente a un costo menor) por otra empresa.
- medicamentos:** sustancias químicas formuladas para actuar de manera específica y aliviar los síntomas de una enfermedad o mejorar la salud; la mayoría se administran por vía oral, pero otros se inyectan o inhalan.
- medios letales:** artículos o materiales que pueden utilizarse para un plan suicida potencialmente mortal.
- neurona:** célula nerviosa especialmente destinada a enviar información a otras células nerviosas, musculares o glandulares.
- neuroticismo:** ver emocionalidad.
- neurotransmisor:** sustancia química natural empleada por las células cerebrales para comunicarse unas con otras.
- norepinefrina:** neurotransmisor que puede estar relacionado con la depresión, la conducta suicida y otros problemas de salud mental.
- ácidos grasos omega 3 :** sustancias naturales que se encuentran en el aceite de pescado y se venden también como suplementos dietarios.
- opio:** sustancia química narcótica que se encuentra en el opio.
- opioide:** sustancia química que produce un efecto en el cerebro parecido al del opio.
- organización de proveedores preferidos (preferred provider organization, PPO por sus siglas en inglés):** organización de seguro médico que brinda atención a través de la mayoría de los proveedores de atención médica, pero la cobertura es mayor si se acude a los profesionales de una lista específica.
- organización para el mantenimiento de la salud (health maintenance organization, HMO por sus siglas en inglés):** organización de seguro médico que provee

- atención a través de una lista específica de proveedores de atención médica.
- paranoia:** proceso mental desorganizado que se caracteriza por ansiedad, temor y delirios de persecución irracionales.
- placebo:** píldora de azúcar similar al medicamento real pero que no contiene ingredientes activos.
- prevención:** enfoque a las inquietudes relacionadas con la salud que intenta detener los problemas antes de que se manifiesten por completo.
- problema de salud mental:** cuestión que interfiere en la salud mental de una persona, pero no hasta el punto de considerarse un trastorno mental.
- profesional de atención médica:** persona que ha recibido capacitación específica para brindar servicios de atención médica. También se lo denomina proveedor de atención médica.
- profesional de salud mental:** persona que ha recibido capacitación específica para brindar servicios que abordan problemas o trastornos de salud mental, y mejoran la salud mental. También se lo denomina proveedor de salud mental.
- programa de asistencia al paciente (patient assistance program):** programa especial implementado por muchas empresas farmacéuticas (farmacológicas) para brindar medicamentos a quienes no tienen seguro médico o dinero para pagar atención médica.
- Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Child Health Insurance Program, SCHIP por sus siglas en inglés):** programa gubernamental que brinda cobertura de seguro gratuita o de bajo costo a niños y adolescentes cuyas familias cumplen con los requisitos de elegibilidad.
- psicología positiva:** área de la psicología que presta atención principalmente a los factores que promueven el crecimiento, el desarrollo saludable, las experiencias positivas y el bienestar.
- psicología:** estudio científico de la conducta humana, incluidos los factores relacionados con los problemas de salud mental y los trastornos mentales.
- psicólogo:** profesional de salud mental que evalúa y realiza terapia para trastornos mentales y emocionales.
- psicosis:** síntoma de enfermedad mental grave que se caracteriza por presentar delirios, alucinaciones y pensamiento desordenado.
- psicoterapia:** tratamiento de un trastorno mental a través de la “terapia conversacional” y otras técnicas psicológicas. También se la denomina terapia o consejería.
- psiquiatra:** médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y problemas emocionales.
- psiquiatría:** práctica médica que aborda el desarrollo, la identificación y el tratamiento de trastornos mentales.
- recaptación:** proceso por el cual un neurotransmisor se absorbe nuevamente en la rama de la célula nerviosa que originalmente lo liberó.

receptor: molécula que reconoce un químico específico, por ejemplo, un neurotransmisor. Para que un mensaje químico se envíe de una célula nerviosa a otra, este debe transmitirse a un receptor equivalente sobre la superficie de la célula nerviosa receptora.

recuperación: proceso de recobrar la salud y las esperanzas después de una enfermedad o lesión.

respuesta al estrés: respuesta del cuerpo a una amenaza percibida —real o imaginaria, física o psicológica. Dicha respuesta desencadena cambios fisiológicos, por ejemplo, aumento del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea, de la frecuencia respiratoria y de la tensión muscular.

S-adenosilmetionina (SAME): compuesto natural que se vende como suplemento dietario.

salud mental: estado de bienestar mental y emocional que puede incluir emociones positivas, optimismo y la sensación de que vale la pena vivir.

salud: estado de completo bienestar físico y mental.

seguro médico: tipo de contrato que cubre determinados costos de atención médica que se generan cuando una persona se enferma o se lesiona.

serotonina: neurotransmisor relacionado con la depresión, la agresión, la impulsividad, la conducta suicida, el sueño y otras funciones.

servicios de salud mental: servicios profesionales específicamente destinados a abordar problemas o trastornos de salud mental y mejorar la salud mental.

síntomas: señales que indican que alguien puede padecer una enfermedad, un trastorno o una afección particular.

sobrevivientes del suicidio: personas que conocían a alguien que murió a causa del suicidio. Por lo general, el término se aplica a los miembros de la familia y a las parejas.

suicidio: conducta suicida que tiene como resultado la muerte.

terapia cognitivo-conductual (TCC): tipo de psicoterapia cuyo objetivo es cambiar los patrones habituales de pensamiento y de conducta que pueden contribuir a los problemas de una persona.

terapia de grupo: tipo de psicoterapia en la que un grupo de personas con problemas similares trabajan juntas para solucionar cuestiones específicas bajo el asesoramiento de un terapeuta.

terapia dialéctica-conductual (TDC): tipo de psicoterapia cuyo objetivo es ayudar a las personas a controlar los impulsos suicidas aprendiendo a sobrellevar las emociones negativas y las situaciones emocionales.

terapia electroconvulsiva (TEC): tratamiento para la depresión que consiste en enviar una corriente eléctrica, controlada con cuidado, al cerebro para producir una convulsión breve. Se cree que esto modifica algunos de los procesos eléctricos y químicos implicados en el funcionamiento cerebral.

- terapia familiar:** tipo de psicoterapia en la que varios miembros de la familia participan juntos en sesiones terapéuticas bajo el asesoramiento de un terapeuta.
- fisioterapia:** profesión médica que emplea ejercicios, masajes, tratamientos con calor o frío, y otras técnicas para ayudar a las personas a recuperar la función corporal después de haber sufrido una lesión o incapacidad.
- terapia interpersonal (TIP):** tipo de psicoterapia cuyo objetivo es abordar las causas de los síntomas mentales, emocionales o conductuales.
- terapia psicodinámica:** tipo de psicoterapia que se propone ayudar a las personas a comprender las interacciones entre los problemas pasados y presentes (dinámica)
- terapia:** ver consejería; psicoterapia.
- tolerancia:** efecto por el cual la reacción de una persona ante un fármaco disminuye de modo que se necesitan dosis cada vez mayores para producir el efecto deseado.
- trabajo social:** profesión que se centra en el abordaje de las condiciones sociales de una persona o comunidad. La persona que hace trabajo social (el trabajador social) puede ayudar a una persona brindándole consejos y asistencia para buscar casa o trabajo.
- trastorno afectivo estacional (TAE):** tipo de depresión en la que los síntomas se manifiestan y desaparecen aproximadamente en el mismo momento cada año. Generalmente, los síntomas comienzan en el otoño o invierno, y disminuyen en la primavera.
- trastorno alimentario:** trastorno que se caracteriza por alteraciones graves en la conducta alimentaria. Los individuos restringen la ingesta de alimentos de manera estricta o recurren a atracones y luego intentan compensarlos, por ejemplo, mediante la inducción al vómito o el abuso de laxantes.
- trastorno bipolar:** trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por periodos de gran euforia —denominados fases maníacas— que se alternan con periodos de depresión.
- trastorno de ansiedad:** trastorno mental que se caracteriza por sensaciones extremas e inadaptadas de tensión, temor o preocupación.
- trastorno de la conducta:** trastorno que se caracteriza por un patrón repetitivo o constante de gran dificultad para cumplir con las reglas o las normas sociales.
- trastorno de pánico:** trastorno de ansiedad que se caracteriza por la incidencia reiterada de ataques de pánico espontáneos y el temor a sufrir este tipo de ataques. El temor surge de la creencia de que dichos ataques producirán una catástrofe, por ejemplo, un ataque cardíaco.
- trastorno del estado de ánimo:** trastorno mental que se caracteriza principalmente por las alteraciones del estado de ánimo.
- trastorno mental:** enfermedad que se caracteriza por anormalidades en la forma en que una persona piensa, siente o actúa. Para ser considerado un trastorno, estas anormalidades deben causar angustia a la persona o interferir en su capacidad para

funcionar.

trastorno psiquiátrico: ver trastorno mental.

tratamiento ambulatorio: opción de tratamiento en la que vives en tu casa y vas a la escuela como de costumbre, pero en ocasiones ves al médico o al terapeuta.

tratamiento diurno: ver hospitalización parcial.

Recursos

Línea directa para personas en crisis

National Suicide Prevention Lifeline

(800) 273-TALK (8255)

www.suicidepreventionlifeline.org

Conexión con un centro local de atención permanente para personas en crisis

Organizaciones

Active Minds on Campus

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 418

Washington, DC 20009

www.activemindsoncampus.org

Organización nacional dedicada a la salud mental en las universidades, con grupos afiliados en campus universitarios en todo el país

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

3615 Wisconsin Ave., NW

Washington, DC 20016-3007

(202) 966-7300

www.aacap.org

Asociación profesional de psiquiatras especializados en niños y adolescentes

Directorio de psiquiatras: www.aacap.org/ReferralDirectory/index.htm

American Association of Suicidology

5221 Wisconsin Ave., NW

Washington, DC 20015

(202) 237-2280

www.suicidology.org

Organización profesional dedicada al suicidio: estudio, capacitación y prevención

American Foundation for Suicide Prevention

120 Wall Street, 22nd Floor

Nueva York, NY 10005

(888) 333-2377

(212) 363-3500

www.afsp.org

Fundación privada que financia investigaciones sobre la prevención del suicidio y grupos de apoyo para sobrevivientes del suicidio

American Psychiatric Association

1000 Wilson Blvd., Suite 1825

Arlington, VA 22209

(888) 357-7924

www.psych.org

Asociación profesional de psiquiatras

American Psychological Association

750 First St., NE

Washington, DC 20002

(800) 374-2721

www.apa.org

Asociación profesional de psicólogos

Información y directorio de psicólogos: www.apahelpcenter.org

Centre for Suicide Prevention

1202 First St., NE, Suite 320

Calgary, AB T2G 5A5

Canadá

(403) 245-3900

Organización canadiense dedicada a la prevención del suicidio que brinda información general y recursos específicamente para canadienses

International Association for Suicide Prevention

I.A.S.P. Oficina Central Administrativa

Le Barade

F-32330 Gondrin

Francia

+33 562 29 19 47

www.med.uio.no/iasp/

Fuente de contactos e información sobre prevención del suicidio a nivel internacional

The Jed Foundation

583 Broadway, Suite 8B

Nueva York, NY 10012

(212) 647-7544

www.jedfoundation.org

Organización dedicada a la prevención del suicidio y a la salud mental en las universidades

Recursos en Internet sobre salud mental, con información específica sobre muchas universidades: www.ulifeline.org

Mental Health America (anteriormente National Mental Health Association)

2001 N. Beauregard St., 12th Floor

Alexandria, VA 22311

(703) 684-7722

www.nmha.org

Organización que brinda ayuda a “TODAS las personas para que vivan una vida más saludable desde el punto de vista mental”, con filiales a nivel estatal y comunitario

Mental Health Infsource

www.mhsource.com

Información general sobre salud mental, incluidos boletines informativos sobre diversos problemas de salud mental que se envían por correo electrónico

National Alliance on Mental Illness (NAMI)

Colonial Place Three
2107 Wilson Blvd., Suite 300
Arlington, VA 22201-3042
(703) 524-7600
www.nami.org

Brinda apoyo a personas que padecen enfermedades mentales y a sus familias. Cuenta con filiales a nivel estatal y comunitario. NAMI también ofrece información gratuita sobre trastornos psiquiátricos, medicamentos y otros temas relacionados.

National Association of Social Workers

750 First St., NE, Suite 700
Washington, DC 20002
(202) 408-8600
www.socialworkers.org

Asociación profesional de trabajadores sociales

Información y directorio de trabajadores sociales: www.helpstartshere.org

National Institute of Mental Health

Departamento de comunicación
6001 Executive Blvd.
Rm. 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
(866) 615-6464
www.nimh.nih.gov

División de los National Institutes of Health (investigación sobre salud del gobierno de los Estados Unidos) dedicada a la investigación sobre enfermedades mentales y problemas de salud mental

National Mental Health Consumer's Self-Help Clearinghouse

1211 Stewart Street, Suite 1207
Filadelfia, PA 19107
(800) 553-4539
(215) 751-1810

www.mhselfhelp.org

Información sobre diversas maneras en que las personas que padecen problemas de salud mental pueden ayudarse a sí mismas y ayudar a otros

National Organization for People of Color Against Suicide

P.O. Box 75571

Washington, DC 20013

(202) 549-6039

www.nopcas.org

Organización dedicada a la prevención del suicidio en grupos minoritarios étnicos y raciales

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

National Mental Health Information Center

P.O. Box 42557

Washington, DC 20015

(800) 789-2647

www.mentalhealth.samhsa.gov

Provee acceso a muchos servicios y programas de salud mental del gobierno de los Estados Unidos

Suicide Awareness Voices of Education

8120 Penn Avenue South, Suite 470

Bloomington, MN 55431

(952) 946-7998

www.save.org

Organización dedicada a realizar una campaña nacional de concientización pública, educación y capacitación, y distribuir recursos sobre la prevención del suicidio y el manejo del sufrimiento después de un suicidio

Suicide Prevention Action Network USA

1025 Vermont Ave., NW, Suite 1066

Washington, DC 20005

(202) 449-3600

www.spanusa.org

Organización dedicada a la prevención del suicidio a través de la educación, la concientización y la acción comunitaria. El sitio web ofrece maneras simples de mantenerse informado sobre las acciones del gobierno de los Estados Unidos relacionadas con la prevención del suicidio o con la salud mental, y formas de contactar a los representantes gubernamentales para expresar apoyo.

Suicide Prevention Resource Center

Education Development Center, Inc.

55 Chapel St.

Newton, MA 02458-1060

877-GET-SPRC (877-438-7772)

www.sprc.org

Fuente de información y capacitación. Ofrece información personalizada según el papel desempeñado (adolescente, estudiante universitario, docente, etc.) y cuenta además con una biblioteca en Internet.

The Trevor Project

Oficinas administrativas

9056 Santa Monica Blvd., Ste. 100

West Hollywood, CA 90069

www.thetrevorproject.org

Organización dedicada a la prevención del suicidio en jóvenes homosexuales y lesbianas

Volunteers in Healthcare

111 Brewster St.

Pawtucket, RI 02860

(401) 729-3284

www.rxassist.org

Organización asociada a la Universidad Brown (Brown University) que brinda información y ayuda para presentar solicitudes de ingreso a los programas de asistencia al paciente que permiten a individuos y familias de bajos recursos conseguir medicamentos gratuitos (o a bajo costo)

Libros

Crisis suicida: relatos en primera persona

- Blauner, Susan R. *How I Stayed Alive When My Brain Was Trying to Kill Me: One Person's Guide to Suicide Prevention*. New York: William Morrow & Co., hardcover 2002; Quill Paperbacks, 2003.
- Chabot, John A. *A New Lease on Life: Facing the World After a Suicide Attempt*. Minneapolis, MN: Fairview, 1997.
- Clemons, James T., (Ed.). *Children of Jonah: Personal Stories by Survivors of Suicide Attempts*. Herndon, VA: Capital Books, Inc., 2001.
- Heckler, Richard A. *Waking Up Alive: The Descent, the Suicide Attempt, and the Return to Life*. New York: Ballantine, 1994.
- Jamison, Kay R. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*. New York: Knopf, 1995.
- Styron, William. *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. New York: Vintage, 1992.
- Taylor, Kevin. *Seduction of Suicide: Understanding and Recovering From an Addiction to Suicide*. Bloomington, IN: Authorhouse, 2002.
- Wise, Terry L. *Waking Up: Climbing Through the Darkness*. Oxnard, CA: Pathfinder Publishing, 2003.

Suicidio y prevención del suicidio: general

- Arena, Jillayne. *Step Back from the Exit: 45 Reasons to Say No to Suicide*. Milwaukee, WI: Zebulon Press, 1995.
- Clemons, James T. *What Does the Bible Say About Suicide?* (2nd ed.). Minneapolis, MN: Fortress Press, 1990.
- Colt, George H. *November of the Soul: The Enigma of Suicide*. New York: Scribner, 2006.
- Jamison, Kay R. *Night Falls Fast: Understanding Suicide*. New York: Knopf, 1999.
- Nelson, Richard E., and Judith C. Galas. *The Power to Prevent Suicide: A Guide for Teens Helping Teens*. Minneapolis, MN: Free Spirit, 1994.
- Quinnett, Paul G. *Suicide—The Forever Decision: For Those Thinking About Suicide, and for Those Who Know, Love, or Counsel Them*. New York: Crossroad Classic, 1987. (Se puede descargar de www.qprinstitute.com).
- Rickgarn, Ralph L.V. *Perspectives on College Student Suicide*. Amityville, NY: Baywood Publishing Company, Inc., 1994.
- Shneidman, Edwin S. *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Traff, Catherine S. *The Calm Before the Storm: Recognizing When the Decision to*

Suicide Is Made. Edmonton, Alberta: Turtle Pond Publishing, 2004.

Temas relacionados

Bower, Sharon A., and Gordon H. Bower. *Asserting Yourself: A Practical Guide for Positive Change* (edición actualizada). Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, 1991.

Burns, David D. *Ten Days to Self-Esteem*. New York: Quill, 1993.

Cobain, Bev. *When Nothing Matters Anymore: A Survival Guide for Depressed Teens*. Minneapolis, MN: Free Spirit, 1998.

Copeland, Mary Ellen, and Stuart Copans. *Recovering from Depression: A Workbook for Teens* (rev. ed.). Baltimore, MD. Paul H. Brookes, 2002.

Sitios web

MindZone, Annenberg Foundation Trust at Sunnylands con el Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania, www.CopeCareDeal.org

TeensHealth, Nemours Foundation, www.teenshealth.org

Wellness Recovery Action Plan, www.mentalhealthrecovery.com

Ayuda para problemas relacionados

Trastornos de ansiedad

ORGANIZACIONES

Anxiety Disorders Association of America

(240) 485-1001

www.adaa.org

Freedom From Fear

(718) 351-1717

www.freedomfromfear.org

LIBROS

Ford, Emily, con Michael R. Liebowitz, M.D., y Linda Wasmer Andrews. *Lo que debes pensar de mí: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno de ansiedad social*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Kant, Jared, con Martin Franklin, Ph.D., y Linda Wasmer Andrews. *El pensamiento es lo que cuenta: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno obsesivo-compulsivo*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2008.

Trastornos alimentarios

ORGANIZACIONES

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders

(847) 831-3438

www.anad.org

National Eating Disorders Association

(206) 382-3587

www.nationaleatingdisorders.org

LIBRO

Arnold, Carrie con B. Timothy Walsh, M.D. *Casi nada: relato personal de la experiencia de un adolescente con los trastornos alimentarios*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Trastornos del estado de ánimo

ORGANIZACIONES

Child and Adolescent Bipolar Foundation

(847) 256-8525

www.cabf.org

Depression and Bipolar Support Alliance

(800) 826-3632

www.dbsalliance.org

Depression and Related Affective Disorders Association

(410) 583-2919

www.drada.org

Families for Depression Awareness

(781) 890-0220

www.familyaware.org

LIBROS

Irwin, Cait con Dwight L. Evans, M.D., y Linda Wasmer Andrews. *Días grises: relato personal de la experiencia de un adolescente con la depresión*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Jamieson, Patrick E., Ph.D., con Moira A. Rynn, M.D. *Carrera mental: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno bipolar*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2006.

Abuso de sustancias

ORGANIZACIONES

American Council for Drug Education

(800) 488-3784

www.acde.org

National Council on Alcoholism and Drug Dependence

(800) 622-2255

www.ncadd.org

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

(301) 443-3860

www.niaaa.nih.gov

www.collegedrinkingprevention.gov

National Institute on Drug Abuse

(301)443-1124

www.drugabuse.gov

www.teens.drugabuse.gov

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

(800) 729-6686

www.samhsa.gov

LIBRO

Keegan, Kyle con Howard B. Moss, M.D. *Tras un viaje: relato personal de la experiencia de un adolescente con el abuso de sustancias*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2008.

Esquizofrenia

ORGANIZACIONES

National Schizophrenia Foundation

(800) 482-9534

www.nsfoundation.org

World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders

(416) 961-2855

www.world-schizophrenia.org

LIBROS

Schiller, Lori, and Amanda Bennet. *The Quiet Room: A Journey Out of the Torment of Madness*. New York: Grand Central Publishing, 1996.

Snyder, Kurt, con Raquel E. Gur, M.D., Ph.D., y Linda Wasmer Andrews. *Uno, uno mismo y Ellos: relato personal de la experiencia de un joven con la esquizofrenia*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Wagner, Pamela Spiro, and Carolyn S. Spiro. *Divided Minds: Twin Sisters and Their Journey Through Schizophrenia*. New York: St. Martin's Press, 2005.

Bibliografía

- American Association of Suicidology. Understanding and Helping the Suicidal Person. Disponible en: <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/Understanding.pdf>. Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- American Association of Suicidology. Youth Suicide Fact Sheet (28 de diciembre de 2006). Disponible en: <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/Youth2004.pdf>. Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- American College Health Association. American College Health Association–National College Health Assessment (ACHA-NCHA) Web Summary (agosto de 2007). Disponible en: http://www.acha-ncha.org/data_highlights.html. Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- American Foundation for Suicide Prevention. About Suicide: Frequently Asked Questions. Disponible en: <http://www.afsp.org>. Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- Amin, Zenab, Turhan Canli, and C. Neill Epperson. Effect of estrogen–serotonin interactions on mood and cognition. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Review* 4 (2005): 43–58.
- Andreason, N.J. and A. Canter. The creative writer: psychiatric symptoms and family history. *Comprehensive Psychiatry* 15 (1974): 123–31.
- Baumeister, Roy F. Suicide as escape from self. *Psychological Review* 97 (1990): 90–113.
- Birger, Moshe, Marnina Swartz, David Cohen, Ya'akov Alesh, Chaim Grishpan, and Moshe Koteir. Aggression: The testosterone–serotonin link. *The Israeli Medical Association Journal* 5 (2003): 653–658.
- Bower, Sharon A., and Gordon H. Bower. *Asserting Yourself: A Practical Guide for Positive Change* (edición actualizada). Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1991.
- Brown, Gregory K. Cognitive therapy for suicide prevention: Building hope for the future. Presentado en Suicide Prevention Action Network 12th Annual National Suicide Prevention Awareness & Training Event el 20 de julio de 2007.
- Brown, Jocelyn, Patricia Cohen, Jeffrey G. Johnson, and Elizabeth M. Smailes. Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38 (1999): 1490–1496.
- Centers for Disease Control and Prevention. Suicide Trends Among Youths and Young Adults Aged 10–24 Years–United States, 1990–2004. *Morbidity and Mortality*

- Weekly Report 56* (2007): 905–908.
- Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance–United States, 2005. Surveillance Summaries, *Morbidity and Mortality Weekly Report 55* (2006): SS-5.
- Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance: National College Health Risk Behavior Survey–United States, 1995. Surveillance Summaries, *Morbidity and Mortality Weekly Report 46* (1997): SS-6.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Injury Prevention and Control. *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>
- Centre for Suicide Prevention. Information: F.A.Q.: Questions About Suicide. Disponible en: <http://www.suicideinfo.ca/csp/go.aspx?tabid=30>. Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- Conner, Kenneth R., Paul R. Duberstein, Yeates Conwell, and Eric D. Caine. Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. *Aggression and Violent Behavior 8* (2003): 413–432.
- Conner, Kenneth R., Paul R. Duberstein, Yeates Conwell, Larry Seidnitz, and Eric D. Caine. Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior 31* (2001): 367–385.
- Enns, Murray W., Brian J. Cox, and Mohamed Inayatulla. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 42* (2003): 720–727.
- Evans, Dwight L., Edna B. Foa, Raquel E. Gur, Herbert Hendin, Charles P. O’Brien, Martin E. P. Seligman, and B. Timothy Walsh (Eds.). *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don’t Know*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania, 2005.
- Fink, George, Barbara Sumner, Roberta Rosie, Helen Wilson, and Judith McQueen. Androgen actions on central serotonin neurotransmission: Relevance for mood, mental state and memory. *Behavioural Brain Research 105* (1999): 53–68.
- Frances, Allen, and Michael B. First. *Your Mental Health: A Layman’s Guide to the Psychiatrist’s Bible*. New York: Scribner, 1998.
- Frazer, Alan, Perry Molinoff, and Andrew Winokur (Eds.). *Biological Bases of Brain Function and Disease*. New York: Raven Press, Ltd., 1994.
- Gould, Madelyn S., Ted Greenberg, Drew M. Velting, and David Shaffer. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 42* (2003): 386–405.
- Grucza, Richard A., Thomas R. Przybeck, and C. Robert Cloninger. Personality as a mediator of demographic risk factors for suicide attempts in a community sample. *Comprehensive Psychiatry 46* (2005): 214–222.

- Grunbaum, J.A., R. Lowry, L. Kann, and B. Pateman. Prevalence of health risk behaviors among Asian American / Pacific Islander high school students. *Journal of Adolescent Health* 27 (2000): 322–330.
- Hales, Robert E., Stuart C. Yudofsky, and Robert H. Chew. *What Your Patients Need to Know About Psychiatric Medications*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc., 2005.
- Health Maintenance Organization. (August 9, 2007). En *Wikipedia, la enciclopedia de contenido libre*. Visitado el 14 de agosto de 2007 en <http://en.wikipedia.org/wiki/HMO>.
- Janowsky, David S., Shirley Morter, and Liyi Hong. Relationship of Myers Briggs type indicator personality characteristics to suicidality in affective disorder patients. *Journal of Psychiatric Research* 36 (2002): 33–39.
- Joe, S., R.E. Baser, G. Breeden, H.W. Neighbors, and J.S. Jackson. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among Blacks in the United States. *Journal of the American Medical Association* 296 (2006): 2112–2123.
- Johnson, Sharon L. *Therapist's Guide to Clinical Intervention: The 1-2-3's of Treatment Planning* (2nd ed.). San Diego, CA: Academic Press, 2004.
- Kerby, Dave S. CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits. *Personality and Individual Differences* 35 (2003): 249–261.
- Link, Bruce G., and Jo C. Phelan. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27 (2001): 363–385.
- Lopez, Roberto, and Jay Nagdimon (Eds.). *Suicide Prevention: Fighting for Life. Minorities Outreach Program. Agency Presenter's Guide*. Los Angeles, CA: Didi Hirsch Community Mental Health Center, 2001.
- Maris, Ronald W., Alan L. Berman, and Morton M. Silverman (Eds.). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: The Guilford Press, 2000.
- Mohler, Beat, and Felton Earls. Trends in adolescent suicide: Misclassification bias? *American Journal of Public Health* 91 (2001): 150–153.
- National Research Council and Institute of Medicine. *Reducing Suicide: A National Imperative*. Committee on Pathophysiology & Prevention of Adolescent & Adult Suicide, Board on Neuroscience and Behavioral Health. Washington, DC: National Academy Press, 2002.
- National Research Council and Institute of Medicine. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Child Development*. Committee on Integrating the Science of Early Child Development. In Jack P. Shonkoff and Deborah A. Phillips (Eds.), Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- National Research Council and Institute of Medicine. *Nutrition During Pregnancy: Part II: Nutrient Supplements*. Subcommittee on Dietary Intake and Nutrient Supplements During Pregnancy, Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation, Food and Nutrition Board. Washington, DC: National

- Academy Press, 1990.
- Pelletier, Kenneth R. *The Best Alternative Medicine: What Works? What Does Not?* New York: Simon & Schuster, 2000.
- Phillips D.P., and T.E. Ruth. Adequacy of official suicide statistics for scientific research and public policy. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 23 (1993): 307–319.
- Phoenix. (7 de setiembre de 2007). En *Wikipedia, la enciclopedia de contenido libre*. Visitado el 10 de setiembre de 2007 en http://en.wikipedia.org/wiki/Phoenix_%28mythology%29.
- Pirkis, Jane E., Charles E. Irwin, Jr., Claire D. Brindis, Michael G. Sawyer, Christine Friestad, Michael Biehl, and George C. Patton. Receipt of psychological or emotional counseling by suicidal adolescents. *Pediatrics* 111 (2003): e388–e393.
- Plous, Scott. *The Psychology of Judgment and Decision Making*. New York: McGraw-Hill, Inc., 1993.
- Preferred Provider Organization (August 1, 2007). En *Wikipedia, la enciclopedia de contenido libre*. Visitado el 14 de agosto de 2007 en http://en.wikipedia.org/wiki/Preferred_provider_organization.
- Rockett, Ian R.H., Julie B. Samora, and Jeffrey H. Coben. The black–white suicide paradox: Possible effects of misclassification. *Social Science & Medicine* 63 (2006): 2165–2175.
- Rubinow, David R., Peter J. Schmidt, and Catherine A. Roca. Estrogen–serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry* 44 (1998): 839–850.
- Sansone Family Center for Wellbeing. Temperament & Character Inventory. Disponible en: <https://psychobiology.wustl.edu/TCI/whatIsTCI.htm> Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- Saunders, Kate E. A., and Keith Hawton. Suicidal behaviour and the menstrual cycle. *Psychological Medicine* 36 (2006): 901–912.
- Serotonin. (junio de 2007). En *Wikipedia, la enciclopedia de contenido libre*. Visitado el 10 de junio de 2007 en <http://en.wikipedia.org/wiki/Serotonin>.
- Shneidman, Edwin S. *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press, 1996.
- Sofronoff, Kate, Len Dalgliesh, and Robert Kosky. *Out of Options: A Cognitive Model of Adolescent Suicide and Risk-Taking*. New York: Cambridge University Press, 2005.
- Snyder, C.R., and Shane J. Lopez (Eds.). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 2005.
- SSRI. (10 de agosto de 2007). En *Wikipedia, la enciclopedia de contenido libre*. Visitado el 14 de agosto de 2007 en <http://en.wikipedia.org/wiki/SSRI>.
- Stigma. (n.d.). *Online Etymology Dictionary*. Visitado el 14 de setiembre de 2007, sitio web Dictionary.com: <http://dictionary.reference.com/browse/stigma>.

- Suicide Prevention Resource Center and Suicide Prevention Action Network. Suicide among American Indians / Alaska Natives. Disponible en: <http://www.sprc.org/library/ai.an.facts.pdf>. Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- Suicide Prevention Resource Center and Suicide Prevention Action Network. Suicide among Asian American Indians / Pacific Islanders. Disponible en: <http://www.sprc.org/library/asian.pi.facts.pdf>. Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- Suicide Prevention Resource Center and Suicide Prevention Action Network. Suicide among Black Americans. Disponible en: <http://www.sprc.org/library/black.am.facts.pdf>. Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- Suicide Prevention Resource Center and Suicide Prevention Action Network. Suicide among Hispanic Americans. Disponible en: <http://www.sprc.org/library/hispanic.am.facts.pdf>. Visitado el 14 de setiembre de 2007.
- Traff, Catherine S. *The Calm Before the Storm: Recognizing When the Decision to Suicide Is Made*. Edmonton, Alberta: Turtle Pond Publishing, 2004.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1999.
- U.S. Department of Health and Human Services. *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2001.
- Van Heeringen, C., K. Audenaert, K. Van Laere, F. Dumont, G. Slegers, J. Mertens, and R.A. Dierckx. Prefrontal 5-HT_{2A} receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. *Journal of Affective Disorders* 74 (2003): 149–158.
- Wilson, John, and Marc Musick. The effects of volunteering on the volunteer. *Law and Contemporary Problems* 62 (2000): 141–168. Disponible en: [http://www.law.duke.edu/shell/cite.pl?62+Law+Contemp.+Probs.+141+\(Autumn+1999\)](http://www.law.duke.edu/shell/cite.pl?62+Law+Contemp.+Probs.+141+(Autumn+1999)). Visitado el 14 de setiembre de 2007.

Índice

- abandono, 25, 26*t*
- Abilify (aripiprazol), 63
- abuso de sustancias, 42
- abuso emocional, 26*t*. *Ver también*
emociones dolorosas
- abuso físico, 25*t*
- abuso infantil, 25*t*–26*t*,
 desregulación emocional y, 39
- abuso sexual, 26*t*
- abuso verbal, 26*t*
- aceite de pescado, 66*t*
- ACHA. *Ver* American College Health
Association
- ácido gammaaminobutírico (GABA), 43*t*,
100
- ácidos grasos omega 3, 66*t*, 104
- Active Minds on Campus, 89, 109
- actividad física, 91
- agresión reactiva, 20
- Alcohólicos Anónimos, 83
- alprazolam (Xanax), 62
- Ambien (zolpidem), 62
- American College Health Association
(ACHA), 10
- AMHI. *Ver* Iniciativa para la Salud Mental
del Adolescente (Adolescent Mental Health
Initiative)
- Annenberg Foundation Trust at Sunnylands,
xii, xvi, 116
- anticonvulsivantes, 64
- antidepresivos, 60–62
- antipsicóticos atípicos, 63
- antipsicóticos de primera generación, 63
- apoyo de los pares, 56.
- Ativan (lorazepam), 62
- autoayuda
 grupos de, 56
- Benadryl (difenhidramina), 62
- benzodiazepinas “benzos”, 62
- bupropión (Wellbutrin), 61
- Bu-Spar (buspirona), 62
- buspirona (Bu-Spar), 62
- cambios en el estado de ánimo, 4*t*, 40
- carbamazepina (Tegretol), 64
- CDC. *Ver* Centers for Disease Control and
Prevention
- Celexa (citalopram), 59
- Centers for Disease Control and Prevention
(CDC), 10
- citalopram (Celexa), 59
- clonazepam (Klonopin), 62
- clordiazepóxido (Librium), 62
- clorpromazina (Thorazine), 63
- clozapina (Clozaril), 63
- Clozaril (clozapina), 63
- conductas peligrosas, 4*t*, 43
- conflicto interpersonal, 84
- Confucio, 83
- consumo de alcohol, 5, 14, 31
- contención social, 28
- Depakote (divalproex), 64
- depresión, 45
- desregulación emocional, 38–39, 102
- Desyrel (trazodona), 62
- diazepam (Valium), 62
- difenhidramina (Benadryl), 62

divalproex (Depakote), 64
 dopamina, 29, 43*t*
 Effexor (venlafaxina), 61–62
 eje HHS, 29–31
 empresas farmacéuticas, 64, 69
 endorfinas, 79, 102
 enfermeros psiquiátricos 53*t*
 esquizofrenia 45–46, 102
 estadounidenses de origen africano, 13
 estadounidenses de origen asiático/isleños del Pacífico, 15
 estigma, 103
 eszopiclona (Lunesta), 62
 Evans, Dwight L., 121
 evitación del dolor, 20
 extroversión, 21
 Facebook, 77
 fármacos/drogas. *Ver* medicación; abuso de sustancias
 FDA. *Ver* U.S. Food and Drug Administration
 flufenazina (Prolixin), 63
 fluoxetina (Prozac), 59
 GABA. *Ver* ácido gammaaminobutírico
 genética, 28–30
 Geo-don (ziprasidona), 63
 glutamato, 43*t*
 GovBenefits.gov, 68
 grupos de ayuda mutua, 56, 69
 Haldol (haloperidol), 63
 haloperidol (Haldol), 63
 hierba de San Juan, 66*t*, 103
 hipnóticos (medicamentos), 62
 HMO. *Ver* organización para el mantenimiento de la salud
 hormonas, 28–30
 hospitalización parcial (tratamiento diurno), 74
 ideación suicida, 44, 61*t*
 IMAO. *Ver* inhibidores de la monoamina oxidasa
 impulsividad, 19-20, 103
 inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO), 103
 inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS), 103
 Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative, AMHI por sus siglas en inglés), xii
 insomnio, 62
 Insure Kids Now!, 68
 intimidación, 27
 introversión, 20
 Klonopin (clonazepam), 62
 latinos/estadounidenses de origen hispano, 14
 LGBT (lesbianas, homosexuales, bisexuales o transexuales), 56
 Librium (clordiazepóxido), 62
 litio, 63-64
 lorazepam (Ativan), 62
 Lunesta (eszopiclona), 62
 Medicaid, 68, 104
 medicamento ansiolítico, 62
 medicamento antipsicótico, 63
 medicina alternativa, 66*t*
 médicos. *Ver* profesionales especializados en salud mental
 mirtazapina (Remeron), 61
 MySpace, 50, 77
 National Institute of Mental Health, 89, 112
 National Suicide Prevention Lifeline, 80, 92, 97, 109

nativos americanos/nativos de Alaska, 14
 Navane (tiotixeno), 63
 Navidad, 98
 neuroticismo, 21
 neurotransmisores, 28–30, 43*t*
 nivel de neuroticismo, 21
 norepinefrina, 61
 notas suicidas, 36, 99
 olanzapina (Zyprexa), 63
 opioides, 43*t*, 79
 optimismo, 21
 organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO por sus siglas en inglés), 68
 organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO por sus siglas en inglés), 104
 orientación sexual, 14*t*
 paroxetina (Paxil), 59
 Paxil (paroxetina), 59
 pensamientos negativos, 14, 37, 54.
 pensamientos suicidas
 PPO. *Ver* organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization)
 prevención del suicidio
 preguntas frecuentes sobre la, 98
 profesionales especializados en salud mental, 53*t*
 Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Child Health Insurance Program, SCHIP por sus siglas en inglés), 68
 programas de asistencia al paciente (Patient Assistance Programs), 69
 programas de terapia asistida con animales, 80
 Prolixin (flufenazina), 63
 Prozac (fluoxetina), 59
 psicoanálisis, 53
 psicoterapia, 49
 psiquiatras, 53*t*
 quetiapina (Seroquel), 63
 química cerebral, 20, 57–58
 rasgos de la personalidad, 19
 recuerdo dependiente del estado, 81
 religión, 13, 24
 Remeron (mirtzapina), 61
 Risperdal (risperidona), 63
 risperidona (Risperdal), 63
Romeo y Julieta (Shakespeare), 37
 S-adenosilmetionina (SAM-e), 66*t*
 SAME /S-adenosilmetionina), 66*t*
 SAVE. *Ver* Suicide Awareness Voices for Education
 SCHIP. *Ver* Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Child Health Insurance Program)
 seguro, 68
 señales de alerta, suicidio, 4*t*, 96
 Seroquel (quetiapina), 63
 serotonina, 29-31, 43*t*
 sertralina (Zoloft), 59
 Shakespeare, William, 37
 Sonata (zaleplon), 62
 SSRI. *Ver* inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina
 Suicide Awareness Voices of Education (SAVE), 5
 Suicide Prevention Resource Center, 27, 114
 suplementos dietarios, 66*t*
 TCC. *Ver* terapia cognitivo-conductual
 TDC. *Ver* terapia dialéctica-conductual
 TEC. *Ver* terapia electroconvulsiva
 Tegretol (carbamazepina), 64

terapia centrada en las soluciones, 55
terapia cognitivo-conductual (TCC), 54, 82, 106
terapia conversacional, 49, 53*t.*
terapia de grupo, 52, 55, 106
terapia de resolución de problemas, 55, 82
terapia de shock. *Ver* terapia electroconvulsiva
terapia dialéctica-conductual (TDC), 55
terapia electroconvulsiva (TEC), 64*t.*
terapia interpersonal (TIP), 54, 83
terapia psicodinámica, 53–55
Thorazine (clorpromazina), 63
tiotixeno (Navane), 63
TIP. *Ver* terapia interpersonal
trabajadores sociales clínicos, 52, 53*t.*
trabajadores sociales. *Ver* trabajadores sociales clínicos
trastorno bipolar (depresión maníaca), 45
trastorno de la conducta, 46
trazodona (Desyrel), 62
tricíclicos, 62
Tylenol PM, 62
Valium (diazepam), 62
venlafaxina (Effexor), 61
VIH/sida, 76
Wellbutrin (bupropión), 61
Wellness Recovery Action Plan, sitio web, 85, 116
www.CopeCareDeal.org, 116
Xanax (alprazolam), 62
Youth Risk Behavior Survey (YRBS), 10
YRBS. *Ver* Youth Risk Behavior Survey
zaleplon (Sonata), 62
ziprasidona (Geo-don), 63
Zoloft (sertralina), 59
zolpidem (Ambien), 62
Zyprexa (olanzapina), 63