



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE  
PUERTO RICO  
Departamento de Salud

# GUÍA

PARA EL DESARROLLO DE UN

# PROTOCOLO

# UNIFORME

PARA LA

# PREVENCIÓN

# DEL SUICIDIO

2015

Ana C. Rius Armendáriz, MD.  
Secretaria  
Departamento de Salud

Alicia Menéndez Miranda, PhD  
Ayudante Especial  
Departamento de Salud  
Comisión para la Prevención de Suicidio

8 de junio de 2015  
Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
COMISIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO  
Departamento de Salud



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Departamento de Salud



# Tabla de Contenido

Presentación.....	5
Agradecimientos .....	7
Definiciones conceptuales.....	9
Introducción.....	13
Mitos y evidencias.....	15
Epidemiología .....	17
Factores de riesgo .....	25
Factores protectores .....	31
Cómo identificar el comportamiento suicida .....	33
Guía de normas, procedimientos e intervenciones .....	35
Referencias.....	52
Anejos	
I. Ley Núm. 227 de 12 de agosto de 1999 .....	57
II. Enmiendas a la Ley Núm. 227 de agosto de 1999 .....	61
III. Aspectos legales del suicidio en Puerto Rico.....	63
IV. Pasos a seguir para radicar solicitud de admisión involuntaria (Ley Núm. 408).....	66
V. Flujogramas para el manejo del comportamiento suicida.....	67
VI. Recomendaciones de qué preguntar y qué actitud asumir durante la intervención .....	69
VII. Criterios para medir el nivel de riesgo suicida .....	71
VIII. Estrategias de prevención primaria.....	72
IX. Argumentos y contra-argumentos sobre el suicidio .....	76
X. Directorio de servicios de ayuda.....	77

Formularios

ERRSS 01 Acuerdo de confidencialidad y no-divulgación .....	85
ERRSS 02 Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida .....	87
ERRSS 03 Informe semestral de labores realizadas por el ERRSS y CA.....	89
ERRSS 04 Hoja de relevo de responsabilidad de la persona en riesgo.....	93
ERRSS 05 Hoja de relevo de responsabilidad de familiar, amigo o vecino.....	94
ERRSS 06 Formulario para la evaluación del simulacro.....	95
ERRSS 07 Formulario para el desarrollo del Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio .....	98

# Presentación

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico, reconociendo el problema del suicidio como uno de los más alarmantes y complejos que enfrenta nuestra sociedad, aprobó la Ley Núm. 227 del 12 de agosto de 1999, según enmendada conocida como la “Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio” (Ver anejo I). La misma designa una Comisión coordinadora compuesta por 17 comisionados. Esta Comisión tiene el mandato de promover, desarrollar, implantar y coordinar acciones, y estrategias dirigidas a la prevención del suicidio. En el desarrollo de la política pública sobre este asunto, debe darse énfasis en la investigación científica, así como a la prevención, intervención, manejo y posvención.

En la enmienda realizada a la Ley 227, la Ley Núm. 76 del 16 de julio del año 2010 (Ver anejo II), se establece que se requiere la implantación de:

“un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio en todas las agencias, corporaciones públicas, municipios, instrumentalidades del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, escuelas públicas y privadas, centros de servicios a personas de edad avanzada y cualquier otra entidad u organización que reciba fondos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico; y para fortalecer los esfuerzos de prevención e intervención dirigidos al manejo de personas en riesgo de cometer suicidio, y disponer que la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio del Departamento de Salud, proveerá asistencia para la elaboración de los mismos; y para otros fines”

Con el propósito de cumplir con las estipulaciones de la Ley Núm. 227 del 12 de agosto de 1999, y sus enmiendas, la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS) presenta esta Guía, la cual establece con claridad los procedimientos necesarios para manejar situaciones de comportamiento suicida en el escenario institucional. Todas las entidades incluidas en la Ley Núm. 227 del 12 de agosto de 1999, y sus enmiendas, deberán implantar el mismo, atemperándolo a sus necesidades particulares.

Esta guía es una revisión del documento desarrollado en el año 2012, “Guía para el Desarrollo de un Protocolo: Prevención y Manejo del Comportamiento Suicida en las Agencias Gubernamentales e Instituciones Educativas de Puerto Rico”. Entre los cambios realizados a la versión original se encuentran: modificación del nombre de este documento, ampliación de las definiciones conceptuales, actualización de las estadísticas, incorporación de la literatura científica más reciente, mayor precisión y alcance en el proceso de identificar las señales de peligro, reconocer los factores protectores y de riesgo, y en la intervención, entre otros. No obstante, la mayor aportación de esta versión, es la propuesta abarcadora de prevención primaria mediante la inclusión de módulos específicos. De esta manera se reconoce y se aplica la prevención como un aspecto esencial en la salud pública y mental de todos los residentes en Puerto Rico.

Todas las entidades incluidas en la Ley Núm. 227 del 12 de agosto de 1999, y sus enmiendas, tendrán la responsabilidad legal de desarrollar e implantar un Protocolo Uniforme siguiendo estas guías, para atender de manera coordinada los esfuerzos de prevención y manejo del comportamiento suicida, tanto de sus empleado(a)s como de la población a la que atienden. El Protocolo Uniforme sustituirá o complementará cualquier otro protocolo existente para el manejo del comportamiento suicida.

Será responsabilidad de los(as) Secretarios(as), Jefes(as) de Agencia, Administradores(as) y/o Directores(as) de las respectivas entidades incluidas en la Ley Núm. 227, y sus enmiendas, la identificación y designación del personal para el desarrollo y la implantación de su Protocolo Uniforme. El Departamento de Salud, a través de la CPS será responsable del asesoramiento, monitoreo y evaluación en la implantación de este Protocolo Uniforme.

# Agradecimientos

La Dirección de la CPS reconoce el esfuerzo realizado por los profesionales de los distintos ámbitos clínicos relacionados con el manejo de la conducta suicida, por el trabajo realizado para lograr este proyecto. Reciba un agradecimiento muy especial los doctores Freddy Aracena y María Gema Zuluaga, quienes aceptaron y se hicieron cargo de la coordinación de esta guía. La CPS desea destacar un reconocimiento especial a la Sra. Yolanda A. Huertas Otero, quien de manera generosa ayudó en la asesoría, reestructuración y edición de este documento. A la Sra. Alexandra Trinidad, le agradecemos por su apoyo administrativo y secretarial durante todo el proyecto.

A todo el grupo de trabajo que colaboró en la redacción y revisión de este documento, nuestro más cordial agradecimiento por sus valiosas aportaciones. Esperemos que este documento permita salvar muchas vidas e impacte de manera positiva el trato y la atención que reciben las personas que han perdido la esperanza de vivir.

## **Grupo de trabajo de la Guía para el Desarrollo de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio**

**Dra. Alicia Menéndez Miranda**

Psicóloga- Dirección

Comisión para la Implantación de Política Pública en Prevención del Suicidio (CPS)

**Dr. Freddy Aracena Pérez**

Psicólogo- Consultor (CPS)

**Dr. Isaac Santiago Nieves**

Psicólogo

Representante en la CPS de la Secretaria del Departamento de la Familia

**Sr. Juan C. Centeno López**

Psicólogo

Representante en la CPS del Superintendente de la Policía de Puerto Rico

**Sra. María Ríos Armendáriz**

Directora de Operaciones

Comisionada de la CPS- Representante de Familiares

**Dra. María Zuluaga Rodríguez**

Psicóloga- Consultora

CPS

**Sra. Mónica Molina Salas**

Trabajadora Social- Consultora

CPS

**Dra. Monserrate Allende**

Doctora en Medicina- Directora de la Línea de Primera Ayuda Sicosocial (Línea PAS)  
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

**Dr. Noel Quintero**

Psicólogo- Representante en la CPS del Administrador de la  
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

**Srta. Orialis Figueroa Cruz**

Salubrista- Epidemióloga  
CPS

**Dra. Regina D. Cibes Silva**

Psicóloga- Representante en la CPS del Secretario del Departamento de Educación

**Sra. Sarahí Concepción Blanco**

Relacionista Profesional- Coordinadora de Relaciones con la Comunidad  
CPS

**Sra. Sara M. Franco Serrano**

Ayudante Especial- Representante en la CPS del Secretario de Recreación y Deportes

**Sra. Yolanda Acevedo Betancourt**

Coordinadora de Protocolos- Representante en la CPS del Secretario  
del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos

**Lcda. Wendy Sostre Maldonado**

Asesora Legal- División Legal del Departamento de Salud

**Revisión externa**

**Sa. Edna Díaz De Jesús**

Asesora Auxiliar del Gobernador en Asuntos de Salud

**Sa. Gladelis Ramos Ojeda**

Estudiante practicante de Trabajo Social de la Universidad Interamericana

**Dr. Jorge Rodríguez S.**

Jefe de Unidad Salud Mental y Uso de Sustancias  
de la Organización Panamericana de la Salud

**Sa. Linzabell Martínez Nieves**

Estudiante practicante de Trabajo Social de la Universidad Interamericana

**Sa. Yolanda Huertas**

Subdirectora Secretaría Auxiliar de Servicios Médicos y Enfermería  
del Departamento de Salud



# Definiciones conceptuales

1. **Amenaza suicida** - Es la expresión verbal o escrita del deseo de morir o matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida).
2. **Auto-mutilación** - Acto mediante el cual una persona corta, lacera o lastima cualquier parte de su cuerpo, haciéndose daño a sí misma aunque no necesariamente tiene que ser con propósito suicida. Se ha identificado tres categorías importantes de automutilación:
  - a. Automutilación mayor: incluye hacerse daño para quedar ciego o amputación de dedos, manos, brazos, pies o genitales.
  - b. Mutilación atípica: golpearse la cabeza, castigarse físicamente, darse en los brazos, apretar con el pulgar los ojos o la garganta o arrancarse el pelo.
  - c. Automutilación superficial a moderada: cortarse, arañarse, quemarse, introducir objetos punzantes en la piel o halarse el pelo compulsivamente.
3. **Comité de Apoyo (CA)** - Está conformado por 6 empleados/as de cada entidad, quienes ofrecerán apoyo en distintas actividades de prevención de suicidio e intervención en situaciones de riesgo de suicidio.
4. **Circunstancias suicidas** - Son aquellas particularidades o detalles que acompañan al acto suicida, entre las que se incluye: la localización o lugar donde ocurrió, la posibilidad de ser descubierto, la accesibilidad al rescate, el tiempo necesario para ser descubierto y la probabilidad para recibir atención médica.
5. **Crisis suicida** - Situación de desequilibrio en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos y compensatorios del sujeto, surgen intenciones suicidas, como la única solución prevista para ponerle fin a la situación o problema.
6. **Comunicación suicida directa verbal** - Ocurre cuando la persona expresa explícitamente los deseos de poner fin a su vida, ejemplo: "Me voy a matar"; "Me voy a suicidar"; "Lo que tengo que hacer es acabar con esto de una vez por todas"...
7. **Comunicación suicida directa no verbal** - Acciones o señales que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en corto plazo como: acceder a los métodos, dejar notas de despedida o repartir posesiones valiosas, etc.
8. **Comunicación suicida indirecta verbal** - Es aquella en la cual se expresan frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente, pero sí están implícitas en dicho mensaje, ejemplo: "Quizás no nos volvamos a ver nuevamente"; "Quiero que me recuerden como una persona que a pesar de todo no fue mala"; "No se preocupen que no les daré más molestias"...

- 9. Comunicación suicida indirecta no verbal** - Consiste en la realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con una posible muerte prematura: hacer testamento, planificar el funeral, predilección por los temas de suicidio, etc.
- 10. Comportamiento autodestructivo** - Grupo de actos conscientes o inconscientes que tienen como resultado el hacerse daño a sí mismo. Por ejemplo: ponerse en situaciones de riesgo, consumo de alcohol o drogas ilícitas, manejar un vehículo de manera temeraria, lastimar o mutilar partes del cuerpo, exponerse a accidentes constantes o realizar actos suicidas.
- 11. Comportamiento suicida** - Actos que incluyen pensamientos suicidas, amenazas, intentos de suicidio y el suicidio consumado.
- 12. Contrato no suicida** - Es un pacto que realiza la persona en riesgo de suicidio con un(a) profesional de ayuda, en el que se acuerda que no se expondrá a una situación de mayor vulnerabilidad y que no atentará contra su vida. Este contrato tiene como objetivo primordial, establecer un compromiso para que la persona desista de hacerse daño. Esto no garantiza que la persona no cometa suicidio, pero según la literatura suele tener un efecto disuasivo.
- 13. Equipo de Respuesta Rápida en Situaciones de Suicidio (ERRSS)** - Está conformado por un mínimo de 3 empleados/as por entidad, responsables de la implementación del Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio.
- 14. Gesto suicida** - Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo. Esto constituye un intento suicida.
- 15. Idea suicida** - Pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia. La idea suicida no siempre se verbaliza directamente.
  - a. Sin un método determinado** - Es el deseo de morir sin método determinado, ejemplo: cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo lo hará, responde que no sabe.
  - b. Con un método indeterminado** - Cuando el sujeto desea suicidarse y expresa algunos métodos sin preferencia, ejemplo: al preguntarle cómo lo va a hacer, responde "de cualquier forma".
  - c. Con un método determinado** - Sin planificación, en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una planificación adecuada.
  - d. Idea suicida planificada** - El sujeto sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y por lo general toma las debidas precauciones para no ser descubierto.
- 16. Incitación al suicidio** - Estimular a otro u otros a realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización por las leyes locales por considerarse un delito contra la integridad de las personas.

- 17. Intento suicida** - Todo acto destructivo, auto infligido, *no fatal*, realizado con la intención implícita o explícita de morir.
- 18. Niveles de prevención** - La Organización Mundial de la Salud define tres niveles de prevención a ser considerados para trabajar con cualquier tipo de enfermedad o situación que se entienda, atenta contra la salud pública. Cada uno de estos niveles supone objetivos y técnicas diferentes. Estos son:
- a. Prevención primaria** - Estrategias dirigidas a evitar la enfermedad o el daño en las personas sanas. Incluye elementos como propagar información y estrategias de prevención respecto al tema, ofrecer charlas informativas, entre otras.
  - b. Prevención secundaria** - Está encaminada a detectar la enfermedad o situación en estados iniciales, en los cuales el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir que progrese. Consiste en el cernimiento, la detección y el tratamiento de la enfermedad, o situación de peligro en etapas tempranas.
  - c. Prevención terciaria** - Comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad o situación de riesgo para evitar que progrese, se agrave y/o se complique. Este nivel también incluye la implantación de estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Implica la rehabilitación y recuperación de las personas involucradas.
- 19. Medios para cometer suicidio (medios letales)** - Se refiere al método elegido para cometer suicidio y los objetos utilizados para ello. Por ejemplo: una soga en casos de ahorcamiento, fármacos en caso de intoxicación, entre otros.
- 20. Mito** - Creencias o explicaciones comúnmente formuladas para explicar fenómenos en algún contexto cultural determinado. Tienen la particularidad de sostener esos significados otorgados en el contexto popular.
- 21. Muerte por suicidio** - Todo acto destructivo, auto infligido, fatal, realizado con la intención implícita o explícita de morir.
- 22. Perfil suicida** - Rasgos psicológicos pero no exclusivos que pudieran caracterizar a una persona suicida como lo son: impulsividad, pobres relaciones interpersonales, desesperanza, historial de salud mental, suicidio de un familiar, rigidez, negatividad, diagnóstico de enfermedad mental, edad, estado civil, rasgos de personalidad, hostilidad, entre otras. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos.
- 23. Personas en riesgos suicida** - Personas que tienen ideas suicidas persistentes o que hayan atentado contra su vida recientemente o en años previos.
- 24. Plan suicida** - Pensamiento o idea suicida con algún detalle respecto a cómo o cuándo lo hará. Pudiera incluir un método específico, a determinada hora, por un motivo concreto o las precauciones para no ser descubierto.

- 25. Potencial suicida** - Conjunto de factores de riesgo de suicidio en una persona que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.
- 26. Protocolo** - Documento o normativa que establece cómo se debe actuar en ciertas situaciones. Incluye conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas.
- 27. Riesgo suicida** - Nivel de probabilidad de una persona para que lleve a cabo un intento suicida independientemente de sus resultados. El riesgo puede ser alto, moderado o bajo.
- 28. Sobrevivientes** - Familiares, amigo(a)s o compañero(a)s de trabajo de la persona suicida.
- 29. Suicida** - Término con múltiples significados, entre los que se incluyen: el que ha terminado su vida por suicidio, el que ha realizado intentos de suicidio de carácter grave con peligro para la vida y el que realiza actos temerarios con peligro para la vida o para su integridad física, psicológica.
- 30. Suicidio** - Es el acto deliberado de quitarse la vida.

# Introducción

## Conceptualización del suicidio

- La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como: “Todo acto humano auto-infligido, realizado con la intención implícita o explícita de morir”
- El comportamiento suicida suele tener diferentes manifestaciones y/o gradaciones; desde la presencia de pensamientos de muerte y falta de valor de la propia vida, hasta la elaboración mental de un plan suicida, la amenaza de suicidio, los intentos suicidas y el suicidio consumado.
- La persona que manifiesta un comportamiento suicida, típicamente experimenta cansancio de vivir, obsesión con la idea de morir, el deseo de no volver a despertar, tristeza extrema, desesperanza y soledad.
- El suicidio y los intentos suicidas no se consideran un trastorno o enfermedad mental en sí, ni tampoco una mera reacción a situaciones de malestar y angustia. Son actos complejos fundamentados en múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.
- Se ha encontrado una estrecha relación entre los comportamientos suicidas y ciertos trastornos mentales como la depresión, la psicosis, el abuso de alcohol y sustancias controladas. De hecho, estos trastornos constituyen uno de los principales factores de riesgo del comportamiento suicida.
- A pesar de las polémicas sobre la manera más adecuada para definir la conducta suicida, recientemente se han utilizado términos atemperados a los resultados del acto suicida. El concepto de suicidio fatal, se utiliza cuando el suicidio resulta en la muerte de la persona. La expresión de conducta suicida no fatal, implica comúnmente un intento suicida pero sin consumarse la muerte, mientras que el término de ideación suicida, se refiere a la contemplación de pensamientos relacionados con hacerse daño para morir.
- El sociólogo Émile Durkheim, señala que: “No hay suicidio sino suicidios”. Cada suicidio es único y particular. Es un fenómeno multicausal, que debe examinarse individualmente en el contexto de cada caso en específico. Durkheim afirmó, que para cada grupo social, y en cada sociedad existe una tendencia propia al suicidio. De ahí su famosa sentencia: “No son los individuos los que se suicidan, sino la sociedad la que se suicida a través de ciertos miembros suyos”. Es por esto que, aunque las personas que componen una sociedad cambien de un año a otro, el número de suicidios ha de ser el mismo mientras esa sociedad no modifique ciertos aspectos, y mientras no haya una mayor integración de los grupos sociales.
- A través del psicoanálisis, se postula que existe una tendencia a la auto-aniquilación en todos los seres humanos, aunque no distribuida en la misma cantidad, a la que se le conoce como “pulsión de muerte”. Desde este postulado, el suicidio puede verse como un acto ciertamente extremo y desesperado, pero no desligado de la condición humana. El suicidio también se considera como una forma de asesinato contra sí mismo, en la cual la persona se ha identificado con aquello que desea destruir.

- Desde una perspectiva cognitivo-conductual, se dice que las personas que experimentan ideaciones suicidas, suelen tener una visión negativa sobre sí mismo(a)s, sobre su entorno y sobre su futuro. Sus pensamientos suelen girar en torno a la desesperanza de no poder superar airoosamente las situaciones dolorosas que están viviendo y experimentan una enorme sensación de indefensión. Desde esta perspectiva, el suicidio es la expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insoportable.
- Se reconoce la existencia y aportación de otros modelos teóricos que postulan sus diferentes conceptualizaciones acerca del suicidio. Se puede destacar: la escuela humanista, la teoría de sistemas, la perspectiva ecológica, el construccionismo social, entre otras.

# Mitos y evidencias

El suicidio suele ser un tema tabú sobre el cual muchas personas evitan hablar abiertamente, bien sea por desconocimiento o por miedos erróneamente infundados. Tristemente, el silencio que rodea el tema se ha convertido en uno de sus principales aliados. Por tanto, es imprescindible conocer los mitos y realidades más comunes respecto a este fenómeno, para evitar que más vidas se pierdan ante situaciones que se pueden prevenir.

Mito	Evidencia	Realidad
Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse, puede incitarle a hacerlo.	Está demostrado que preguntar y hablar con la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas, disminuye el riesgo de cometer el acto, además que provee la oportunidad de llevar a cabo acciones para prevenirlo.	Preguntar y escuchar a nuestro familiar, amigo(a) o compañero(a) de trabajo sobre sus pensamientos y emociones relacionadas a la conducta suicida aliviará su tensión. Es muy importante que adoptemos una disposición de escuchar atentamente y con respeto, lo que le indicará que nos preocupa y que verdaderamente deseamos ayudarlo. Discutir y minimizar estas ideas es una actitud equivocada.
La persona que expresa el deseo de acabar con su vida nunca lo hará.	Con frecuencia, la mayor parte de las personas que han intentado suicidarse, previamente expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.	Estas verbalizaciones deben ser tomadas con seriedad y no como un chantaje o manipulación. Se debe tomar acción inmediata para que estos deseos no se ejecuten y tengan un desenlace fatal.
La persona que se quiere suicidar no lo dice.	Se estima que por cada diez personas que se suicidan, nueve expresan claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida. Es importante saber que sólo un escaso número de suicidios se producen sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones.	Es muy importante que si detectamos que nuestro familiar, amigo(a) o conocido(a) se encuentra en una situación de riesgo suicida, le preguntemos sobre ello. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión.

Mito	Evidencia	Realidad
<p>El suicidio es un acto impulsivo y la mayoría de las personas con ideas suicidas no avisan.</p>	<p>El suicidio rara vez es el resultado de un acto impulsivo o repentino. Típicamente, las personas que se suicidan suelen estar pensando por días, meses e incluso años la idea de quitarse la vida y cómo lo harían. Sea un acto repentino o por el contrario, bien planificado, casi siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales sobre el riesgo de suicidio.</p>	<p>Es erróneo pensar que no podemos hacer nada para prevenir la conducta suicida. El suicidio y/o sus intentos, en la mayoría de las ocasiones se pueden prevenir y por ello es muy importante que aprendamos a detectar las señales de riesgo y conocer cuáles son los factores que incrementan su aparición para tomar acción y buscar ayuda profesional de inmediato.</p>
<p>Solamente las personas con problemas graves se suicidan.</p>	<p>El suicidio tiene múltiples causas. Muchos problemas pequeños también pueden predisponer el suicidio. Además, lo que para unos es algo sencillo, para otros puede ser un evento o situación catastrófica.</p>	<p>Valorar desde nuestro punto de vista, lo que para otros puede ser grave o menos grave, puede llevar a que no consideremos el dolor y la desesperación que pueda estar experimentando una persona. No podemos minimizar los problemas de otras personas, por más pequeños o sencillos que nos puedan parecer. Debemos estar siempre alertas a la posibilidad de riesgo suicida.</p>
<p>Una mejoría después de una crisis suicida quiere decir que el riesgo ya ha terminado.</p>	<p>Con frecuencia los suicidios ocurren dentro de los tres meses siguientes al periodo de mejoría después de un primer intento. De hecho, son los primeros años después del primer intento suicida, cuando hay más mortandad por suicidio.</p>	<p>Es importante mantenerse alertas a los factores de riesgo para evitar la reincidencia. Nunca se debe subestimar una situación de riesgo suicida. Hay que permanecer alertas a las situaciones de riesgo, pero sin estar recordándole o reprochándole constantemente lo ocurrido a quien llevó a cabo un intento suicida.</p>
<p>El comportamiento autodestructivo se manifiesta únicamente para llamar la atención.</p>	<p>La persona que lleva a cabo un intento suicida está buscando escapar del sufrimiento y el dolor, como también puede implicar un llamado desesperado y extremo de auxilio. El comportamiento suicida se manifiesta cuando la persona siente que el sufrimiento que experimenta es mayor que sus recursos para afrontar una situación.</p>	<p>No reprochar ni minimizar un gesto suicida. Ofrecer apoyo incondicional a quien ha intentado un suicidio, así como a sus sobrevivientes. Tomar en serio toda amenaza o señal que indique que una persona está considerando suicidarse y tomar acción.</p>



# Epidemiología

En la actualidad, el suicidio en Puerto Rico se sitúa dentro de las primeras quince (15) causas de muerte y la tercera (3) causa de muerte violenta (Departamento de Salud, 2012). Para el año 2012 se registraron 804,000 muertes por suicidio en el mundo, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, normalizada según la edad, de 11.4 por cada 100,000 habitantes (15.0 entre hombres y 8.0 entre mujeres). Sin embargo, al igual que en el mundo, en Puerto Rico los datos sobre el suicidio pueden estar mal clasificados como muerte por accidente o por otras causas. Es por esto que el registro de los suicidios en Puerto Rico podría estar subestimando la realidad.

El sistema de vigilancia sobre el suicidio es un procedimiento complejo, ya que involucra a diferentes autoridades. En Puerto Rico, hasta el presente, no existe un sistema de vigilancia que permita el monitoreo de los problemas de salud mental y suicidio, por lo que no tenemos información activa, continua y sistemática sobre el comportamiento suicida en todas sus etapas.

El comportamiento suicida comprende desde la ideación, la amenaza, el intento, hasta finalmente la consumación del acto suicida. Por tal razón, el impacto del suicidio en una sociedad no debe medirse únicamente por las muertes. Se estima que por cada suicidio pueden ocurrir hasta 20 intentos suicidas. Si analizamos estas cifras, tomando como ejemplo las muertes por suicidio ocurridas en el año 2014 en Puerto Rico, donde murieron más de 221 personas, podríamos inferir que aproximadamente 4,420 personas intentaron suicidarse.

Las estimaciones sobre suicidio en Puerto Rico presentadas en esta sección derivan de una única fuente de datos: el Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Es importante señalar que estas cifras son preliminares, debido a que las muertes bajo investigación por el Instituto de Ciencias Forenses, generalmente no se reportan hasta terminadas las mismas, por lo cual, la entrada de casos en ocasiones es posterior al mes en que ocurre la muerte.

A continuación presentamos un breve resumen de los datos epidemiológicos más recientes sobre el suicidio, tanto a nivel mundial, como en Puerto Rico. Estos datos ofrecen un panorama general sobre el problema del suicidio, el cual constituye uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública a nivel mundial y local.

## Epidemiología a nivel mundial

- Según los datos más recientes del año 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), 804,000 personas se suicidaron. Esto se traduce en una muerte cada 40 segundos, en algunas partes del mundo.
- En el año 2012 el suicidio representó el 1.4% del total de muertes ocurridas, siendo la decimoquinta (15) causa principal de muerte a nivel mundial (OMS, 2014).

- El suicidio es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad, después de los accidentes de tránsito (OMS, 2014).
- Entre los adultos de 30 a 49 años de edad representa la quinta (5) causa principal de muerte (OMS, 2014).
- A nivel mundial, los suicidios representan el 56% de todas las muertes violentas.
- El número absoluto de suicidios ha descendido cerca de un 9% entre los años 2000 y 2012 (de 883,000 a 804,000) (OMS, 2014).
- Tradicionalmente las tasas más bajas de suicidio se han registrado entre los menores de 15 años y las más elevadas entre las personas de 70 años o más, tanto en hombres como en mujeres, en casi todas las regiones del mundo.
- En cuanto a Estados Unidos, el suicidio fue la décima (10) causa de muerte en el año 2010, para un promedio de 105 suicidios cada día. Esto equivale a 1 suicidio por cada 25 intentos. Los hombres se suicidaron cerca de 4 veces más que las mujeres y representaron el 79% de todos los suicidios en Estados Unidos. Sin embargo, las mujeres tienen mayor tendencia a pensamientos suicidas que los hombres (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, 2012).

### Epidemiología en Puerto Rico

- En Puerto Rico, de acuerdo con las estadísticas del año 2010, el suicidio fue la decimoquinta (15) causa de muerte (Departamento de Salud, 2012).
- Desde el año 2000 a 2014, se ha observado un promedio anual de 313 suicidios, 8.3 muertes por suicidio por cada 100,000 habitantes. La tasa de suicidio más reciente (2014) apunta a que ocurren 6.2 muertes por suicidio por cada 100,000 habitantes.

La tabla 1 muestra el número de muertes por suicidio ocurridas en Puerto Rico desde el año 2000 a 2014. Los datos preliminares indican que han ocurrido un total de 4,692 muertes por suicidio en Puerto Rico durante los pasados 15 años. Mientras las tasas más altas de mortalidad por suicidio se produjeron durante los años 2009 y 2010, en los últimos 4 años, 2011-2014, se ha evidenciado una leve tendencia a la disminución. Al comparar los años 2013 y 2014, se observó una disminución significativa en la tasa de mortalidad por suicidio de 8.4 a 6.2 por cada 100,000 habitantes. Esto significa una reducción de un 26%.

**Tabla 1. Suicidios en Puerto Rico 2000-2014**

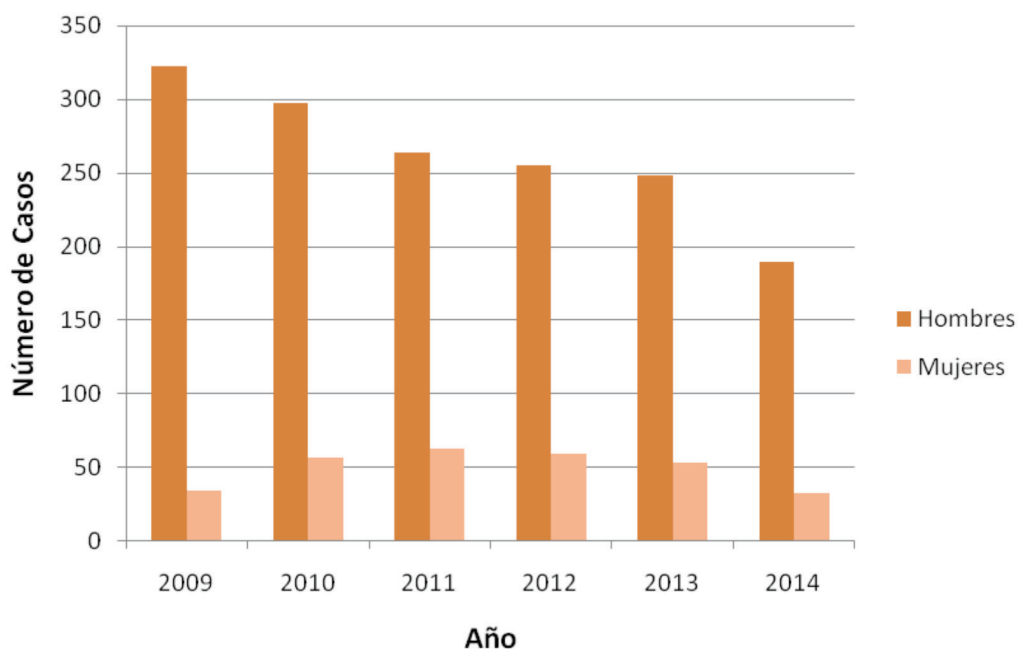
Año	Población*	Muertes por Suicidio**	Tasa por cada 100,000 habitantes
2000	3,810,605	317	8.3
2001	3,818,774	318	8.3
2002	3,823,701	259	6.8
2003	3,826,095	307	8.0
2004	3,826,878	331	8.6
2005	3,821,362	342	8.9
2006	3,805,214	299	7.9
2007	3,782,995	308	8.1
2008	3,760,866	340	9.0
2009	3,740,410	356	9.5
2010	3,721,527	353	9.5
2011	3,686,771	326	8.8
2012	3,642,281	314	8.6
2013	3,595,839	301	8.4
2014	3,548,397	221	6.2

\* Según estimados de población: Abril 1, 2000 a Julio 1, 2014 (Estimado Intercensal y Vintage 2014). Negociado del Censo de los Estados Unidos.

\*\* Fuente: Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Datos preliminares hasta el 9 de febrero de 2015.

En Puerto Rico se observa que en lo que respecta a la distribución por género, se mantiene la misma tendencia que ocurre en la mayoría de los países del mundo: los actos suicidas son consumados principalmente por miembros del sexo masculino. La gráfica 1, muestra la distribución de casos de suicidio por género durante los últimos 6 años. Durante el periodo de los años 2009 a 2014 se ha mantenido la tendencia de mayor mortalidad por suicidio entre los varones. Esta población representa el 80% de las muertes por suicidio, en comparación con las mujeres quienes representan el 20% de muertes por suicidio.

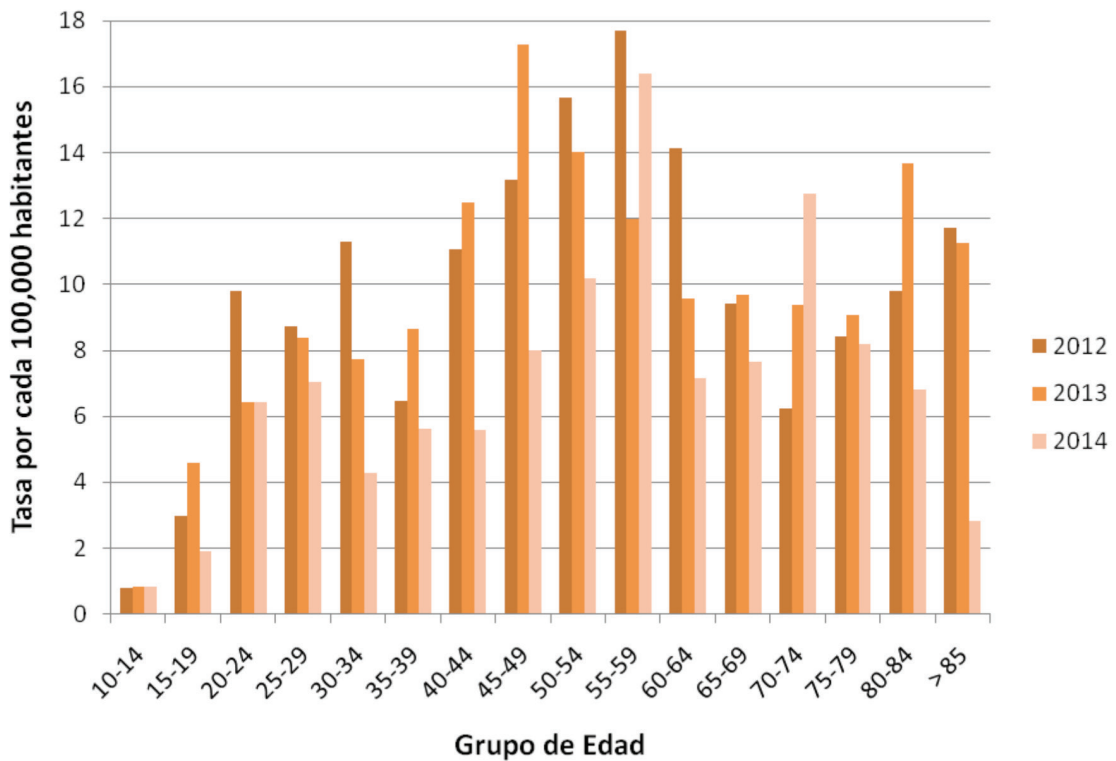
**Gráfica 1. Distribución de casos de suicidio por género  
Puerto Rico, 2009-2014**



Fuente: Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Datos preliminares hasta el 9 de febrero de 2015.

Como podemos observar en la gráfica 2, durante el periodo de los años 2012 a 2014, las tasas de mortalidad por suicidio más elevadas se han encontrado entre las poblaciones adultas. Para el año 2012 el grupo etario de 55 a 59 años de edad presentó la tasa más alta, seguido por el grupo de 50 a 54 años de edad. En el año 2013, los dos grupos etario con las tasas más altas fueron, el grupo de 45 a 49 años de edad, seguido por el grupo de 50 a 54 años de edad. En el año 2014 el grupo etario de 55 a 59 años de edad mostró la tasa más elevada de suicidio, seguido por el grupo de 70 a 74 años de edad.

**Gráfica 2. Tasas de suicidio por edad**  
**Puerto Rico, 2012-2014**

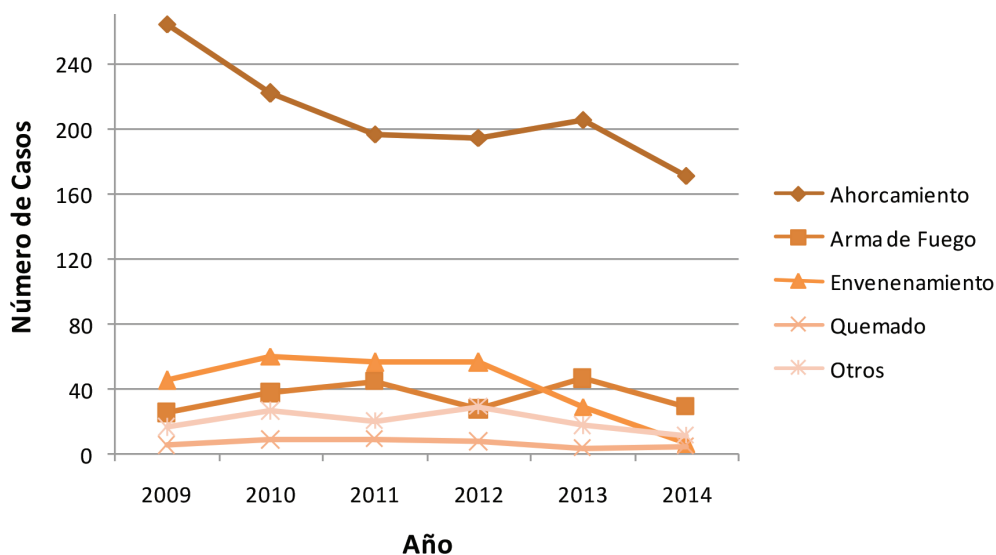


Fuente: Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Datos preliminares hasta el 9 de febrero de 2015.

\*Tasa según estimaciones anuales de población 2009 al 2013, al 1 julio de 2013. Negociado del Censo de los Estados Unidos.

El ahorcamiento ha predominado como el método más utilizado en Puerto Rico para cometer el suicidio. La gráfica 3 muestra la distribución de muertes por suicidio según el método empleado durante el periodo de 2009 al 2014. En los últimos 2 años se ha observado una disminución en los casos de muerte por envenenamiento o intoxicación y han pasado a ser las muertes por arma de fuego el segundo método más utilizado para consumar el acto suicida.

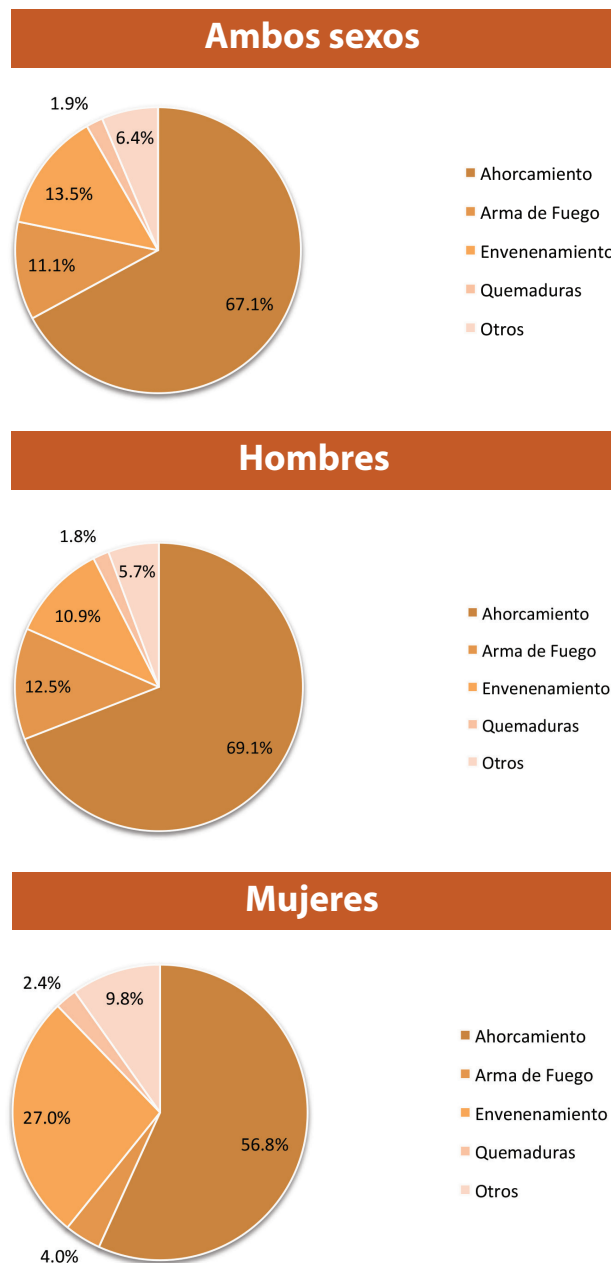
**Gráfica 3. Tendencia de casos de suicidio según método utilizado Puerto Rico, 2009- 2014**



Fuente: Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Datos preliminares hasta el 9 de febrero de 2015.

En la gráfica 4 se observan las variaciones del método utilizado pero esta vez por sexo biológico. En ambos sexos el método más utilizado es el ahorcamiento. En los varones, el segundo método más utilizado para cometer el suicidio es el arma de fuego, por herida de bala. El tercer método más utilizado es el envenenamiento. Sin embargo, en las mujeres, el segundo método más utilizado es el envenenamiento, seguido por otros métodos, tales como la sofocación, la sumersión y las caídas, entre otros.

**Gráfica 4. Casos de suicidio por sexo biológico y método utilizado  
Puerto Rico, 2009-2014**



Fuente: Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Datos preliminares hasta el 9 de febrero de 2015.

La tabla 2 muestra la distribución de casos de suicidio en las diferentes regiones de salud de Puerto Rico. En los años 2009, 2010, 2013 y 2014 la región de Aguadilla, que comprende los pueblos de Aguada, Aguadilla, Isabela, Moca y San Sebastián, registró la tasa más elevada de mortalidad por suicidio de Puerto Rico.

**Tabla 2. Casos de suicidio según región de salud  
Puerto Rico, 2009-2014**

Región	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Frec.*	Tasa**	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa	Frec.	Tasa
Aguadilla	35	15.09	38	16.47	23	10.05	28	12.36	28	12.49	19	8.47
Arecibo	47	10.27	41	9.00	37	8.20	31	6.92	37	8.33	35	7.88
Bayamón	53	8.52	54	8.71	52	8.45	47	7.70	52	8.59	31	5.12
Caguas	62	10.52	70	11.87	58	9.88	58	9.92	52	8.94	38	6.54
Fajardo	7	5.12	11	8.09	9	6.68	11	8.23	8	6.04	5	3.78
Mayagüez	35	11.45	31	10.20	31	10.30	39	13.08	25	8.48	20	6.78
Metro	54	6.52	63	7.68	56	6.91	46	5.76	50	6.22	34	4.31
Ponce	63	11.07	45	7.97	60	10.75	54	9.80	49	8.99	39	7.16
Total	356		353		326		314		301		221	

Cada región de salud está compuesta por diferentes municipios.

\*Fuente: Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico. Datos preliminares hasta el 9 de febrero de 2015.

\*\*Tasa por 100,000 habitantes. Según estimaciones anuales de población 2009 al 2013, al 1 julio de 2013. Negociado del Censo de los Estados Unidos.



# Factores de riesgo del comportamiento suicida

Existen una serie de características psiquiátricas, psicológicas, biológicas, sociales y ambientales, que combinadas con el historial social de la persona, parecen predisponer un mayor riesgo de presentar comportamientos suicidas. Estos factores son diversos, complejos e interactúan entre sí. Para prevenir que más suicidios continúen suscitándose, es importante estar alertas a estos factores de riesgo e intervenir de manera inmediata.

**Mientras más factores de riesgo tenga una persona, mayor es la probabilidad de que contemple el suicidio como una alternativa, y de que lleve a cabo un acto suicida. Sin embargo, es importante recalcar que la ausencia de estos factores, no es sinónimo de que el suicidio no pueda ocurrir.**

## Principales factores de riesgo

### Factores psicológicos y psiquiátricos

- Intentos previos de suicidio
- Hospitalizaciones psiquiátricas durante el último año
- Tener un plan suicida
- Existencia de ideaciones suicidas
- Depresión o sintomatología depresiva
- Trastorno bipolar
- Trastornos psicóticos (principalmente esquizofrenia)
- Alcoholismo
- Uso de sustancias controladas
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo
- Desesperanza
- Aislamiento
- Coraje extremo y deseos de venganza
- Altos niveles de impulsividad, agresividad y baja tolerancia a la frustración
- Sentimientos de fracaso personal

**Factores psicológicos y psiquiátricos (continuación)**

- Trauma reciente: violencia sexual, de género, maltrato, pérdidas, divorcios, entre otros
- Rigidez de pensamiento

**Factores biológicos**

- Presencia de trastorno cerebral orgánico
- Enfermedades físicas crónicas que debiliten
- Posibilidad de predisposición genética
- Desbalances químicos u hormonales (como bajos niveles de serotonina)

**Factores demográficos**

- Ser hombre (tendencia)
- Soltero(a)
- Viuda(a)
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Vivir solo(a)

**Factores sociales, interpersonales y contextuales**

- Antecedente familiar de suicidio
- Divorcios, pérdidas o separaciones
- Pertener a familias con altos niveles de crítica y hostilidad
- Problemas académicos o laborales
- Recesiones económicas
- Dificultades en las relaciones interpersonales
- Acoso escolar o laboral
- Desempleo y/o dificultades financieras
- Rechazo social
- Falta de acceso a medios o recursos de ayuda
- Acceso a medios letales
- Historial de maltrato físico, psicológico y/o sexual
- Historial familiar de trastornos psiquiátricos

La depresión juega un papel primordial en el suicidio, ya que se encuentra presente entre el 65 y 90 por ciento de todos los suicidios con patologías psiquiátricas. Entre los pacientes con depresión, el riesgo de cometer suicidio es aún mayor cuando la persona no sigue su tratamiento o recibe pobres servicios de tratamiento psicológico o psiquiátrico, cuando la persona considera su condición intratable o cuando es el mismo especialista quien considera que su condición no tiene cura. La probabilidad de suicidio en personas que padecen depresión es, aproximadamente, 20 veces superior en comparación con la población general.

La depresión se manifiesta de maneras distintas entre los niños, adolescentes y adultos. Los niños y jóvenes tienden a mostrar conductas tales como ausentarse a la escuela, obtener bajas calificaciones, excesiva timidez, exteriorizar problemas de conducta y experimentar con el alcohol u otras sustancias adictivas. En las niñas y jovencitas, tanto la anorexia como la bulimia también están asociadas a la depresión y a la conducta suicida. Otros factores como la desesperanza y la percepción de vulnerabilidad también aumentan el riesgo suicida.

La bipolaridad es otro trastorno psiquiátrico vinculado al comportamiento suicida. Se estima que las personas afectadas por un trastorno bipolar presentan una probabilidad de riesgo de suicidio 15 veces mayor en comparación con la población general.

En cuanto a la esquizofrenia un diez por ciento de los pacientes con esquizofrenia cometen suicidio y aproximadamente el 30% lo intenta al menos una vez. El joven adulto, particularmente está en riesgo suicida cuando recibe el diagnóstico en la etapa inicial de la condición, especialmente si antes del diagnóstico funcionaba bien en su vida social, económica y comunitaria. También la recurrencia de crisis y el temor a perder el control pueden ser detonantes para la conducta suicida.

El abuso de alcohol y otras drogas, puede tener un papel importante en la conducta suicida. En Estados Unidos, por lo menos una cuarta parte de los suicidios registrados, las personas habían ingerido alcohol. El abuso de alcohol puede producir depresión o podría concebirse como una forma de automedicación para aliviar la depresión. Tanto la depresión como el abuso de alcohol, pueden ser el resultado de estresores específicos en la vida diaria de la persona. Cabe señalar, que el alcohol puede utilizarse como un desinhibidor, el cual facilita que el acto suicida se lleve a cabo.

Acerca de los factores biológicos, algunos investigadores reconocen que tener un historial familiar con suicidios, aumenta el riesgo suicida, sugiriendo que puede haber una predisposición genética hacia la conducta suicida. De hecho, estudios realizados con gemelos idénticos, aparentan confirmar la posibilidad de que los factores biológicos pueden influenciar en la conducta suicida. Sin embargo, otros investigadores argumentan con base a estudios de investigación controlados, que los factores ambientales y sociales pueden interactuar con el historial familiar para aumentar el riesgo suicida.

Las enfermedades físicas dolorosas que se perciben como incurables, suelen ser otro factor que pone en riesgo a una persona para cometer actos suicidas. Ante la desesperación de un dolor o enfermedad incapacitante que parece no tener fin, muchas personas consideran el suicidio como una opción.

Eventos traumáticos en la vida de la persona, pueden servir como elementos precipitantes para la conducta suicida. Estudios en pequeña escala sugieren que eventos particulares se relacionan con el suicidio como: la pérdida de seres queridos, los conflictos interpersonales, ruptura de relaciones y asuntos de tipo legal o vinculado al empleo y las finanzas. Cada uno de estos eventos puede generar sentimientos intensos de tristeza, acompañados de desesperación y desesperanza que pueden abonar a la manifestación de la conducta suicida.

Las personas con historial de abuso físico, sexual o víctimas de violencia también están en riesgo suicida. La humillación y la vergüenza asociada con la victimización de las personas que fueron abusadas durante la niñez y la adolescencia, se traduce muchas veces en desconfianza y la dificultad en mantener relaciones significativas, así como el aislamiento social y la falta de vínculos sociales, predisponiéndoles a la manifestación de comportamiento suicida.

Entre los factores sociales y ambientales de riesgo, se encuentra: el medio que puede ser utilizado para el acto suicida, el lugar de residencia, la religión y su condición económica. El nivel de riesgo de una persona a suicidarse, puede ser valorado por el método letal que utilice y su género. Los varones tienden a escoger métodos contundentes como lo son la horca, armas de fuego, saltos de edificios altos o puentes; mientras que las mujeres adoptan medios como la sobredosis con pastillas, pesticidas o cortarse las venas. Por tanto, el acceso que las personas con ideaciones suicidas puedan tener a medios letales para llevar a cabo el acto, es otro de los principales factores de riesgo a considerar ante una amenaza suicida.

El rechazo y burlas percibido por parte de familiares, amigo(a)s, compañero(a)s de trabajo y el “bullying” son elementos que juegan un papel importante al hablar de aquellos factores que predisponen el comportamiento suicida.

Además, las recesiones económicas, las bancarrotas personales, los periodos de alto desempleo, la transición del mundo laboral al retiro y la desintegración social sin tener servicios de protección económica aumentan el riesgo suicida.

### Factores de riesgo por etapa de desarrollo

Las investigaciones y la práctica profesional, han identificado factores de riesgo para la conducta suicida que son más comunes durante ciertas etapas del desarrollo de una persona. Estas se señalan a continuación:

#### Factores de riesgo en la niñez

- Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación o muerte de un ser querido)
- Abuso físico y/o sexual
- Niño(a)s en hogares sustitutos
- Problemas con las relaciones paterno o materno filiales
- Problemas escolares

**Factores de riesgo en la niñez (continuación)**

- Progenitores demasiado jóvenes o maduros
- Enfermedad psiquiátrica de los progenitores
- Violencia en el hogar
- Antecedentes familiares de conducta suicida

**Factores de riesgo en la adolescencia**

- Intentos suicidas previos
- Provenir de un hogar roto
- Enfermedad psiquiátrica de los progenitores
- Antecedentes familiares de comportamiento suicida
- Amigos con conducta suicida
- Pérdida de una relación valiosa
- Problemas académicos
- Acoso escolar (bullying)
- Pertener a familias con altos niveles de crítica y hostilidad
- Ausencia de red de apoyo
- Historial familiar de maltrato
- Uso de alcohol y drogas
- Comportamiento agresivo e impulsivo
- Enfermedad psiquiátrica grave
- Ser sobreviviente de abuso sexual
- Carecer de destrezas de manejo ante situaciones conflictivas

**Factores de riesgo en la adultez**

- Intentos suicidas previos
- La existencia de una enfermedad grave y persistente
- Uso de alcohol y drogas
- Dificultades profesionales o financieras
- Dificultades para acceder a servicios de salud
- Dificultad en las relaciones interpersonales
- Pérdida de una relación significativa
- Ausencia de propósito en la vida
- Ausencia de red de apoyo

**Factores de riesgo en la vejez**

- Intentos suicidas previos
- Presencia de una enfermedad crónica o terminal
- La existencia de una enfermedad psiquiátrica grave y persistente
- Aislamiento o falta de apoyo social
- Sentimientos de fracaso personal y desesperanza
- Pérdida de relaciones significativas
- Dificultad para acceder a servicios
- Soledad
- Sensación de ser un estorbo

# Factores protectores

Así como se han identificado factores de riesgo, también se ha podido resaltar ciertos elementos que al estar presentes, alejan a las personas de pensamientos y comportamientos suicidas. Por lo tanto, para prevenir el suicidio es muy importante identificar y fomentar los mismos. Estos factores se pueden dividir en personales y medioambientales.

<b>Factores protectores personales</b>	<b>Factores protectores medioambientales</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Poseer destrezas adecuadas para resolver problemas.</li><li>2. Poseer creencias culturales y religiosas que desapruében el suicidio y valoren la vida.</li><li>3. Poseer confianza en sí mismo.</li><li>4. Sentirse parte de un grupo o comunidad.</li><li>5. Tener buena autoestima o autoimagen.</li><li>6. Saber buscar ayuda en momentos de dificultad.</li><li>7. Poseer habilidad para mantener buenas relaciones interpersonales.</li><li>8. Receptividad hacia cómo otras personas manejan sus problemas.</li><li>9. Receptividad para aprender cosas nuevas.</li><li>10. Sentir satisfacción con la vida.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Integración social a través de la participación y el trabajo, (por ejemplo: participación en equipos deportivos, clubes, asociaciones, etc.)</li><li>2. Pertenecer a grupos religiosos, espirituales o que prediquen valores positivos.</li><li>3. Tener buenas relaciones con los miembros de la familia.</li><li>4. Disponer de una red social de apoyo con vínculos o relaciones significativas.</li><li>5. Disponibilidad de servicios clínicos efectivos para tratar las enfermedades físicas o mentales, y para manejar o atender adicciones de alcohol y otras drogas.</li><li>6. No tener acceso a medios letales (ejemplo: armas de fuego, sustancias tóxicas, medicamentos, objetos punzantes, sogas, otros).</li></ol>





# Cómo identificar el comportamiento suicida

El suicidio, en muchas ocasiones es previsible y prevenible debido a que la persona que piensa en quitarse la vida emite señales que revelan sus ideas y planes. Estas manifestaciones se conocen como “señales de peligro o de alerta”. Estos signos y síntomas permiten identificar a una persona en riesgo suicida. Si bien ninguna de estas señales puede considerarse por sí misma una evidencia indudable de que la persona en cuestión esté pensando quitarse la vida, lo cierto es que a mayor número de señales de peligro, mayor es la probabilidad de que nos encontremos con un potencial suicida. A continuación se presentan las principales señales de peligro del comportamiento suicida y los factores precipitantes más comunes.

## Las principales señales de peligro

- Cambios drásticos o repentinos en el estado de ánimo y/o comportamiento (ej: tristeza, retraimiento, irritabilidad, ansiedad, apatía, aislamiento).
- Períodos de calma repentinos e inusuales luego de gran agitación.
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba.
- Inconformidad e insatisfacción con el modo de vivir.
- Estado de desesperanza (ej: “las cosas nunca mejorarán”).
- Preocupaciones excesivas sobre el dinero o enfermedades.
- Pérdidas recientes (muerte de un familiar, separación, divorcio, despido).
- Sentimientos abrumadores de culpa, coraje, vergüenza o de ser un estorbo.
- Autolesiones o toma de riesgos innecesarios.
- Aumento en el consumo de alcohol y otras drogas.
- Comentarios negativos sobre sí mismo o sobre la vida.
  - “No sirvo para nada”
  - “La vida no vale la pena”

**Las principales  
señales de  
peligro  
(continuación)**

- Verbalizaciones sobre la muerte o la posibilidad de suicidarse.  
“Me quiero morir”.  
“Estoy cansado de luchar”.
- Llevar a cabo preparativos como: regalar objetos personales, hacer un testamento.
- Expresiones directas de la idea o posibilidad de suicidarse.

**Los factores  
precipitantes  
más comunes**

- Acontecimientos vitales estresantes.
- Trastornos mentales
- Humillaciones
- Tensiones en las relaciones interpersonales
- Pérdidas significativas
- Aislamiento social
- Crisis económicas
- Recibir diagnóstico de enfermedad terminal
- Fracaso académico o laboral
- Fácil acceso a métodos letales

# Guía de normas, procedimientos e intervenciones

A continuación se presenta cómo estarán conformados los grupos de trabajo que habrán de desarrollar e implantar las estrategias de prevención primarias, secundarias y terciarias, y se especifican cuáles serán los pasos que se deberán aplicar para la prevención del suicidio.

## ***Norma 1 : Conformar los equipos de trabajo***

Cada entidad establecerá equipos de trabajo para desarrollar e implantar estrategias de prevención primaria y para intervenir en situaciones en las que se sospeche o se reporten comportamientos suicidas (ideas, amenazas, intentos o muerte por suicidio) de sus empleados/as, participantes y visitantes, entre otros.

### **Procedimiento: Establecer los equipos de trabajo.**

#### **A. Equipo de Respuesta Rápida en Situaciones de Suicidio (ERRSS)**

1. El jefe de cada entidad seleccionará entre sus empleados, por lo menos, tres (3) personas para constituir este equipo, en cada dependencia u oficina central y regional. Estos empleados deberán tener nombramiento permanente a tiempo completo. Preferiblemente se recomiendan los siguientes profesionales para ser parte de este equipo:

#### **ERRSS**

- Personal del PAE
- Directores de Recursos Humanos
- Consejeros
- Trabajadores Sociales
- Psicólogos
- Enfermeros
- Maestros
- Otros profesionales de la salud o de la conducta

2. Uno de los tres empleados será nombrado Coordinador del ERRSS.
  3. El Coordinador será el responsable, con su equipo de trabajo, del desarrollo e implantación del Protocolo Uniforme para la prevención y el manejo del comportamiento suicida.
  4. El Coordinador podrá tener a su cargo otros protocolos afines.
  5. El Coordinador también será responsable de custodiar los documentos y formularios sobre los casos atendidos en su agencia, en un archivo con llave, cumpliendo con las estipulaciones de confidencialidad.
  6. En el caso de agencias gubernamentales que tengan Programa de Ayuda al Empleado (PAE), el protocolo será administrado por el personal adiestrado de dicho programa. Podría considerarse que los coordinadores de estos programas sean las personas encargadas de implantar el Protocolo Uniforme.
  7. Todos los miembros del ERRSS y Comité de Apoyo (CA) documentarán el *Acuerdo de confidencialidad y no divulgación*, los cuales se mantendrán en el archivo provisto para los documentos de casos atendidos. **(Ver formulario ERRSS 01)**.
  8. Los miembros del ERRSS responderán a situaciones de comportamiento suicida que surjan en su agencia, en o fuera de horas laborables de ser necesario. Además, serán encargados de aplicar las estrategias de prevención sugeridas en esta guía, adaptadas a las particularidades de cada agencia.
  9. Para toda intervención se utilizará la *Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida*. **(Ver formulario ERRSS 02)**.
  10. Se recomienda que el ERRSS se reúna por lo menos una vez al mes para discutir asuntos relacionados con las actividades de prevención primaria del suicidio y con las situaciones atendidas. También se recomienda que se reúnan por lo menos dos veces en el semestre con el Comité de Apoyo (CA) para implantar las distintas estrategias de prevención primaria.
  11. Semestralmente el ERRSS someterá un informe a la CPS, en el formulario provisto para tales fines. **(Ver formulario ERRSS 03)**.
  12. Todo el personal de la agencia u organización deberá conocer cómo puede contactar a los miembros del ERRSS ante cualquier situación de riesgo suicida.
- B. Comité de Apoyo (CA)**
1. Este comité estará compuesto por un mínimo de 6 empleados/as de cada oficina o dependencia de la agencia. Los miembros de este comité serán nombrados por el Director de Recursos Humanos en conjunto con el ERRSS. Estos deben ser personas accesibles y cercanas al resto del personal.

2. Las responsabilidades de este comité serán las siguientes:

- CA**
- Reportar al ERRSS cualquier situación de riesgo suicida que ocurra en la entidad para la cual labora.
  - Apoyar al ERRSS en el manejo de las situaciones de comportamiento suicida.
  - Promover y organizar la participación de los empleados en actividades educativas y programas preventivos.
  - Ayudar en la distribución del material educativo.
  - Identificar y recomendar actividades educativas a partir de las necesidades del grupo.
  - Ofrecer orientación sobre centros y servicios de salud mental a todo/a empleado/a que lo solicite.
  - En caso de que ninguno de los miembros del ERRSS esté disponible al momento en que se identifique una situación de riesgo suicida, dos miembros del CA llevarán a cabo toda la intervención.

3. Todo el personal de la agencia u organización deberá conocer cómo puede contactar a los miembros del CA ante cualquier situación de riesgo suicida.

## ***Norma 2 : Identificar una oficina para el manejo de casos***

Se identificará un lugar accesible en cada agencia o institución (y en cada una de sus oficinas o dependencias) para atender y proveer apoyo a las personas con comportamiento suicida.

### **Procedimiento: Identificar una oficina principal para llevar a cabo las intervenciones.**

- Oficina**
- La oficina identificada no tiene que ser exclusiva para estos fines.
  - Tiene que ser un espacio que cumpla con los requisitos mínimos de confidencialidad (con puerta para mantener la privacidad) donde el personal del ERRSS y/o del CA puedan reunirse a solas con la persona de quien se sospeche riesgo suicida.

**Oficina  
(continuación)**

- Antes de comenzar la intervención con la persona con comportamiento suicida, se debe retirar de la oficina, cualquier objeto que pueda representar riesgo para él/ella (abrecartas, tijeras, objetos punzantes, objetos de cristal, espejos, fármacos, armas de fuego, etc.).
- En dicha oficina tiene que haber una línea telefónica funcional y disponible.
- Debe identificarse un archivo con llave para custodiar los formularios de las intervenciones.
- En la medida de lo posible, se debe identificar una oficina alterna, con estas mismas características, a ser utilizada en caso de que la oficina principal no esté disponible.

### ***Norma 3 : Prevención primaria***

#### ***Antes de que ocurra el comportamiento suicida***

El ERRSS desarrollará e implantará estrategias de prevención destinadas a preservar la salud mental de todo el personal que forma parte de la agencia y de aquellas personas a las cuales brindan servicios. Estas estrategias pueden ser programas existentes que estén ofreciendo el PAE o la agencia. Ejemplo de ello pueden ser programas de “coaching”, talleres para el manejo de estrés, manejo de síntomas de depresión, liderazgo, manejo de conflictos, etc. (**Ver anejo VIII**).

#### **Procedimiento: Desarrollar un plan de las actividades de prevención primaria que habrá de realizarse en cada agencia durante cada año.**

1. Ofrecer orientación y distribuir material sobre el funcionamiento del ERRSS, el CA y el Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio.
2. Ofrecer o coordinar talleres sobre prevención del suicidio cada seis meses o cuando se determine pertinente, en coordinación con la oficina de Recursos Humanos de la agencia. Estos talleres se ofrecerán a los empleados de nuevo ingreso como parte del proceso de su nombramiento.
3. Coordinar campañas educativas para reducir o eliminar el estigma del suicidio y de los trastornos de salud mental.
4. Coordinar talleres psicoeducativos que promuevan la salud mental.

5. Orientar o distribuir material educativo sobre servicios de salud mental en Puerto Rico, incluyendo las líneas de emergencia en caso de comportamiento suicida. **(Ver anejo X).**
6. Coordinar junto con el/la Director(a) de la oficina de Recursos Humanos y el Comité Ética de cada entidad gubernamental, la certificación de todos los empleados mediante el Taller de Respuesta Rápida en Prevención del Suicidio de la Oficina de Ética Gubernamental o en la agencia.
7. Coordinar que los empleados se suscriban a las sesiones de adiestramiento de Respuesta Rápida en Prevención de Suicidio, disponibles a través del internet.
8. Promover grupos de apoyo y reflexión sobre estrategias efectivas para el manejo de estresores.

## ***Norma 4 : Prevención secundaria***

### ***Cuando se presente una idea, amenaza o intento suicida***

Cuando se observa una persona manifestando una idea, amenaza o intento suicida, se llevarán a cabo los siguientes pasos para salvaguardar su seguridad y su vida.

#### **Procedimiento: Llevar a cabo los siguientes pasos dependiendo de la situación que se esté atendiendo.**

##### **A. Ante una IDEA O AMENAZA SUICIDA**

1. **Cualquier persona de la agencia o entidad, que identifique una situación de riesgo suicida, contactará de inmediato al ERRSS, o en su ausencia, al CA.** Deberán activarse dos personas de estos comités para que atiendan la situación. **La persona que identifique la situación permanecerá junto a la persona que tiene la idea o amenaza suicida,** hasta que lleguen los miembros del ERRSS o del CA que se harán cargo de la situación. Mientras llega el miembro del ERRSS o CA, la persona que identifique la situación deberá:
  - a. **Acompañar en todo momento a la persona que presente riesgo suicida.**
  - b. **Asegurarse que la persona no tenga acceso a medios letales** (sogas o cualquier otro objeto con el que se pueda ahorcar; medicamentos o químicos con los cuales se pueda envenenar; armas de fuego, objetos punzantes, etc.).
  - c. **Hacerle saber a la persona en riesgo que desea ayudarlo/a.**

- d. **Escuchar con empatía**, sin dar señales de sorpresa ni desaprobación.
2. **Las personas del ERRSS o del CA llevarán a la persona en riesgo a la oficina identificada para el manejo de estos casos. No deberán dejarlo solo/a en ningún momento.**
3. Si la situación de comportamiento suicida está ocurriendo en un lugar fuera de los predios de la oficina identificada, se habilitará la oficina más cercana, respetando la privacidad y seguridad de la persona afectada.
4. **Uno de los miembros del ERRSS deberá ofrecer los primeros auxilios psicológicos:**
  - a. Identificarse y **explicar por qué se encuentra ahí.**
  - b. Comenzará a **hacer preguntas a partir de la situación que la persona en riesgo haya señalado como especialmente conflictiva o preocupante**, para evaluar el nivel de riesgo y proveer un espacio para que la persona pueda desahogarse, si así lo desea. Por ejemplo: "Veo que estás muy afectado. Estoy aquí para escucharte. Me gustaría que compartieras conmigo lo que estás pensando o sintiendo, para poder ayudarte."
  - c. **Guarde silencio y permita que la persona diga todo lo que quiera.** No dé señales de sorpresa ni desaprobación. Puede utilizar frases como las siguientes: "Puedo escuchar que estás pasando por una situación muy difícil, pero le puedo asegurar que haremos todo lo posible por ayudarlo/a"; "Estoy aquí para ayudarlo/a"; "Debe ser difícil poner en palabras esos sentimientos, pero es muy importante que los puedas compartir"; "Puedo imaginar lo duro que está siendo esta situación para usted".
  - d. **Preguntará directamente por la posibilidad de que exista ideación suicida.** Ejemplos: "Le voy a hacer una pregunta delicada y personal: ¿Todos estos problemas lo han llevado a pensar en el suicidio?"; "Algunas personas que se encuentran en una situación parecida a la suya suelen pensar en quitarse la vida. ¿Lo ha pensado usted?"; "¿Ha pensado en quitarse la vida?"; "¿Está pensando en suicidarse?"
  - e. **Explorará la severidad de la ideación suicida:**
    - **Frecuencia:** "¿Cuándo fue la última vez que pensó en hacerse daño?" (mientras más reciente, mayor es el riesgo); y "¿Con qué frecuencia tiene estos pensamientos: a todas horas; todos los días; varios días a la semana; algunas veces al mes?" (mientras más frecuentes, mayor es el riesgo).
    - **Método:** "¿De qué forma ha pensado quitarse la vida?"
    - **Disponibilidad:** "¿Tiene disponible ese método (arma, soga, pastillas, etc.) del cual me ha hablado?"; "¿Dónde lo tiene?"
    - **Momento:** "¿Cuándo ha pensado llevar a cabo esta acción?"



- **Intentos previos:** “¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?”; “¿Hace cuánto tiempo?”; “¿Qué sucedió entonces?”

Es importante tener en cuenta que mientras más detalles haya considerado la persona respecto a la planificación del acto suicida, mayor es el riesgo de que lleve a cabo el intento en cualquier momento. Se debe restringir el acceso a los medios letales que haya identificado la persona en riesgo.

- f. **Explorará las razones para vivir de esta persona y alternativas** que quizás no está evaluando, para manejar la situación que la llevó a considerar el suicidio. Se puede preguntar lo siguiente: “¿Qué te ha mantenido con vida hasta ahora?”; “¿Quiénes son las personas importantes para ti?”; “Antes de esta situación, ¿cuáles eran tus planes y metas a corto y largo plazo?”; “¿En qué otros momentos de tu vida has tenido una crisis y cómo lograste superarla?”; “¿Qué cosas te hacen sonreír?”
  - g. **Establecerá el plan de ayuda** y llegará a un acuerdo con la persona en riesgo. Debe explicarle a la persona en qué va a consistir el plan de ayuda.
5. **El personal ERRSS debe identificar y llamar, junto con la persona en riesgo, a un familiar o contacto de la persona** (amigo, vecino, maestro, miembro de la iglesia, psicólogo, psiquiatra, grupos de apoyo, etc.) **para que acuda a la oficina y acompañe a la persona en riesgo a recibir los servicios que necesita.** De tratarse de un menor o una persona de la tercera edad, y de haber sospecha de maltrato en el hogar, el personal del ERRSS deberá comunicarse primero con la línea de Emergencias Sociales del Departamento de la Familia, llamando al **1-800-981-8333**, para determinar cuáles acciones habrán de tomar para salvaguardar el bienestar y protección de esa persona.
  6. **Otro de los miembros del ERRSS coordinará la evaluación y servicios psicológicos o psiquiátricos.** Si la persona en riesgo ya cuenta con un proveedor de servicios psicológicos y/o psiquiátricos, con el cual se siente cómoda, se debe intentar primero contactar a este profesional para que la atienda de inmediato. De esta persona no estar disponible, entonces se debe canalizar la ayuda a través de la Línea PAS de ASSMCA, llamando al **1-800-981-0023**. Se le debe explicar, tanto a la persona en riesgo como a sus familiares, la importancia de que acudan a la oficina u hospital identificado para que la persona en riesgo sea evaluada y **reciba ayuda ese mismo día.**
  7. **Si la persona se niega a recibir los servicios recomendados por el personal de la Línea PAS o por su proveedor de servicios psicológicos o psiquiátricos, se le pedirá al familiar que solicite una “Ley 408”** en el tribunal más cercano para que de esta forma se pueda proceder con el manejo de la persona en riesgo. (**Ver anejo IV**). En caso de no aparecer ningún familiar, el trámite de la “Ley 408” deberá ser realizado por algún miembro del ERRSS de la agencia.
  8. **En el caso que la persona se torne agresiva,** un miembro del ERRSS deberá **contactar a la policía** para que asista en el manejo de la misma.

9. **El personal del ERRSS entregará a la persona con idea o amenaza suicida, la *Hoja de relevo de responsabilidad* (Ver formulario ERRSS 04).** Debe explicársele a cabalidad el contenido de este formulario.
  10. **El personal del ERRSS entregará al familiar o persona contacto, de la persona en riesgo, la *Hoja de relevo de responsabilidad del familiar o persona contacto* (Ver formulario ERRSS 05).** Debe explicársele a cabalidad el contenido de este formulario.
  11. **El personal del ERRSS completará la *Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida*.** (Ver formulario ERRSS 02).
- B. INTENTO SUICIDA (cuando una persona está amenazando con suicidarse en ese preciso momento o ha llevado a cabo un intento suicida pero continúa viva).**
1. **La persona que identifica la situación de riesgo contactará de inmediato al 911 y posteriormente al personal del ERRSS o del CA. No dejará a la persona en riesgo sola** hasta que llegue el personal del ERRSS o del CA que se hará cargo de manejar la situación. Mientras llegan los miembros del ERRSS o del CA, la persona que identifique la situación deberá hacer lo siguiente:
    - a. En caso de haber **médicos o enfermeros** en la oficina o cerca, **deberá solicitar que éstos sean llamados de inmediato.**
    - b. **Hacerle saber** a la persona en riesgo **que desea ayudarlo.**
    - c. **No mostrar señales de sorpresa ni desaprobación.**
    - d. Si el intento aún no se ha realizado, debe **pedirle a la persona en riesgo que posponga su intención de atentar contra su vida** y que le dé la oportunidad de ayudarlo.
  2. **La primera persona del ERRSS que se presente, evaluará la situación** de la persona que llevó a cabo el intento o que está amenazando con suicidarse. Dependiendo de la situación deberá realizar las siguientes acciones:
    - a. Si la persona está **gravemente herida**, no deberá moverla del lugar donde se encuentra. De no haberse hecho hasta el momento, **deberá llamar al 911** de inmediato. El personal del 911 activará a Emergencias Médicas y a la Policía. Si hay un profesional de la salud cerca, deberá pedirle de inmediato que se persone al lugar.
    - b. Si la persona **está en el proceso del intento de suicidio**, el personal del ERRSS deberá **llamar al 911 de inmediato** (si es que no se ha hecho). Deberá expresarle a la persona en riesgo que desea ayudarlo y le solicitará que le dé la oportunidad de hacer algo por él/ella. Debe pedirle que posponga su decisión de atentar contra su vida y que le dé la oportunidad de ayudarlo. Debe mostrar empatía y verdadero interés por la persona en riesgo. **El ERRSS no debe dejar sola en ningún momento a la persona en riesgo, salvo que su**

- propia vida esté en peligro. Debe llamar también a la línea PAS (1-800-981-0023) para solicitar asistencia.**
- c. **En caso de envenenamiento, uno de los miembros del ERRSS o del CA deberá llamar al 911**, mientras que otro de los miembros, se comunicará con el **Centro de Control de Envenenamiento al 1-800-222-1222** para que le orienten sobre qué debe hacer.
  - d. Si la persona **no está herida y no requiere cuidado médico de emergencia, el ERRSS deberá realizar el mismo procedimiento que efectuaría en una situación de idea o amenaza de suicidio** (ver páginas 39 a la 42 de este documento: procedimiento ante idea o amenaza suicida).
3. Mientras todo lo anterior ocurre, **otro de los miembros del ERRSS o del CA contactará a un familiar de la persona en riesgo**. En caso de sospecha de maltrato a menores, el personal del ERRSS deberá llamar a la línea de Emergencias Sociales, marcando el número **1-800-981-8333**, para determinar cuáles acciones realizar para garantizar el bienestar de esa persona.
  4. **En caso de no haber un familiar presente**, o que no haya tiempo para esperar por el familiar, **uno de los miembros del ERRSS será quien acompañará a la persona en riesgo hasta la sala de emergencia del hospital más cercano**, ya sea para que éste reciba ayuda médica o para que se le realice una evaluación psiquiátrica de emergencia, dependiendo de la situación. En este caso, mientras la persona es trasladada a la sala de emergencia, el personal del ERRSS notificará a los familiares o algún contacto de la persona sobre la situación.
  5. De ser posible, **el personal del ERRSS completará junto con la persona que llevó a cabo el intento, la Hoja de relevo de responsabilidad de la persona en riesgo. (Ver formulario ERRSS 04)**. De haber algún familiar presente, éste deberá también completar la **Hoja de relevo de responsabilidad de familiar, amigo o conocido. (Ver formulario ERRSS 05)**. El personal del ERRSS también completará la **Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida. (Ver formulario ERRSS 02)**.
  6. **El personal del ERRSS y el CA ofrecerán orientación** a los/as familiares, compañeros/as de trabajo o personas que hayan presenciado el intento suicida, para que llamen a Línea PAS o busquen servicios de ayuda de ser necesario.
- C. Amenaza de suicidio durante LLAMADA TELEFÓNICA** (cuando se reciba una llamada telefónica en la cual se identifique que una persona está en riesgo de cometer suicidio)
1. La persona que recibe la llamada deberá **asegurar la comunicación**.
    - a. **En ningún momento se debe interrumpir la llamada.**

- b. **Preguntar**, lo antes posible, a la persona que llama su **nombre completo y su número de teléfono** para llamarle de vuelta en caso de que se corte la llamada o que esta persona cuelgue.
  - c. **Preguntarle dónde se encuentra** (dirección) **y quiénes lo/a acompañan**. En caso de que sea posible, debe solicitarle que le comunique con esa persona para que provea ayuda inmediata.
  - d. Solicitarle al compañero más cercano que le **avise a un miembro del ERRSS o miembro del CA que está atendiendo una llamada de emergencia** de riesgo suicida.
  - e. **El ERRSS o CA asumirá la llamada** y se asegurará de que la persona que tomó la llamada originalmente se quede a su lado. Esta persona debe hacerle compañía durante toda la conversación y debe tener un teléfono adicional para realizar todas las llamadas necesarias.
  - f. **Tenga a la mano papel y bolígrafo** para anotar toda la información pertinente.
2. **Ofrecer los primeros auxilios psicológicos** (miembro del ERRSS o del CA)
- a. **Utilizar un tono de voz suave y pausado** que transmita calma y tranquilidad.
  - b. **Identificarse por su nombre** completo. **Preguntar** a la persona que llama su **nombre**.
  - c. **Preguntar el motivo de la llamada**.
  - d. **Hacerle saber** a la persona que llama **que usted la está escuchando y le va a prestar ayuda**. Puede utilizar frases como las siguientes: "Puedo escuchar que estás pasando por una situación muy difícil, pero le puedo asegurar que haremos todo lo posible por ayudarlo/a", "Estamos aquí para apoyarlo/a", "Debe ser difícil poner en palabras esos sentimientos", "Puedo imaginar lo duro que ha sido esta situación para usted".
  - e. **Identificar la localización** de la persona en riesgo. Por ejemplo: "Si me dices dónde te encuentras en estos momentos, podemos comenzar a ayudarte" (si es que no se tiene este dato aún; si lo tiene debe validarse que la dirección esté correcta). Si la persona está en los predios de la agencia se debe solicitar a otro miembro del ERRSS o del CA que acudan al lugar donde se encuentra la persona en riesgo pero no debe colgar la llamada.
3. **Permitir que la persona en riesgo se desahogue**.
- a. **No se ponga nervioso**.
  - b. Guarde silencio y **permita que la persona diga todo lo que quiera**. No dé muestras de sorpresa ni desaprobación.
  - c. **No interrumpa**.

- d. **Demuestre comprensión** repitiendo en sus propias palabras lo que la persona que llama le dice.
- e. **Haga preguntas específicas** sobre la situación de la persona. No asuma nada. Por ejemplo: “¿Qué me quieres decir cuando dices que te sientes cansado/a de luchar?”; “¿Qué es lo más difícil para ti en estos momentos?”

4. **Preguntar por la posibilidad de ideación suicida.**

- a. Ejemplos: “Le voy a hacer una pregunta delicada y personal: ¿Todos estos problemas lo han llevado a pensar en el suicidio?”; “Algunas personas que se encuentran en una situación parecida a la suya suelen pensar en quitarse la vida. ¿Lo ha pensado usted?”; “¿Ha pensado en quitarse la vida?”; “¿Está pensando suicidarse?”

5. **Explorar la severidad de las ideas suicidas.**

- **Método:** “¿De qué forma ha pensado en quitarse la vida?”
- **Disponibilidad:** “¿Tiene a su alcance ese método (arma, soga, pastillas, etc.) del cual me ha hablado?”; “¿Dónde?”
- **Frecuencia:** “¿Cuándo fue la última vez que pensó en hacerse daño?”; “¿Con qué frecuencia tiene estos pensamientos: a cada hora; todos los días; varios días a la semana; algunas veces al mes?”
- **Momento:** “¿Cuándo ha pensado llevar a cabo esta acción?”
- **Intentos previos:** “¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?”; “¿Hace cuánto tiempo?”; “¿Qué sucedió entonces?”

Debe tenerse en cuenta que a mayor nivel de planificación, mayor es el riesgo de que la persona lleve a cabo un intento suicida de manera inminente.

6. **Evaluar nivel de riesgo.**

- a. (Ver anejo VII).

7. **Explorar sus motivos para vivir** y ayudarle a visualizar alternativas.

- a. Se pueden formular las siguientes preguntas: “¿Qué te ha mantenido con vida hasta ahora?”; “¿Quiénes son las personas importantes para ti?”; “Antes de esta situación, ¿cuáles eran tus planes y metas a corto y largo plazo?”; “¿En qué otros momentos de tu vida has tenido una crisis? ¿Cómo lograste superarla?”; “¿Qué cosas te hacen sonreír?”

8. **Establecer el plan de ayuda.**

- a. **Ante un nivel de riesgo moderado o alto, el compañero que inicialmente contestó la llamada o algún miembro del ERRSS o del CA deberá llamar al 911** y brindar toda la información disponible. También se deberá llamar a la **Línea PAS: 1-800-981-0023** y brindar toda la información dis-

ponible. **Ante un nivel de riesgo bajo, preguntar** a la persona en riesgo **si está recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico, con quién y cómo podemos contactar a este profesional de la salud mental.** Dar esta información al compañero de trabajo o miembro del ERRSS o del CA para contactar este recurso y pedirle que se comunique con la persona en riesgo de inmediato. Si el recurso no está disponible o la persona en riesgo no está recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico al presente, se debe canalizar servicios de evaluación psiquiátrica o psicológica de inmediato a través de la **Línea PAS: 1-800-981-0023.**

- b. **Solicitar a la persona en riesgo la información para contactar familiar o persona de confianza.** Decir por ejemplo: "Es importante compartir esta información con alguien en quien tengas confianza. ¿A quién puedo llamar para comunicarle cómo te sientes y pedirle que acuda a donde tú estás?" Dar la información al compañero de trabajo o miembro del ERRSS o del CA para contactar a esta persona y pedirle que vaya de inmediato a donde está la persona en riesgo.
  - c. **Mantener la comunicación con la persona en riesgo, hasta que llegue el personal de ayuda o un familiar que se haga cargo de la situación.**
9. **Cierre** (éste se hará cuando ya haya otra persona responsable acompañando físicamente a la persona en riesgo).
- a. **Resumir los asuntos que se discutieron** en la llamada.
  - b. **Resumir los pasos** que se llevaron a cabo y las acciones a realizar.
  - c. **Agradecer** a la persona en riesgo **la confianza** y la oportunidad de poderlo ayudar.
  - d. **Acordar volver a contactar a la persona en riesgo al día siguiente** para saber cómo ha seguido.
  - e. **Despedirse con un mensaje esperanzador y de apoyo.**
- D. Amenaza de suicidio durante una LLAMADA TELEFÓNICA DE UNA TERCERA PERSONA** (cuando alguien llame para reportar que un familiar o conocido presenta comportamiento suicida).
1. **Obtener la información de la persona que hace la llamada.**
    - a. Nombre completo
    - b. Teléfono
    - c. Dirección
  2. Solicitar detalles de la situación para poder **identificar el nivel de riesgo.**
    - a. **(Ver anejo VII).**

3. **Ante un caso de riesgo alto o moderado:**
  - a. **Orientar a la persona que hace la llamada respecto a no dejar sola a la persona en riesgo**, no juzgarla ni sermonearla.
  - b. **Explicarle que debe llamar a la Línea PAS: 1-800-981-0023** y brindar toda la información disponible para que canalicen la evaluación psiquiátrica de emergencia o que debe llevar de inmediato a la persona en riesgo a la sala de emergencia del hospital más cercano. Si la persona en riesgo se niega a recibir servicios o está amenazando con suicidarse en ese mismo momento, debe **llamar al 911 de inmediato**.
4. **Ante un caso de riesgo bajo:**
  - a. **Orientar a la persona que llama sobre los primeros auxilios psicológicos** (proveer espacio para el desahogo, escucha empática, no criticar ni sermonear, ayudar a la persona en riesgo a identificar sus razones para vivir).
  - b. **Explicarle que debe llamar a la Línea PAS: 1-800-981-0023** y brindar toda la información disponible.
  - c. **Dejarle saber que la persona en riesgo necesita recibir servicios psicológicos o psiquiátricos de inmediato**, ya sea a través de un proveedor de servicio privado o a través de un referido de la línea PAS **y que no debe permanecer sola** hasta que reciba ayuda profesional y esté estable.
5. **Cierre:**
  - a. **Resumir los asuntos que se discutieron** durante la llamada.
  - b. **Resumir los pasos** realizados y las acciones a realizar.
  - c. **Agradecer la confianza**.
  - d. **Acordar volver a contactar a la persona que generó la llamada al día siguiente** para saber cómo ha seguido la persona en riesgo.
  - e. **Despedirse con un mensaje esperanzador y solidario**.

Todas las llamadas serán documentadas mediante la **Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida (Ver formulario ERRSS 02)**.



## **Norma 5 : Prevención terciaria**

### **Después de un intento suicida o un suicidio consumado**

El ERRSS atenderá las situaciones de muerte por suicidio dentro de los predios de la agencia o entidad para la cual laboran, a las personas que han padecido la pérdida de un familiar, compañero de trabajo o amigo a causa de un suicidio y a las personas que hayan sobrevivido a un intento suicida.

#### **Procedimiento: Realizar los siguientes pasos dependiendo de la situación**

##### **A. Manejo de una muerte por suicidio:**

1. **No tocar ni mover el cadáver.**
2. **Evitar el acceso de personas ajenas** al manejo del evento, en la escena.
3. **Llamar al 911.** Ellos se encargarán de llamar a la Policía y al personal del Instituto de Ciencias Forenses (ICF). El contacto con los familiares lo llevará a cabo el personal de la Policía de Puerto Rico.
4. **En caso de que un familiar acuda a la escena y presente alguna crisis emocional, el ERRSS o el CA debe coordinarle servicios psicológicos o psiquiátricos de inmediato** a través de la Línea PAS o por medio de un proveedor de servicios privado.
5. **En caso de que un compañero de trabajo requiera apoyo emocional, el ERRSS o el CA debe referirlo al PAE o debe coordinarle servicios de salud mental de inmediato** a través de la Oficina de Recursos Humanos u otro recurso que tengan en la agencia.
6. **El personal de ERRSS debe completar la *Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida* (Ver formulario ERRSS 02).**

##### **B. Reincorporación al escenario laboral** luego de una amenaza o intento suicida:

1. **El personal de la Oficina de Recursos Humanos determinará los procesos a seguir** en la reincorporación del empleado que tuvo comportamiento suicida, de acuerdo a las normas de la agencia y la recomendación médica. El personal del ERRSS y del CA debe estar disponible para asistir en este proceso, ofreciendo apoyo emocional.
2. Se debe **requerir evidencia** de que la persona que presentaba riesgo suicida fue evaluada y recibió los servicios que le fueron recomendados.



**C. Después de una muerte por suicidio:**

1. **El personal del ERRSS referirá al PAE, Línea PAS o a profesionales de salud mental privados a los compañeros de trabajo de la persona que murió por suicidio**, o a las personas afectadas por este evento de ser necesario.
2. **El personal del ERRSS junto al CA se encargarán de coordinar una actividad** con un profesional de la salud mental para todos los empleados afectados por el evento de suicidio. Esta actividad debe enfocarse en proveer un espacio seguro para el desahogo.
3. **El personal del ERRSS junto al CA deberán proveer un directorio de servicios de salud mental** que existan en Puerto Rico a los compañeros de trabajo que lo requieran. **(Ver anejo X).**

## ***Norma 6 : Realización de un simulacro de manejo de emergencia suicida***

Se realizará en cada agencia, entidad, dependencia u oficina, un simulacro sobre el manejo de una situación de riesgo de suicidio. Dicho simulacro deberá llevarse a cabo durante la semana del Día Mundial de Prevención de Suicidio (10 de septiembre).

### **Procedimiento: Planificar, coordinar y llevar a cabo un simulacro sobre el manejo de una situación de riesgo suicida.**

1. El ERRSS y el CA se deberá reunir con los directores de cada agencia, entidad, dependencia u oficina para planificar el simulacro. En dicha reunión se deberá **planificar lo siguiente:**
  - a. La **fecha y hora** en la que se llevará a cabo el simulacro.
  - b. La **situación de riesgo que se estará manejando** (debe ser la de una persona que manifiesta ideación suicida con un nivel de riesgo moderado o alto, una amenaza de suicidio o un intento de suicidio).
  - c. **Quién va a dramatizar la situación** de crisis.
  - d. **Quién va a fungir como el familiar** a quien se deberá contactar para que acuda a la oficina a hacerse responsable de la persona que manifiesta el comportamiento suicida.

- e. Se debe, además, identificar **quiénes estarán evaluando el simulacro** y las intervenciones realizadas (sugerimos que los evaluadores sean el coordinador del ERRSS y uno o dos miembros del CA).
2. Una vez establecida la fecha, se deberá **notificar a todo el personal de la agencia, entidad, dependencia u oficina, que se estará llevando a cabo un simulacro** sobre el manejo de riesgo de suicidio durante la fecha y hora establecida. Se deben explicar los objetivos de este simulacro y por qué es importante que se realice.
3. Previo al simulacro, **todo el personal de la agencia debe de haber participado del adiestramiento de Respuesta Rápida ante Situaciones de Comportamiento Suicida**, de manera que todo el personal sepa cómo debe actuar en una situación como esta.
4. Se debe **realizar el simulacro el día y la fecha acordada**. Todos los miembros del ERRSS y del CA deberán participar.
5. Entre los **aspectos a evaluar** durante el simulacro se deben incluir los siguientes:
  - a. El **cumplimiento de los pasos** establecidos en el protocolo.
  - b. El **tiempo de reacción** de todas las personas que deben tomar acción ante la situación.
  - c. Los **procedimientos y decisiones** claves que deben realizar los miembros del ERRSS y del CA durante la crisis.
6. Posterior al simulacro, se deberá **realizar una reunión** con los miembros del ERRSS y el CA y con los directores de cada agencia, entidad, dependencia u oficina **para evaluar el adiestramiento y ofrecer retroalimentación**. Se debe completar el formulario para la evaluación del simulacro (**Ver formulario ERRSS 06**).

## ***Norma 7 : Campañas masivas de prevención***

Realizar, por lo menos una vez al año, una campaña masiva de sensibilización, concienciación y prevención, para sus empleados y la población a la que sirven.

**Procedimiento: Planificar y coordinar las campañas que habrán de realizarse en la agencia. Determinar los temas y estrategias de presentación.**

1. De ser necesario, **consultar con la CPS** sobre posibles recursos o estrategias para la campaña.
2. **Documentar** en el informe semestral las labores realizadas (**Ver formulario ERRSS 03**).
3. Las **fechas para estas campañas masivas** deberán ser, por lo menos, una de las siguientes:
  - **10 al 16 de agosto**– Semana Nacional de la Prevención de Suicidio (Conmemoración del día en el que se firmó la Ley Número 227 en 1999 en Puerto Rico).
  - **10 de septiembre**- Día Mundial de Prevención de Suicidio (OMS).
  - **Primera semana de diciembre** – Semana de Alerta Prevención de Suicidio en época navideña.

## Referencias

- Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida* [en línea]. Recuperado de: [http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf)
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2012). *Suicide facts at a Glance* [en línea]. Recuperado de: [www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf)
- Departamento de Salud (2012). *Boletín de Mortalidad: 2009 y 2010*. San Juan, Puerto Rico.
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología*. Buenos Aires: Editorial Gorla.
- Freud, S. (2001). "Más allá del principio de placer". En *Obras completas vol. XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* [en línea]. Recuperado de: [http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio\\_y\\_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf](http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf)
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida: I. Evaluación y Tratamiento. (2010). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t).
- Lacan, J. (2006). *El seminario. Libro 10. La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, C. (2007) *Introducción a la suicidología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Evaluación y Tratamiento* [en línea]. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_vol1\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional* [en línea]. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/63.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas* [en línea]. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea* [en línea]. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Washington, DC.
- Pérez A. (2014). *Glosario de términos suicidológicos*. Clínica Psicológica V Mars-Sueca. Valencia España Tlf. (+34)961701553. [en línea]. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/glosarioshtml>
- Pérez Barrero, S. A. (2008). *Manual de Prevención del Suicidio* [en línea]. Recuperado de: [http://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/Manual%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20Suicidio%20Dr.%20Sergio%20A.%20Perez%200Barrero\\_0.pdf](http://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/Manual%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20Suicidio%20Dr.%20Sergio%20A.%20Perez%200Barrero_0.pdf)
- Pérez Jiménez, J. C. (2011). *La mirada del suicida. El estigma y el estigma*. Madrid: Plaza y Valdes Editores.

Red Nacional para la Prevención de Suicidio (2006). *Después de un intento de suicidio. Guía para cuidarse después del tratamiento en la sala de emergencias* [en línea]. Recuperado de: <http://store.samhsa.gov/shin/content/SVP06-0158SP/SVP06-0158SP.pdf>.

Salud Madrid y Movimiento Pro-Salud Mental (2013). *Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental* [en línea]. Recuperado de: <http://www.feafes.org/publicaciones/DeteccionPrevencionConductaSuicidaPersonasEnfermedadMental.pdf>.

Servicio Andaluz de Salud (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares* [en línea]. Recuperado de: <http://www.feafes.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>.

Suicide Prevention Coalition of Warren and Clinton Counties (2010). *Dealing with suicide in school: Prevention, intervention and postvention. A model of protocol* [en línea]. Recuperado de: [http://www.mhrsonline.org/media/spc\\_schools/A%20Model%20Protocol%20-%20PDF%20Format.pdf](http://www.mhrsonline.org/media/spc_schools/A%20Model%20Protocol%20-%20PDF%20Format.pdf).

U.S. Surgeon General (2012). *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action* [en línea]. Recuperado de: [http://www.armyg1.army.mil/hr/suicide/docs/10%20Sep%202012\\_NSSP\\_Final.pdf](http://www.armyg1.army.mil/hr/suicide/docs/10%20Sep%202012_NSSP_Final.pdf).



# Anejos





# I. Ley Número 227 de 12 de agosto de 1999

P. del S. 1435 Ley Número 227, de 1999

Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio.

LEY NUM. 227 DE 12 DE AGOSTO DE 1999

Para establecer e implantar la política pública dirigida a atender el problema de comportamiento suicida y a esos fines crear la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio, establecer sus deberes y responsabilidades y asignar recursos fiscales.

## EXPOSICION DE MOTIVOS

El suicidio es la manifestación más extrema de la violencia por ser la violencia auto-infligida. Es la violencia contra sí mismo y contra los demás. En Puerto Rico, el suicidio es la tercera causa de muerte violenta entre los varones de 15 a 34 años de edad. Se observa con frecuencia en niños, adolescentes, adultos y adultos en la tercera edad. El fenómeno homicidio-suicidio se observa entre parejas de adultos en instancias donde el varón mata a su esposa y se suicida. Ocurre en todos los grupos sociales, niveles económicos, niveles educativos, independientemente de creencias y valores filosóficos, políticas o religiosas.

Más mujeres intentan quitarse la vida. Más hombres logran la muerte por suicidio.

El suicidio en Puerto Rico es un problema social y de salud que está alcanzando grandes proporciones. El comportamiento suicida, ya sea expresado como idea, amenaza, intento o la muerte por suicidio es un problema creciente que se observa en todo el mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, cada año más de 800,000 personas se quitan la vida. En Puerto Rico se observa en todos los grupos de edad.

Son múltiples los factores que inciden en el suicidio. Los factores predisponentes y precipitantes son de tipo biológico, psicológico y social. Su impacto en las personas afectadas constituye un costo social y económico significativo en pérdidas de cientos de miles de años de vida productiva.

La prevención efectiva reducirá la magnitud de pérdidas de vida, de personas afectadas y traumatizadas por la experiencia de muerte por suicidio; reducirá los costos de servicios de salud, de servicios sociales y de servicios de rehabilitación, entre otros.

Muchas muertes por suicidio pueden evitarse proveyendo servicios de apoyo, identificación temprana, intervención y manejo especializado, así como servicios de habilitación a personas en riesgo. Es indispensable adoptar un enfoque integrador e interdisciplinario dirigido a individuos, a familias, a comunidades en riesgo, así como los profesionales de ayuda.

El Gobierno de Puerto Rico deberá articular esta política pública con aquellas instituciones y organismos responsables por el bienestar individual, familiar y de comunidad. Deberá establecer o designar una Comisión Coordinadora con el mandato de promover, desarrollar,

implantar y coordinar acciones y estrategias para la prevención del suicidio. Deberá proveer a la Comisión Coordinadora, los recursos financieros y técnicos que aseguren la formulación efectiva y eficiente y el subsiguiente logro de los objetivos y las estrategias de prevención.

El mandato deberá otorgar, a la Comisión Coordinadora, el liderato para formular metas y objetivos que puedan medirse, así como la autoridad para hacer monitoría y evaluación de los programas de prevención e intervención de suicidio que se establezcan.

El proceso de establecer estrategias integradoras y coordinadoras aglutina a las instituciones (sector público y privado), a las redes de apoyo en la comunidad, la labor voluntaria y a los grupos de ayuda. Deberá hacerse énfasis en crear conciencia en la población respecto a la magnitud y seriedad del suicidio en Puerto Rico.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

#### Artículo 1.- Título

Esta Ley se conocerá como “Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio”.

#### Artículo 2.- Política Pública

El Gobierno de Puerto Rico reconoce que el problema del suicidio es uno de los más alarmantes y complejos que confronta nuestra sociedad. En el desarrollo de la política pública sobre este asunto, debe darse énfasis a la investigación científica y clínica del suicidio, así como la prevención, intervención, manejo y posvención del suicidio. Del mismo modo, hacer énfasis en la magnitud del problema y en el derecho que tienen los ciudadanos de recibir servicios clínicos y de habilitación sin estigma para su persona y su familia.

Como política pública, el Gobierno de Puerto Rico ha reconocido que debe propiciar la investigación científica del suicidio, el adiestramiento a los profesionales de ayuda, el desarrollo de servicios para atender las necesidades de estas personas en crisis y a sus familias de modo que se facilite su recuperación y su reincorporación a la vida social y productiva.

Para ello es necesario analizar la magnitud del problema de suicidio en Puerto Rico, identificar los servicios existentes, determinar los servicios adicionales necesarios y desarrollar un plan de acción que integre los esfuerzos del gobierno central, de los gobiernos municipales, del sector privado y de aquellas entidades sin fines de lucro que atienden este problema.

La política pública que mediante esta Ley se implanta reconoce:

- (1) El suicidio como un problema de la sociedad puertorriqueña el cual tenemos la obligación de afrontar.
- (2) El efecto del estigma social asociado a las condiciones de salud mental que impiden a una persona buscar la ayuda que necesita cuando se encuentra en riesgo de suicidio.
- (3) Además, el estigma social afecta grandemente a las familias y hace difícil su regreso a la vida normal y productiva.
- (4) El suicidio como un peso económico indeterminable al Estado en términos del potencial de las vidas perdidas y costos médicos incurridos, entre otros.

(5) El suicidio como un problema complejo, multifactorial (biológico, psicológico, y un problema social).

(6) Que a pesar de ser un problema que se puede prevenir, hay gran urgencia de desarrollar programas más efectivos en la prevención.

(7) Los esfuerzos de prevención nunca son suficientes, siempre hay algo nuevo que aportar por lo cual debemos maximizar nuestros esfuerzos.

### Artículo 3.- Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio

(a) Se crea la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio, para instrumentar la política pública establecida mediante la presente Ley. La Comisión estará integrada por quince (15) miembros, incluyendo a su Presidente quien será el Secretario del Departamento de Salud. Los otros miembros serán: el Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, el Director Ejecutivo de la Administración de Seguros de Salud, el Secretario del Departamento de Recreación y Deportes, el Secretario del Departamento de la Vivienda, el Secretario del Departamento de la Familia, el Secretario del Departamento de Educación, el Secretario del Departamento de Justicia, el Secretario del Departamento de Corrección, el Comisionado de Seguridad Pública, el Secretario del Trabajo y Recursos Humanos, o sus representantes. Además, la Comisión contará con cuatro (4) personas representantes del sector privado y clientela, siendo dos (2) representantes de organizaciones con fines no pecuniarios que brindan servicios a personas en riesgo de suicidio en nuestra Isla, un (1) representante del sector académico especializado en dicha área y un (1) representante de la clientela familiar.

Los miembros que representan al sector privado serán nombrados por el Gobernador de Puerto Rico y ocuparán sus cargos por el término de tres (3) años consecutivos o hasta que sus sucesores sean nombrados y tomen posesión. El Gobernador podrá renovar el nombramiento de dichos representantes, así como destituirlos por causa justificada, previa notificación.

(b) Los gastos de la Comisión se pagarán de acuerdo a la reglamentación que emita ésta al efecto.

(c) La Comisión se reunirá por lo menos una (1) vez cada mes. El Presidente podrá convocar a otras reuniones de la Junta, previo aviso, con no menos de cuarenta y ocho (48) horas de antelación. Nueve (9) de sus miembros constituirán quórum. En toda determinación que tome la Junta deberá haber quórum y se aprobará con el voto afirmativo de la mayoría de los miembros de la Comisión que estén presentes.

### Artículo 4.- Responsabilidades

(a) La Comisión se constituirá dentro de los treinta (30) días, después de aprobada esta Ley, y adoptará aquellas reglas o reglamentos que estime necesarios e iniciará los trabajos conducentes a preparar el Plan de Acción que permita la implantación de la política pública que se define y se establece en la presente Ley.

(b) Para ello es necesario analizar la magnitud del problema del suicidio en Puerto Rico, identificar los servicios existentes, determinar los servicios adicionales necesarios y desarrollar el plan de acción donde se integren los esfuerzos del gobierno central, de los gobiernos municipales, del sector privado y de aquellas entidades sin fines de lucro que atienden este problema.

(c) La Comisión será responsable de remitir al Gobernador y a la Asamblea Legislativa de Puerto Rico copia del Plan de Acción. Será responsable, además, de instrumentarlo.

(d) La Comisión someterá a la atención del Gobernador y de la Asamblea Legislativa un informe de progreso y logros cada año.

(e) La Comisión establecerá una estructura administrativa constituida en principio pero no limitada a un Director (a) Ejecutivo (a) y un Secretario (a) que facilite y dé seguimiento a los trabajos de la Comisión.

#### Artículo 5.- Plan de Acción

El plan de acción deberá incluir:

(a) adiestramiento a los profesionales de ayuda;

(b) iniciativas dedicadas a la prevención del suicidio;

(c) estrategias para responder en situaciones donde exista riesgo de suicidio o que haya intentado quitarse la vida;

(d) programas para promover tratamientos seguros y efectivos para las personas en riesgo por haber mostrado un comportamiento suicida;

(e) mecanismos para ofrecer apoyo a individuos o familiares que han perdido una persona por suicidio;

(f) el desarrollo de estrategias efectivas para la prevención del suicidio;

(g) la promoción de accesibilidad a los servicios de salud mental, que permita a toda persona en riesgo de suicidio recibir los servicios, fuera de todo estigma social;

(h) cualquier otra acción que la Comisión entienda pertinente.

#### Artículo 6.- Asignación Presupuestaria

Los fondos para el inicio del funcionamiento de la Comisión estarán consignados dentro del presupuesto del Departamento de Salud, y en años subsiguientes se prorratearía en partes iguales entre las agencias públicas que integren la Comisión.

#### Artículo 7.- Vigencia

Esta Ley empezará a regir inmediatamente después de su aprobación.

## II. Enmiendas a la Ley Número 227 de 12 de agosto de 1999

### **Ley Núm. 283 9/29/2012 Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio**

Para enmendar el Artículo 3 de la Ley Núm. 227-1999, según enmendada, conocida como “Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio”, a los fines de incluir representación de los municipios en la Comisión para la Prevención del Suicidio.

### **Ley Núm. 76 7/16/2010 Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio**

Para redesignar el actual inciso (h) como inciso (i); y añadir un nuevo inciso (h) al Artículo 5 de la Ley Núm. 227 de 12 de agosto de 1999, según enmendada, titulada “Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio”, a fin de requerir la implantación de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio en toda agencia, corporación pública, municipios, instrumentalidades del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, escuelas públicas y privadas, centros de servicios a personas de edad avanzada y cualquier entidad u organización que reciba fondos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico; y para fortalecer los esfuerzos de prevención e intervención dirigidos al manejo de personas en riesgo de cometer suicidio y disponer que la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio, del Departamento de Salud, proveerá asistencia para la elaboración e implantación de los mismos; y para otros fines.

### **Ley Núm. 180 9/1/2006 Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio**

Para añadir los incisos (f) y (g) al Artículo 4 de la Ley Núm. 227 de 12 de agosto de 1999, conocida como la “Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio”, a los fines de disponer entre las responsabilidades de la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio el asesorar en el diseño y coordinar con el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, con las Juntas Examinadoras adscritas al Departamento de Salud o cualquier otra Junta Examinadora establecida mediante legislación en Puerto Rico que tenga inherencia sobre el problema del comportamiento del suicidio que dentro de los planes de educación continuada para cada una de las profesiones reglamentadas que trabajen dicha manifestación, se establezcan cursos de educación continuada sobre la identificación de factores de riesgo para conducta suicida, así como la detección temprana, manejo y referido apropiado de comportamientos suicidas; y el deber de la Comisión de preparar un Plan Estratégico en donde se establezcan cuáles son las responsabilidades específicas de cada agencia que pertenece al Comité en cuanto

al cumplimiento del Plan de Acción establecido en el Artículo 5 de esta Ley para así pueda ser implantado dentro de sus dependencias para que puedan cumplir con todos los departamentos y disposiciones de esta Ley.

**Ley Núm. 313 12/31/2002 Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio**

Para enmendar el primer párrafo del inciso (a) del Artículo 3 de la Ley Núm. 227 de 12 de agosto de 1999, conocida como “Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio”, a fin de autorizar al Secretario del Departamento de Salud a delegar, en un representante, su participación ante la Comisión.

**Ley Núm. 227 8/12/1999 Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio**

Para establecer e implantar la política pública dirigida a atender el problema de comportamiento suicida y a esos fines crear la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio, establecer sus deberes y responsabilidades y asignar recursos fiscales.

### III. Aspectos legales del suicidio en Puerto Rico

Es importante resaltar la pertinencia de atender adecuadamente las situaciones de riesgo de suicidio, ya que pueden arrastrar consigo múltiples implicaciones legales si las mismas son manejadas de forma negligente. Se debe tener cautela antes, durante y después de las intervenciones, delimitando alcances, obligaciones y responsabilidades, y teniendo en cuenta el deber de salvaguardar el bienestar de la persona en riesgo, y en la medida que sea posible, la confidencialidad. Es preciso conocer las implicaciones legales en cuanto al tema, y que las mismas sean compartidas y discutidas con el Departamento de Asuntos Legales de cada agencia.

A continuación se presentan varios de los aspectos que deben ser considerados:

#### **Responsabilidad de los profesionales de la salud ante riesgo de suicidio:**

La Ley de Salud Mental de Puerto Rico (Núm. 408 de 2 de octubre de 2000, según enmendada), establece que cuando una persona le comunique a un médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero en rehabilitación, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud sobre su intención de cometer suicidio o automutilación, o cuando tales profesionales entiendan a base del comportamiento del paciente que éste puede intentar tales actos, el médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero en rehabilitación, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud tendrá el deber de advertir a un familiar sobre la posibilidad de que se intente la ejecución del acto.

En caso de que la intención de cometer suicidio o automutilación sea comunicada a otro profesional de salud mental, éste lo debe comunicar de inmediato al psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero en rehabilitación, consejero profesional o cualquier otro profesional de la salud, a cargo de prestar los servicios de salud mental a la persona, y así lo debe hacer constar en el expediente clínico.

En aquellas situaciones en las que el profesional entienda que la persona que profiere la intención de cometer suicidio o automutilación reúne los criterios para ser hospitalizado, debe iniciar los procedimientos para su hospitalización voluntaria o involuntaria.

Cuando un profesional de la salud determine que una situación en particular requiere que se ejerza el deber de advertir a un familiar, quedará exento de responsabilidad civil, siempre que no exista negligencia crasa en el cumplimiento de su deber. Estos profesionales de salud mental, que de buena fe ejerzan su deber de advertir, no incurrirán en violación del privilegio médico-paciente, o del privilegio psicoterapeuta-paciente.

#### **Responsabilidad civil de las personas que intervienen en caso de amenaza de suicidio**

En Puerto Rico las leyes no obligan al ciudadano a actuar en caso de presenciar una situación de riesgo de pérdida de la vida o la propiedad ajena. El deber de actuar en casos de inminente peligro a la vida es uno de carácter moral no legal. Cuando un ciudadano decide



intervenir en una situación donde está en riesgo la vida de otra persona, lamentablemente no cuenta con la protección de una inmunidad establecida por ley, a menos que sea uno de los profesionales mencionados en la conocida Ley del Buen Samaritano, y que actúe conforme a los requisitos establecidos en la misma.

La Ley Núm. 139 de 3 de junio de 1976, según enmendada, conocida como “Ley del Buen Samaritano”, exime de responsabilidad a los médicos, estudiantes de medicina, enfermeros(as), los voluntarios de la Cruz Roja Americana, voluntarios de la Agencia Estatal para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres de Puerto Rico, policías, entre otros, que causen daños al socorrer a una persona en ocasión de una emergencia. Esta ley está dirigida a proteger a ciertos profesionales de la salud y ciudadanos adiestrados en el manejo de emergencias, cuando dichos profesionales brindan sus servicios en casos de emergencia y fuera del ámbito de sus respectivos trabajos.

Sin embargo, aunque nuestras leyes no conceden inmunidad a todo ciudadano que intervenga en una situación de emergencia, no toda persona que intervenga en una situación que resulte en la muerte por suicidio de otra persona será responsable civilmente por dicha muerte. Para que una persona sea hallada civilmente responsable en un caso donde ésta haya intervenido para salvar la vida de otra persona tienen que probarse los siguientes elementos: que ocurrió un daño, que ese daño fue causado por la acción u omisión de la persona demandada, y que la acción u omisión de la persona demandada fue culposa o negligente (la culpa o negligencia es la falta del debido cuidado). **En este caso, alejarse por completo de lo establecido en este protocolo, luego de haber recibido orientación sobre el mismo, podría ser visto como actuar culposa o negligentemente.**

En el caso de los empleados(as) del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus agencias e instrumentalidades, éstos(as) gozan de inmunidad cuando son demandados por acciones que están dentro del marco de sus funciones, cargo o empleo. En general, los empleados del Gobierno de Puerto Rico no serán hallados responsables en una demanda civil cuando las actuaciones que se imputen en la demanda hayan ocurrido a causa de actos u omisiones incurridas de buena fe, en el curso de su trabajo o gestión a favor del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o de alguna de sus entidades gubernamentales, y dentro del marco de sus funciones oficiales. Para gozar de esta protección, además de lo señalado, las actuaciones que se imputan en la demanda no pueden constituir delito. Por ejemplo, si un empleado interviene con una persona que ha expresado su intención de suicidarse y dicho empleado lo incita a finalizar el acto, el empleado está cometiendo un delito y por lo tanto no tendrá la protección que las leyes establecen para los empleados(as) públicos.

Debemos recordar que la incitación al suicidio está tipificado como delito en Puerto Rico. Nuestro Código Penal establece que toda persona que ayude o incite a otra persona a cometer o iniciar la ejecución será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de ocho (8) años.



**Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores  
(Ley Núm. 246 del año 2011)**

Esta ley establece la responsabilidad del Estado, de sus empleados y funcionarios, de velar por la protección y el bienestar de los menores a su cargo. Incluye aspectos de maltrato institucional y maltrato por negligencia, los cuales pueden aplicar en situaciones de riesgo suicida que no sean manejados adecuadamente. Esta ley por ejemplo, obliga a las agencias e instrumentalidades gubernamentales a ofrecer protección a los menores en situaciones de emergencia incluyendo: transportación, coordinación de servicios médicos, custodia de emergencia y cualquier otro servicio necesario hasta tanto intervenga el Departamento de la Familia. También obliga al personal de las agencias a apoyar a los menores en situaciones potencialmente traumáticas, entre otras responsabilidades. Es imprescindible que el personal escolar revise esta ley y conozca sus implicaciones en el trabajo que desempeñan.

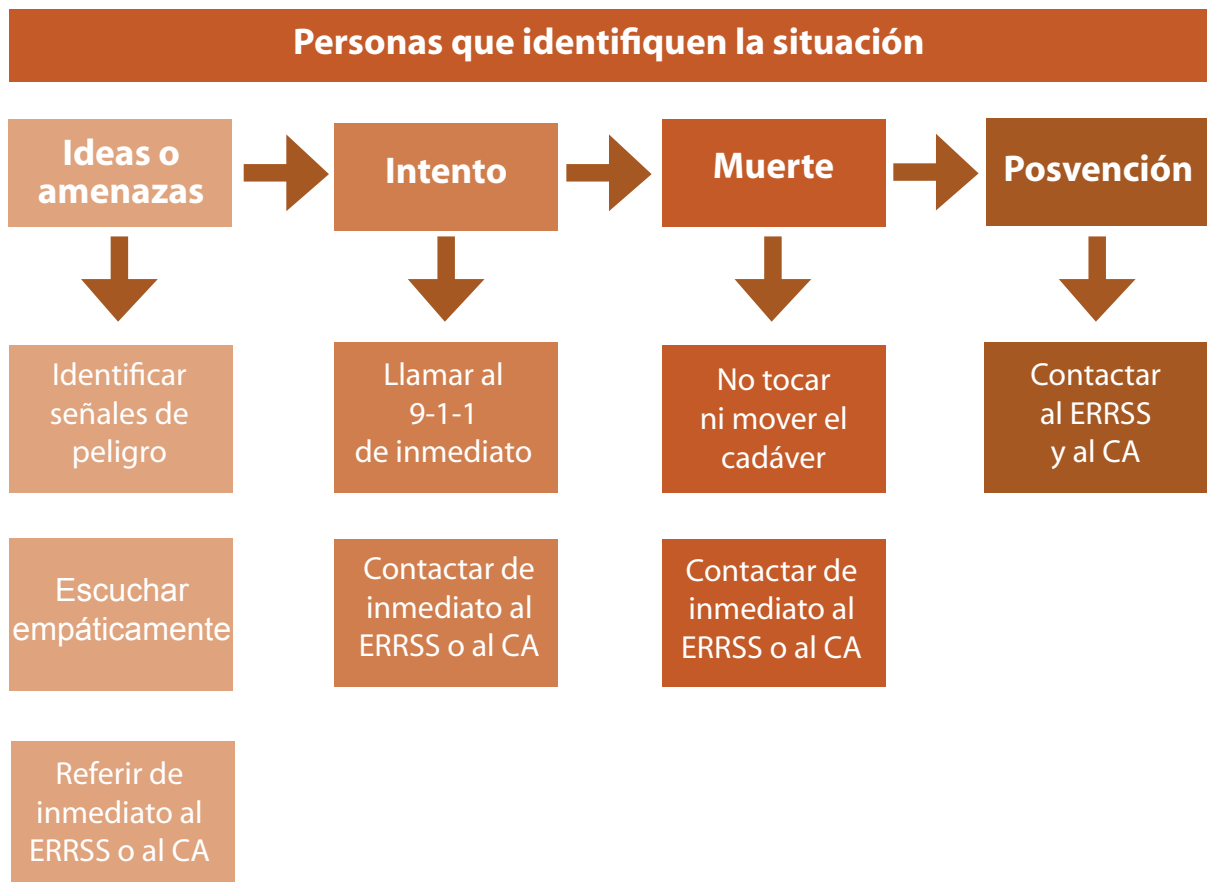
## IV. Pasos a seguir para radicar solicitud de admisión involuntaria (Ley Núm. 408)

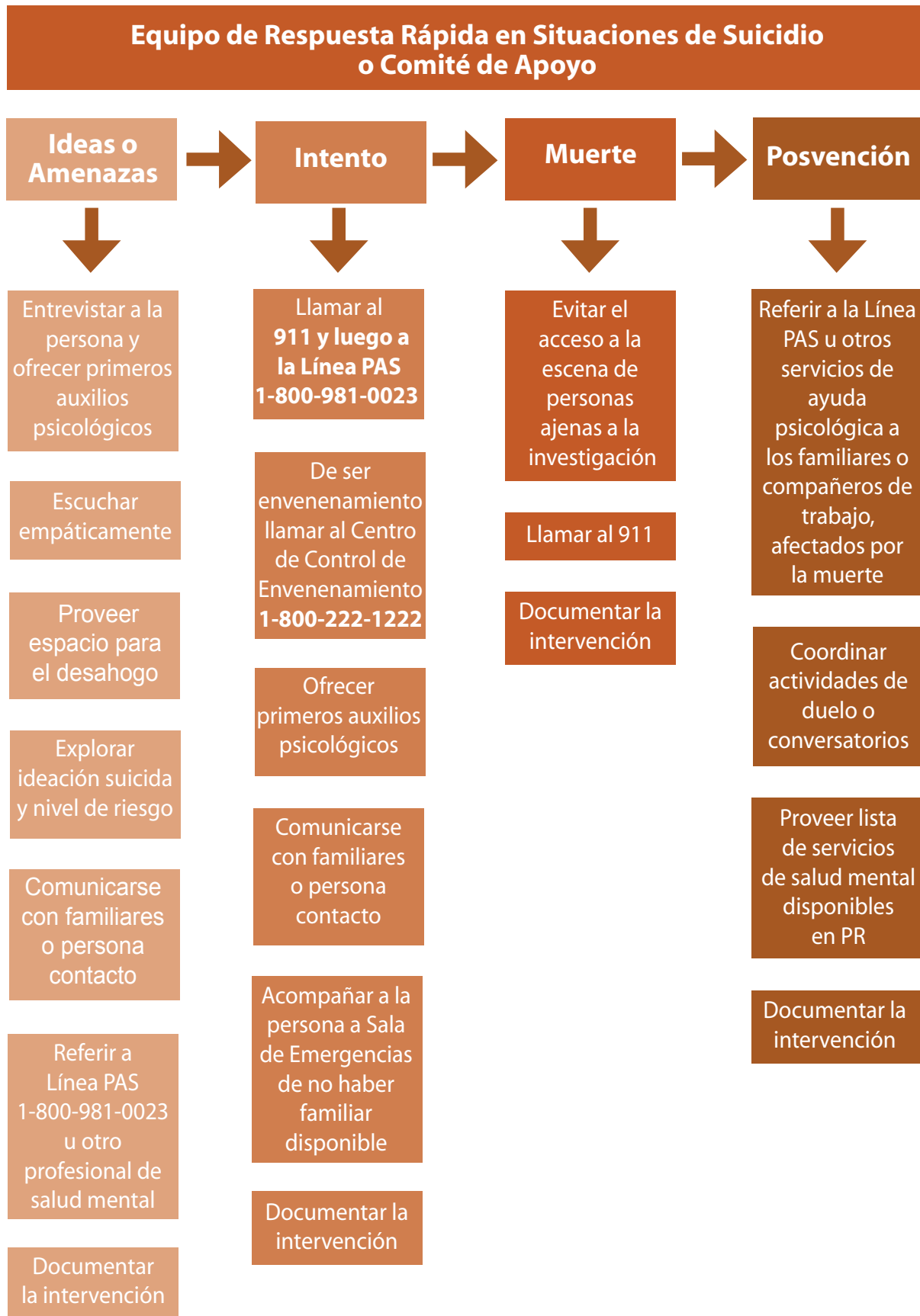
1. Llegar al Tribunal de Primera Instancia y dirigirse a la Sala de Investigaciones.
2. Solicitar al alguacil de turno el formulario para solicitar la “Ley 408” y especificar que se trata de una orden involuntaria para una evaluación psiquiátrica en sala de emergencia.
3. Llenar el formulario con la siguiente información:
  - a. Nombre completo (incluye los dos apellidos) de la persona a quien se le radicará la Ley.
  - b. Dirección física de la persona (dónde se encuentra actualmente y dónde reside).
  - c. Teléfono de la persona para quien se solicita la Ley.
  - d. Breve descripción de la conducta presentada (especificar la conducta por la cual se piensa que hay riesgo suicida).
  - e. Identificación del solicitante, información personal de éste y relación con la persona para quien se solicita la Ley.
4. Del tribunal expedir la orden, se le dará al solicitante tres copias que se distribuyen de la siguiente manera:
  - a. Una copia para el hospital.
  - b. Una copia para la ambulancia,
  - c. Una copia para el policía (si éste no la requiere, la persona que solicitó la misma puede quedarse con la copia).

## V. Flujogramas para el manejo del comportamiento suicida

A continuación se presentan dos flujogramas, en los que de forma resumida, se detallan los pasos a seguir en casos de comportamiento suicida de parte de compañeros de trabajo, clientes de la agencia o instrumentalidad gubernamental o cualquier otra persona que muestre señales de riesgo de suicidio dentro del ámbito laboral o académico. **El primer flujograma aplica para aquellas personas que inicialmente identifiquen la situación. El segundo flujograma, aplica al personal del ERRSS o del CA.**

### Manejo del comportamiento suicida





## VI. Recomendaciones de qué preguntar y qué actitud asumir durante la intervención

### Cómo, cuándo y qué preguntar sobre la conducta suicida

#### Cómo preguntar

- ¿Se siente infeliz o indefenso?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece vivirse?
- ¿Siente deseos de cometer suicidio?

#### Cuándo preguntar

- Después de que se haya establecido una relación de confianza y que la persona se sienta comprendida.
- Cuando la persona se sienta cómoda expresando sus sentimientos.
- Cuando la persona está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad e impotencia.

#### Qué preguntar

- Para descubrir la existencia de la ideación suicida:
- Le voy a hacer una pregunta delicada y personal, ¿todos esos problemas lo han llevado a pensar en el suicidio? ¿Está pensando usted en suicidarse?
- Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado un plan suicida:
- ¿Ha considerado algún plan para acabar con su vida?
- ¿Cómo o con qué ha pensado quitarse la vida?
- ¿Tiene disponible el método del cual me habló?
- ¿Dónde lo tiene o cómo se propone conseguirlo?
- ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida?

1. Tomado de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida: I Evaluación y Tratamiento, del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t), 2010.

**Actitud que se debe tener durante la intervención**

- Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal.
- Comunicar disposición de ayudar.
- Evitar comentarios de crítica o desaprobación.
- No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta.
- Mostrar calma y seguridad.
- Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a evaluar el riesgo suicida, pero evitar preguntas morbosas.
- Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes.
- Atender no sólo a lo que la persona dice, sino también a su expresión, gestos, tono de voz, etc.
- Ante cualquier señal de ideación suicida se requiere acción inmediata. A mayor sospecha de riesgo suicida, mas directiva debe ser la actuación.

---

2. Ibid

## VII. Criterios para medir el nivel de riesgo suicida

### Riesgo bajo

Presencia de pensamientos de muerte o de suicidio, esporádicos, sin un plan para cometer el acto suicida ni historial de intentos previos.

### Riesgo moderado

Ideaciones recurrentes y planes suicidas, con pensamientos sobre posible/s método/s para llevar a cabo el suicidio, pero sin plan estructurado (es decir, sin tener disponible el método a utilizarse, ni haber definido dónde ni cuándo se va a suicidar).

### Riesgo alto

Tener un plan estructurado para cometer el suicidio (cuándo, cómo, dónde), con la intención de realizarlo. Puede incluir alguna o varias de las siguientes señales, las cuales aumentan el nivel de riesgo:

- Historial de intentos suicidas previos
- Historial de depresión u otra condición de salud mental
- Alucinaciones con órdenes de hacerse daño o suicidarse
- Uso de sustancias: drogas o alcohol
- Ausencia de red de apoyo: familiares, pareja o amigos

## VIII. Estrategias de prevención primaria

Las estrategias e intervenciones de prevención primaria son aquellas que se enfocan en reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección relacionados con la ideación y el comportamiento suicida. La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF han definido la prevención primaria como actos destinados a preservar la salud física y mental de la persona que está sana o aparenta estar sana. El fin es fortalecer, proteger y mejorar la salud física y mental, informando y educando a la población sobre estilos de vida saludables y los factores de protección que puedan influenciar en disminuir o eliminar el comportamiento suicida. El ERRSS y el CA serán los encargados de implantar las estrategias de prevención en sus respectivas agencias teniendo en cuenta la particularidad de la misma. Algunos ejemplos de estrategias y actividades que pueden ser desarrollados son los siguientes:

### I- Dirigida a diferentes poblaciones:

#### Niños:

- a. Talleres de identificación y expresión de emociones en las escuelas a través de actividades artísticas como dibujo y pintura.
- b. Talleres de fortalecimiento del auto-concepto y la comunicación asertiva a través del juego y el "role-playing".
- c. Actividades grupales que fomenten la participación, la integración y el sentido de pertenencia (centros comunales, iglesias y/o escuelas).
- d. Talleres sobre estrategias para la resolución de conflictos.
- e. Promover la identificación de niños con posibles trastornos mentales, problemas de conducta o dificultades en el hogar para un referido inmediato a un profesional de la salud mental.
- f. Servicios de psicoterapia a nivel individual.

#### Adolescentes:

- a. Talleres sobre técnicas y estrategias para la resolución de conflictos.
- b. Talleres sobre auto-concepto y auto-estima.
- c. Talleres sobre desarrollo de inteligencia emocional.
- d. Fortalecimiento para la prevención del uso y abuso del alcohol y las sustancias controladas.
- e. Talleres sobre estrategias para desarrollar un lenguaje asertivo y cómo enfrentar situaciones estresantes.



- f. Proyecto de cooperativa de jóvenes para desarrollar el trabajo en equipo, el liderazgo, la responsabilidad y el sentido de pertenencia.
- g. Módulo de técnicas para afrontar y enfrentar el acoso escolar y cibernético.
- h. Prevención de problemas psicosociales como embarazo precoz, y violencia de género, entre otras.
- i. Talleres de sensibilización sobre los trastornos mentales y el comportamiento suicida.
- j. Talleres sobre cómo identificar señales de riesgo de suicidio y cómo ayudar a una persona que presenta estas señales.
- k. Servicios de psicoterapia o consejería a nivel individual o grupal.

**Adultos:**

- a. Talleres para sensibilización y conocimiento de los trastornos mentales en general.
- b. Promoción de los servicios de salud física y mental en el escenario de trabajo.
- c. Asesoría sobre asuntos económicos y financieros.
- d. Taller sobre estrategias para resolver problemas.
- e. Taller sobre inteligencia emocional.
- f. Talleres sobre comunicación asertiva.
- g. Talleres sobre auto-estima y auto-cuidado.
- h. Promoción de la integración social mediante la creación de grupos deportivos y/o asociaciones en el área laboral o comunal.
- i. Talleres de desarrollo profesional.
- j. Talleres sobre cómo identificar señales de riesgo de suicidio y cómo ayudar a una persona que presenta estas señales.
- k. Servicios de psicoterapia o consejería a nivel individual o grupal.

**Adultos mayores:**

- a. Mayor accesibilidad a los servicios de salud física y mental.
- b. Desarrollo de programas para la reinserción en la vida activa.
- c. Creación de grupos y/o asociaciones para viajes o trabajo voluntario.

- d. Taller para conocimiento y uso de los medios electrónicos de comunicación.
- e. Realización de actividades recreacionales vinculadas con la naturaleza y/o lugares históricos o culturales.
- f. Talleres sobre cómo identificar señales de riesgo de suicidio y cómo ayudar a una persona que presenta estas señales.
- g. Creación de grupos de apoyo para evitar el aislamiento. Asesoría sobre servicios de salud física y mental disponibles y mejoramiento al acceso a éstos.
- h. Servicios de psicoterapia o consejería a nivel individual o grupal.

## II- Dirigido a profesionales:

### Maestros:

- a. Talleres, charlas o conferencias sobre:
  - Prevención del suicidio en el escenario escolar.
  - Protocolo del manejo del comportamiento suicida en la escuela.
  - Manejando la muerte y el duelo en el escenario escolar.
  - Manejo de emociones del maestro ante la conducta suicida.
  - Estrategias para manejar el acoso escolar y cibernético.
  - Prevención en violencia escolar.
  - Inteligencia emocional aplicada para resolver problemas con estudiantes.
  - Mejorando la comunicación entre padres y maestros.
  - Alcoholismo y drogadicción en la escuela.
  - ¿Cómo reconocer trastornos mentales en nuestros estudiantes y qué hacer?

### Profesionales de la salud:

- a. Técnicas de entrevistas para identificar ideación suicida.
- b. Taller para identificar señales de peligro y saber cómo intervenir.
- c. Programas educativos para la sensibilización del problema del suicidio.
- d. Taller para facilitar herramientas de ayuda diagnóstica de trastornos mentales.

**Funcionarios:**

- a. Proveer espacio a los empleados para discutir asuntos internos y/o problemas laborales.
- b. Dinámicas de grupo para promover la integración en el área laboral.
- c. Talleres de sensibilización a los trastornos mentales y la conducta suicida.
- d. Técnicas de entrevistas para identificar ideación suicida.
- e. Taller para identificar señales de peligro.
- f. Protocolo del manejo del comportamiento suicida en el trabajo.
- g. Taller sobre manejo de conflictos en el escenario laboral.

## IX. Argumentos y contra-argumentos sobre el suicidio

Para atender algunos de los supuestos o creencias sobre el suicidio, se presentan a continuación una serie de argumentos y contra-argumentos que podrían ser útiles en situaciones en las que hay una idea o amenaza suicida<sup>1</sup>:

Argumento	Contra-argumento
El suicidio es libre, voluntario y lo elijo tras pensarlo.	El suicidio no es, habitualmente, el resultado de una posición filosófica. Si no tuvieras una situación problemática no pensarías en suicidarte. Lo que mueve al suicidio es la desesperación y la supuesta falta de alternativas. Estás siendo controlado por tus sentimientos y emociones, por lo tanto no es una decisión libre.
El suicidio es la única solución, no hay otra.	¿El suicidio es la única solución que se te ocurre o ves posible? ¿Realmente has agotado todas las posibles soluciones para manejar la situación que está provocándote este inmenso malestar? A veces el punto de vista de otras personas o de profesionales de ayuda es más abarcador, ya que estarían viendo la situación desde otra perspectiva o te pudieran sugerir algo que aún tú no has contemplado o que a otras personas sí les ha funcionado.
No seré una carga para mi familia.	Por el contrario, si te suicidas, ellos estarán devastados y entonces estarán enfrentando una verdadera carga, sobretodo emocional.
No me sentiré mal nunca más.	No sabemos con certeza qué ocurre después de la muerte por lo que no hay garantías de que te sentirás bien. Además, puedes estar privándote de hermosas y mejores oportunidades.
He fallado en todo, pero puedo quitarme la vida.	Quizás sientes que has fallado hasta ahora, pero eso no significa que tienes que seguir fallando. ¿Qué tal si te ayudo a explorar alternativas distintas?

1. Tomado del *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida* (2013) del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.

## X. Directorio de servicios de ayuda

<b>Líneas para manejo de Emergencias</b>	
Línea de Emergencia	9-1-1
Línea PAS de ASSMCA (Carr. # 2 Km 8.2, Bo. Juan Sánchez, Antiguo Hospital Mepsi Center, Bayamón)	1-800-981-0023
Red Nacional para la Prevención del Suicidio	1-888-628-9454
National Suicide Prevention Lifeline (tienen servicio bilingüe)	1-800-273-8255
Centro de Control de Envenenamiento	1-800-222-1222
Policía de Puerto Rico (Cuartel General)	(787) 793-1234
Línea de Suicidio - Hospital de Veteranos National Suicide & Crisis Hotlines	(787) 622-4822, 1-866-712-4822
<b>Hospitales Psiquiátricos</b>	
Hospital de Psiquiatría General Dr. Ramón Fernández Marina (Centro Médico), Río Piedras	(787) 766-4646
First Hospital Panamericano Cidra (Adolescentes - Adultos), Cidra	(787) 739-5555
Hospital Psiquiátrico de Niños y Adolescentes (UPHA) Hospital Regional de Bayamón (Niños - Adolescentes), Bayamón	(787) 780-6090, 740-1925
Hospital San Juan Capestrano (Adultos), Trujillo Alto	(787) 760-0222, 625-2900

Hospital Metropolitano Dr.Tito Mattei Unidad de Medicina Conductual (Adultos), Hato Rey	(787) 754-0909, 641-2323
Hospital Metropolitano Cabo Rojo (Adultos), Cabo Rojo	(787) 851-2025, 851-0833
Hospital UPR(Adultos), Carolina	(787) 757-1800 Ext 620
Panamericano Ponce Hospital de Damas (Adultos), Ponce	(787) 842-0045,0047,0049
Panamericano San Juan Hospital Auxilio Mutuo (Adultos), San Juan	(787) 523-1500,1501
Hospital Menonita CIMA (Adultos), Aibonito	(787) 714-2462
<b>Centros de Salud mental de ASSMCA Niños y Adolescentes</b>	
Centro de Salud Mental de Bayamón	(787) 779-5939 (787) 786-7408, 1012, 7373, 7709
Centro de Salud Mental de Mayagüez Directo Centro de Prevención ASSMCA	(787) 805-3895 (787) 833-2193, 2193, 0663 y/o 832-2325
Clínica de Niños y Adolescentes de Río Piedras	(787) 777-3535, 764-0285
Tasc Juvenil Bayamón	(787) 620-9740 Ext. 2661 o 2688
Tasc Juvenil Caguas	(787) 745-0630
Tasc Juvenil San Juan	(787) 641-6363 Ext. 2352
UTAINAF Arecibo	Email: nbarbot@assmca.pr.gov
UTAINAF Ponce	Email: acapa@assmca.pr.gov
UTAINAF Vieques	(787) 741-4767

<b>Centros de Salud Mental de ASSMCA Adultos</b>	
Centro de Salud Mental de Arecibo	(787) 878-3552, 3770
Centro de Salud mental de San Patricio	(787) 706-7949
Centro de Salud Mental de Mayagüez	(787) 833-0663 ó 831-3714, 2095
Centro de Salud mental de Moca	(787) 877-4743, 4744
Centro de Salud mental de Vieques	(787) 741-4767
<b>Clínicas Ambulatorias</b>	
Centro de Acceso y Tratamiento Panamericano Bayamón	(787) 778-2480
Centro de Acceso y Tratamiento Panamericano Manatí	(787) 854-0001
Centro de Acceso y Tratamiento Panamericano Humacao	(787) 285-1900
Centro de Acceso y Tratamiento Panamericano Caguas	(787) 286-2510
Centro de Acceso y Tratamiento Panamericano Hato Rey	(787) 758-4556 o 4845
Centro de Acceso y Tratamiento Panamericano Ponce	(787) 812-1512 o 284-5093
Sistema San Juan Capestrano Clínica Parcial, Hatillo	(787) 878-0742

Sistema San Juan Capestrano Clínica Parcial, Condado	(787) 725-6000
Sistema San Juan Capestrano Clínica Parcial, Manatí	(787) 884-5700
Sistema San Juan Capestrano Clínica Parcial, Carolina	(787) 769-7100
Sistema San Juan Capestrano Clínica Parcial Mayagüez	(787) 265-2300
Sistema San Juan Capestrano Clínica Parcial Caguas	(787) 745-0190
Sistema San Juan Capestrano Clínica Parcial, Humacao	(787) 850-8382
Sistema San Juan Capestrano Clínica Parcial, Bayamón	(787) 740-7771
Sistema San Juan Capestrano Clínica parcial, Ponce	(787) 842-4070
INSPIRA Hato Rey	(787) 753-9515
INSPIRA Caguas	(787) 704-0705
INSPIRA Bayamón	(787) 995-2700
INSPIRA San Juan	(787) 296-0555
Clínica de APS Bayamón	(787) 288-4567
Clínica de APS Naranjito	(787) 869-0990
Clínica de APS Arecibo	(787) 815-5317



Clínica de APS Manatí	(787) 884-5975
Clínica de APS Carolina	(787) 762-4099
Clínica de APS Río Grande	(787) 887-6110
Clínica de APS Humacao	(787) 850-0519
Clínica de APS Caguas	(787) 744-0987
Clínica de APS Cidra	(787) 714-0315
Clínica de APS Vieques	(787) 741-0140
Clínica de APS Culebra	(787) 642-0001
Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras	(787) 764-0000 ext. 3545
Clínica de la Universidad Carlos Albizu	
Clínica de Servicios Psicológicos de la Universidad del Turabo	(787)-743-7979 ext. 4466
<b>Hospitales y Residenciales</b>	
Hospital de Psiquiatría Dr. Ramón Fernández Marina (Centro Médico) Lcdo. Miguel Bustelo Dra. Brunilda L. Vázquez Bonilla	Email: bvazquez@assmca.pr.gov (787) 766-4646
Hospital de Psiquiatría Forense de Río Piedras	(787) 764-3657 o 8019 Ext. 2212, 2114
Hospital de Psiquiatría Forense de Ponce	(787) 844-0101
Residencial Varones Ponce	(787) 840-6835
Programa SERA San Patricio	(787) 783-0750

<b>Servicios de Rehabilitación</b>	
Servicios Rehabilitación Arecibo	(787) 878-3552 o 880-4058
Servicios Rehabilitación Bayamón	(787) 779-5940 o 786-1033
Servicios Rehabilitación Fajardo	(787) 860-1957
Servicios Integrados Cayey	(787) 738-3708, 2141
Servicios integrados San Germán	(787) 892-7011
Programa Vida independiente Trujillo Alto	(787) 760-1672 o 755-6800
<b>Centros de Consejería</b>	
Corporación S.A.N.O.S (Caguas)	(787) 745-0340
Sendero de la Cruz Hora: 8:00 a.m. a 6:00 p.m.- Con cita previa	(787) 764-4666
Servicios Sicológicos Integrales Torre Médica de San Jorge Children's Hospital- Con cita previa-Días laborables de M-S	(787) 727-1000
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación	(787) 765-2285 / 1-800-981-5721
Emergencias Sociales	(787) 749-1333 / 1-800-981-8333
Procuradora de la Mujer	(787) 721-7676
Línea de Emergencia para Beneficiarios del Seguro Social Libre de costo	1-800-772-1213

# Formularios



## ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO-DIVULGACIÓN

La información organizacional, que incluye pero no se limita a información financiera, información de salud protegida, que identifique al cliente y/o participante en un plan, información que identifique a un empleado o persona contratada, de cualquier fuente o en cualquier forma (papel, magnética, óptica, conversaciones, etc.) es confidencial. La confidencialidad, integridad y disponibilidad de esta información debe ser preservada. El valor y sensibilidad de esta información está protegida por ley. La intención de estas leyes es asegurar que la información se mantenga confidencial y se use con el único propósito de cumplir y llevar a cabo la Política Pública de Prevención de Suicidio en Puerto Rico.

Por tales motivos, a todos los miembros del Equipo de Respuesta Rápida en Situación de Suicidio (ERRSS) y del Comité de Apoyo (CA), parte de la fuerza laboral del NOMBRE DE LA AGENCIA, se le requiere firmar un acuerdo de confidencialidad donde los empleados...:

- Se comprometen a cumplir con todas las leyes y regulaciones estatales, federales, presentes y futuras, y con las políticas y procedimientos de la Política Pública para la Prevención de Suicidio relacionadas con la recopilación, almacenamiento, recuperación y diseminación de información del incidente con empleado, visitante y/o participante, entre otros.
- Se comprometen a limitar el acceso a la información suministrada por la persona atendida, a aquellos empleados que estén autorizados para manejar la misma y con el/la Director/a Ejecutivo/a de la Comisión para la Implantación de Política Pública en Prevención de Suicidio.
- Acuerdan ejercer la debida diligencia y cuidado al asignar personal para acceder información de la persona atendida.
- Se comprometen a respetar la confidencialidad de la información de los casos atendidos, incluso después de cesar sus labores como empleados de la institución o como miembros del ERRSS o CA, ya sea por renuncia o destitución de los equipos de trabajo, jubilación, renuncia del empleo o despido.

Cada declaración de confidencialidad será mantenida en archivo con llave. Se acuerda además, suministrar los nombres de todo el personal que tenga acceso a la información incluida en la *Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida* y certificar que el personal está autorizado para tener acceso a dicha información, según lo provisto por este acuerdo. Además, la

agencia donde trabajan los miembros del ERRSS y CA se reserva el derecho de desautorizar acceso a la información documentada, con o sin razón, y reanudar el suministro de dicha información una vez se asegure satisfactoriamente que las violaciones no ocurrieron o que las mismas han sido corregidas o eliminadas.

Por su parte, la agencia, por medio de su personal será responsable del mantenimiento, exactitud y seguridad de todos sus archivos y por el adiestramiento de su personal con relación a la confidencialidad de los datos.

### **Declaración de Confidencialidad**

Conforme a lo antes expuesto, yo \_\_\_\_\_, en calidad de empleado de \_\_\_\_\_ y miembro del ERRSS o CA, acepto y me comprometo a mantener en la más estricta confidencialidad la información obtenida y/o manejada en la intervención en comportamiento suicida, siguiendo los cánones, políticas y métodos de esta agencia. Dicha información sólo será utilizada para el servicio a prestar a la persona con comportamiento suicida y para informar las labores realizadas a la Comisión para la Prevención de Suicidio.

Al firmar este documento acepto que cualquier violación a la privacidad, confidencialidad y/o seguridad de la información de las personas atendidas, más allá de aquellos naturales e inevitables dentro del ambiente de trabajo en que se proveen los servicios, resultará en la terminación inmediata de mi participación en el ERRSS o CA, o hasta otras consecuencias de acuerdo a la magnitud del daño ocasionado.

Entiendo que la información recibida durante las intervenciones con personas con comportamiento de riesgo suicida, puede considerarse información de Salud Protegida bajo las disposiciones de la *Health Insurance Portability And Accountability Act*, (HIPAA), según enmendada y su reglamentación, la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, y la ley de Salud Mental de Puerto Rico, Ley Núm 408 de 2 de octubre de 2000, según enmendada, por lo cual me comprometo a resguardar la confidencialidad de la misma de conformidad con la legislación y reglamentación aquí citada.

Firma de la Persona o Empleado		Fecha
Nombre del Representante de la Entidad		
Firma del Representante de la Entidad		Fecha



**HOJA PARA DOCUMENTAR LOS CASOS ATENDIDOS  
CON COMPORTAMIENTO SUICIDA**

**A. Información socio-demográfica**

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**B. Información del evento:**

Situación:         Idea         Amenaza         Intento         Muerte

**C. Se conoce si hubo intentos previos:**

No ha tenido intentos previos ( )

Sí ha tenido intentos previos ( ) Cuántos \_\_\_\_\_ Fecha del intento más reciente: \_\_\_\_\_

Se desconoce ( )

**D. Breve resumen del evento actual:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Agencia o Institución: \_\_\_\_\_

Personas que atendieron el caso: \_\_\_\_\_

Área de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**E. Intervención:**

Referido a la Línea PAS – Persona Contacto: \_\_\_\_\_

Referido al 911- Persona Contacto: \_\_\_\_\_

Referido a Centro de Control de Envenenamiento- Persona Contacto: \_\_\_\_\_

Se contactó a un familiar, amigo o compañero de trabajo

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Números de teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**F. Comentarios (de ser necesario):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**G. Información del miembro del ERRSS o CA que atendió el caso:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Miembro del ( ) ERRSS ( ) CA

**H. Información de la persona que llenó este documento:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Miembro del ( ) ERRSS ( ) CA





**INFORME SEMESTRAL DE LABORES REALIZADAS  
POR EL ERRSS Y CA**

**Período:**

**Enero a junio**

**Julio a diciembre**

**Año:** \_\_\_\_\_

**A. Información de la agencia o institución**

Agencia o entidad: \_\_\_\_\_

Persona que documenta el Informe: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_

**B. Resumen de casos atendidos durante el semestre:**

Total de casos atendidos: \_\_\_\_\_

Cantidad de casos por situación:

**Solo ideación suicida:** \_\_\_\_\_ (total)

Desglose por género y edad:

<b>Grupo de edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Menores de 15 años		
15 – 19 años		
20 – 24 años		
25 – 29 años		
30 – 34 años		
35 – 39 años		
40 – 44 años		
45 – 49 años		
50 – 54 años		
55 – 59 años		
60 – 64 años		
65 años o más		

**Amenaza suicida:** \_\_\_\_\_ (total)

Desglose por género y edad:

<b>Grupo de edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Menores de 15 años		
15 – 19 años		
20 – 24 años		
25 – 29 años		
30 – 34 años		
35 – 39 años		
40 – 44 años		
45 – 49 años		
50 – 54 años		
55 – 59 años		
60 – 64 años		
65 años o más		

**Intento suicida:** \_\_\_\_\_ (total)

Desglose por género y edad:

<b>Grupo de edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Menores de 15 años		
15 – 19 años		
20 – 24 años		
25 – 29 años		
30 – 34 años		
35 – 39 años		
40 – 44 años		
45 – 49 años		
50 – 54 años		
55 – 59 años		
60 – 64 años		
65 años o más		

**Muerte por suicidio:** \_\_\_\_\_ (total)

Desglose por género y edad:

<b>Grupo de edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Menores de 15 años		
15 – 19 años		
20 – 24 años		
25 – 29 años		
30 – 34 años		
35 – 39 años		
40 – 44 años		
45 – 49 años		
50 – 54 años		
55 – 59 años		
60 – 64 años		
65 años o más		

**C. Intervención:**

Cantidad de referidos a la Línea PAS: \_\_\_\_\_

Cantidad de referidos al 911: \_\_\_\_\_

Cantidad de referidos a Centro de Control de Envenenamiento: \_\_\_\_\_

Se contactó a un familiar, amigo o compañero de trabajo: \_\_\_\_\_

Otros: especifique \_\_\_\_\_

**D. Actividades de prevención primaria realizadas:**

Conferencias \_\_\_\_\_

Talleres \_\_\_\_\_

Distribución de material \_\_\_\_\_

Orientaciones \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

**E. Resumen de actividades realizadas:**

Actividad	Recurso	Fecha	Lugar	Número de participantes

**F. Comentarios:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Miembro del:            ( ) ERRSS            ( ) CA

**HOJA DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD  
DE LA PERSONA EN RIESGO**

Yo \_\_\_\_\_, vecino de \_\_\_\_\_,  
he sido debidamente informado y orientado respecto a los servicios de salud mental disponibles para mí. Relevo de toda responsabilidad al Gobierno de Puerto Rico y al \_\_\_\_\_  
(nombre de la agencia) de cualquier suceso relacionado con mi integridad física. Esta declaración la hago el día de hoy \_\_\_\_\_ en plena posesión de mis facultades mentales.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

**HOJA DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD  
DE FAMILIAR, AMIGO O VECINO**

Yo \_\_\_\_\_, vecino de \_\_\_\_\_,  
relevo de toda responsabilidad al Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y al  
\_\_\_\_\_ (nombre de la agencia) de cualquier suceso relacionado con  
\_\_\_\_\_, de quien soy \_\_\_\_\_ y  
quien se me solicitó custodiara en el día de hoy \_\_\_\_\_ para buscarle ayuda  
con un profesional de la salud mental.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

**FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SIMULACRO**

**Agencia:** \_\_\_\_\_

Lugar donde se llevó a cabo el simulacro: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Descripción de la situación de riesgo: \_\_\_\_\_

Detalles del tipo de comportamiento suicida (ideación, amenaza o intento) y el nivel de riesgo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. Respuesta de la primera persona que identifica la situación:**

\_\_\_\_\_ Empleado o contratista de la agencia \_\_\_\_\_ Miembro del ERRSS \_\_\_\_\_ Miembro del CA

\_\_\_\_\_ Otro: especifique \_\_\_\_\_

<b>Pasos</b>	<b>Completamente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>N/A</b>
Identificó adecuadamente las señales de peligro.					
Tomó acción inmediata y favorable para ayudar a la persona en riesgo.					
Interactuó adecuadamente con la persona en riesgo.					
Alertó de inmediato al ERRSS o del CA.					
No dejó sola a la persona en riesgo.					

**II. Respuesta de las personas que realizaron la intervención para manejar la situación de riesgo (miembros del ERRSS o del CA):**

<b>Pasos</b>	<b>Completamente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>N/A</b>
Hizo contacto emocional adecuado.					
Proveyó espacio para el desahogo.					
Exploró cuál era la situación conflictiva y escuchó empáticamente.					
Preguntó adecuadamente si existe ideación suicida.					
Auscultó la severidad de la ideación suicida.					
Indagó sobre las razones para vivir y alternativas de la persona en riesgo.					
Estableció un buen plan de ayuda y se lo explicó correctamente a la persona en riesgo.					
Identificó y contactó de forma adecuada a un familiar o amigo de la persona en riesgo para que acudiera a la oficina y se hiciera responsable de la persona que manifiesta el comportamiento suicida.					
Coordinó adecuadamente los servicios de evaluación y manejo de crisis.					



<b>Pasos</b>	<b>Completamente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>N/A</b>
Llenó las hojas de relevo con la persona en riesgo y el familiar o amigo que se hará responsable de la persona que manifiesta comportamiento suicida y explicó su contenido e implicaciones de forma apropiada.					
En caso de amenaza o intento, contactó de manera simulada al 911 y comunicó adecuadamente la urgencia de la situación.					
En caso de intento suicida, alertó un médico o enfermera que estuviera cercano.					
En caso de envenenamiento contactó al Centro de Control de Envenenamiento.					
Ante sospecha de maltrato, contactó a la línea de emergencia.					
No dejó sola a la persona en riesgo.					
Restringió el acceso a todos los medios letales que pudieran estar accesibles.					

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DEL  
PROTOCOLO UNIFORME PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Agencia: \_\_\_\_\_

Oficina, programa o dependencia: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Coordinador del ERRSS: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### ***Norma 1 : Conformar los equipos de trabajo***

Cada agencia establecerá los siguientes equipos de trabajo para desarrollar e implantar estrategias de prevención primaria, intervenir en situaciones en las que se sospeche o se reporten comportamientos suicidas (ideas, amenazas, intentos o muerte por suicidio) de sus empleados/as, participantes y visitantes, entre otros.

#### **Procedimiento: Establecer los equipos de trabajo**

##### **A. Equipo de Respuesta Rápida en Situaciones de Suicidio (ERRSS)**

1. El jefe de cada entidad seleccionará entre sus empleados, por lo menos tres (3) personas para constituir este equipo en cada dependencia u oficina central y regional. Estos empleados deberán tener nombramiento permanente a tiempo completo. Serán el equipo de personas responsables de implantar este Protocolo Uniforme y atender las situaciones de riesgo suicida. Para detalles de quiénes deben formar parte de este equipo, favor referirse al documento Guía para el Desarrollo de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio (páginas 35 y 36).

**Integrantes del Equipo de Respuesta Rápida en Situaciones de Suicidio (ERRSS):**

1. Coordinador/a

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Oficina o departamento: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual tomó el adiestramiento de respuesta rápida: \_\_\_\_\_

2. Integrante del ERRSS

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Oficina o departamento: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual tomó el adiestramiento de respuesta rápida: \_\_\_\_\_

3. Integrante del ERRSS

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Oficina o departamento: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual tomó el adiestramiento de respuesta rápida: \_\_\_\_\_

## B. Comité de Apoyo (CA)

1. Este comité estará compuesto por un mínimo de 6 empleados/as de cada oficina o dependencia de la agencia. Los miembros de este comité serán nombrados por el Director de Recursos Humanos en conjunto con el ERRSS. Estos deben ser personas accesibles y cercanas al resto del personal. Para detalles de quienes deben formar parte de este equipo, favor referirse al documento Guía para el Desarrollo de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio (páginas 36 y 37).

### Integrantes del Comité de Apoyo (CA):

1. Coordinador/a

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Oficina o departamento: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual tomó el adiestramiento de respuesta rápida: \_\_\_\_\_

2. Integrante del CA

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Oficina o departamento: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual tomó el adiestramiento de respuesta rápida: \_\_\_\_\_

3. Integrante del CA

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Oficina o departamento: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual tomó el adiestramiento de respuesta rápida: \_\_\_\_\_

4. Integrante del CA

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Oficina o departamento: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual tomó el adiestramiento de respuesta rápida: \_\_\_\_\_

5. Integrante del CA

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Oficina o departamento: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual tomó el adiestramiento de respuesta rápida: \_\_\_\_\_

6. Integrante del CA

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Oficina o departamento: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual tomó el adiestramiento de respuesta rápida: \_\_\_\_\_

**La persona encargada de enviar los formularios para documentar los casos atendidos e informes semestrales a la Comisión para la Prevención del Suicidio será:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## ***Norma 2 : Identificar una oficina para el manejo de casos***

Se identificará un lugar accesible en cada agencia o institución (y en cada una de sus oficinas o dependencias) para atender y proveer apoyo a las personas con comportamiento suicida. Para detalles de las características de esta oficina, favor referirse al documento Guía para el Desarrollo de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio (págs. 37 y 38).

**Procedimiento: Identificar una oficina principal para llevar a cabo las intervenciones.**

1. Oficina: \_\_\_\_\_
2. Dirección física: \_\_\_\_\_
3. Horario en que está disponible: \_\_\_\_\_
4. Persona a cargo de la oficina: \_\_\_\_\_
5. Teléfono de la persona que está a cargo de la oficina: \_\_\_\_\_

## ***Norma 3 : Prevención primaria***

### ***Antes de que ocurra el comportamiento suicida***

El ERRSS desarrollará e implantará estrategias de prevención destinadas a preservar la salud mental de todo el personal que forma parte de la agencia y de aquellas personas a las cuales brindan servicios. Estas estrategias pueden ser programas existentes que estén ofreciendo el PAE o la agencia. Ejemplo de ello pueden ser programas de “coaching”, talleres para el manejo de estrés, manejo de síntomas de depresión, liderazgo, manejo de conflictos, etc. (Para detalles favor referirse al documento Guía para el Desarrollo de un Protocolo Uniforme para la prevención del Suicidio, págs. 38 y 39 y anejo VIII).

**Procedimiento: Desarrollar un plan de las actividades de prevención primaria que habrá de realizarse en cada agencia durante cada año**

#### **Actividad #1**

Título de la actividad: \_\_\_\_\_

Breve descripción de la actividad: \_\_\_\_\_

Población a la cual está dirigida: \_\_\_\_\_

Persona encargada de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual se llevará a cabo la actividad: \_\_\_\_\_

**Actividad #2**

Título de la actividad: \_\_\_\_\_

Breve descripción de la actividad: \_\_\_\_\_

Población a la cual está dirigida: \_\_\_\_\_

Persona encargada de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual se llevará a cabo la actividad: \_\_\_\_\_

**Actividad #3**

Título de la actividad: \_\_\_\_\_

Breve descripción de la actividad: \_\_\_\_\_

Población a la cual está dirigida: \_\_\_\_\_

Persona encargada de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual se llevará a cabo la actividad: \_\_\_\_\_

**Actividad #4**

Título de la actividad: \_\_\_\_\_

Breve descripción de la actividad: \_\_\_\_\_

Población a la cual está dirigida: \_\_\_\_\_

Persona encargada de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual se llevará a cabo la actividad: \_\_\_\_\_

## **Norma 4 : Prevención secundaria**

### **Cuando se presente una idea, amenaza o intento suicida**

Cuando se observa una persona manifestando una idea, amenaza o intento suicida, se llevarán a cabo los siguientes pasos para salvaguardar su seguridad y su vida.

**Procedimiento: Llevar a cabo los siguientes pasos dependiendo de la situación que se esté atendiendo**

#### **A. Ante una IDEA O AMENAZA SUICIDA**

1. **Cualquier persona de la agencia o entidad, que identifique una situación de riesgo suicida, contactará de inmediato al ERRSS, o en su ausencia, al CA.** Deberán activarse dos personas de estos comités para que atiendan la situación. **La persona que identifique la situación permanecerá junto a la persona que tiene la idea o amenaza suicida,** hasta que lleguen los miembros del ERRSS o del CA que se harán cargo de la situación. Mientras llega el miembro del ERRSS o CA, la persona que identifique la situación deberá:
  - a. **Acompañar en todo momento a la persona que presente riesgo suicida.**
  - b. **Asegurarse que la persona no tenga acceso a medios letales** (sogas o cualquier otro objeto con el que se pueda ahorcar; medicamentos o químicos con los cuales se pueda envenenar; armas de fuego, objetos punzantes, etc.).
  - c. **Hacerle saber a la persona en riesgo que desea ayudarlo/a.**
  - d. **Escuchar con empatía,** sin dar señales de sorpresa ni desaprobación.
2. **Las personas del ERRSS o del CA llevarán a la persona en riesgo a la oficina identificada para el manejo de estos casos. No deberán dejarlo solo/a en ningún momento.**
3. Si la situación de comportamiento suicida está ocurriendo en un lugar fuera de los predios de la oficina identificada, se habilitará la oficina más cercana, respetando la privacidad y seguridad de la persona afectada.
4. **Uno de los miembros del ERRSS deberá ofrecer los primeros auxilios psicológicos:**
  - a. Identificarse y **explicar por qué se encuentra ahí.**
  - b. Comenzará a **hacer preguntas a partir de la situación que la persona en riesgo haya señalado como especialmente conflictiva o preocupante,** para evaluar el nivel de riesgo y proveer un espacio para que la persona pueda desahogarse, si así lo desea. Por ejemplo: "Veo que estás muy afectado. Estoy aquí para escucharte. Me gustaría que compartieras conmigo lo que estás pensando o sintiendo, para poder ayudarte."



- c. **Guarde silencio y permita que la persona diga todo lo que quiera.** No dé señales de sorpresa ni desaprobación. Puede utilizar frases como las siguientes: “Puedo escuchar que estás pasando por una situación muy difícil, pero le puedo asegurar que haremos todo lo posible por ayudarlo/a”; “Estoy aquí para ayudarlo/a”; “Debe ser difícil poner en palabras esos sentimientos, pero es muy importante que los pueda compartir”; “Puedo imaginar lo duro que está siendo esta situación para usted”.
- d. **Preguntará directamente por la posibilidad de que exista ideación suicida.** Ejemplos: “Le voy a hacer una pregunta delicada y personal: ¿Todos estos problemas lo han llevado a pensar en el suicidio?”; “Algunas personas que se encuentran en una situación parecida a la suya suelen pensar en quitarse la vida. ¿Lo ha pensado usted?”; “¿Ha pensado en quitarse la vida?”; “¿Está pensando en suicidarse?”
- e. **Explorará la severidad de la ideación suicida:**
  - **Frecuencia:** “¿Cuándo fue la última vez que pensó en hacerse daño?” (mientras más reciente, mayor es el riesgo); y “¿Con qué frecuencia tiene estos pensamientos: a todas horas; todos los días; varios días a la semana; algunas veces al mes?” (mientras más frecuentes, mayor es el riesgo).
  - **Método:** “¿De qué forma ha pensado quitarse la vida?”
  - **Disponibilidad:** “¿Tiene disponible ese método (arma, soga, pastillas, etc.) del cual me ha hablado?”; “¿Dónde lo tiene?”
  - **Momento:** “¿Cuándo ha pensado llevar a cabo esta acción?”
  - **Intentos previos:** “¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?”; “¿Hace cuánto tiempo?”; “¿Qué sucedió entonces?”

Es importante tener en cuenta que mientras más detalles haya considerado la persona respecto a la planificación del acto suicida, mayor es el riesgo de que lleve a cabo el intento en cualquier momento. Se debe restringir el acceso a los medios letales que haya identificado la persona en riesgo.

- f. **Explorará las razones para vivir de esta persona y alternativas** que quizás no está evaluando, para manejar la situación que la llevó a considerar el suicidio. Se puede preguntar lo siguiente: “¿Qué te ha mantenido con vida hasta ahora?”; “¿Quiénes son las personas importantes para ti?”; “Antes de esta situación, ¿cuáles eran tus planes y metas a corto y largo plazo?”; “¿En qué otros momentos de tu vida has tenido una crisis y cómo lograste superarla?”; “¿Qué cosas te hacen sonreír?”
  - g. **Establecerá el plan de ayuda** y llegará a un acuerdo con la persona en riesgo. Debe explicarle a la persona en qué va a consistir el plan de ayuda.
5. **El personal ERRSS debe identificar y llamar, junto con la persona en riesgo, a un familiar o contacto de la persona** (amigo, vecino, maestro, miembro de la iglesia, psicólogo, psiquiatra, grupos de apoyo, etc.) **para que acuda a la oficina y acompañe a la persona en riesgo a recibir los servicios que necesita.** De tratarse de un menor o una persona de la tercera edad, y de haber sospecha de maltrato en el hogar, el personal del ERRSS deberá comunicarse primero con la línea de Emergencias Sociales del Departamento de la Familia, llamando al **1-800-981-8333**, para determinar cuáles acciones habrán de tomar para salvaguardar el bienestar y protección de esa persona.

6. **Otro de los miembros del ERRSS coordinará la evaluación y servicios psicológicos o psiquiátricos.** Si la persona en riesgo ya cuenta con un proveedor de servicios psicológicos y/o psiquiátricos, con el cual se siente cómoda, se debe intentar primero contactar a este profesional para que la atienda de inmediato. De esta persona no estar disponible, entonces se debe canalizar la ayuda a través de la Línea PAS de ASSMCA, llamando al **1-800-981-0023**. Se le debe explicar, tanto a la persona en riesgo como a sus familiares, la importancia de que acudan a la oficina u hospital identificado para que la persona en riesgo sea evaluada y **reciba ayuda ese mismo día**.
  7. **Si la persona se niega a recibir los servicios recomendados por el personal de la Línea PAS o por su proveedor de servicios psicológicos o psiquiátricos, se le pedirá al familiar que solicite una “Ley 408”** en el tribunal más cercano para que de esta forma se pueda proceder con el manejo de la persona en riesgo. (**Ver anejo IV**). En caso de no aparecer ningún familiar, el trámite de la “Ley 408” deberá ser realizado por algún miembro del ERRSS de la agencia.
  8. **En el caso que la persona se torne agresiva**, un miembro del ERRSS deberá **contactar a la policía** para que asista en el manejo de la misma.
  9. **El personal del ERRSS entregará a la persona con idea o amenaza suicida, la Hoja de relevo de responsabilidad (Ver formulario ERRSS 04).** Debe explicársele a cabalidad el contenido de este formulario.
  10. **El personal del ERRSS entregará al familiar o persona contacto, de la persona en riesgo, la Hoja de relevo de responsabilidad del familiar o persona contacto (Ver formulario ERRSS 05).** Debe explicársele a cabalidad el contenido de este formulario.
  11. **El personal del ERRSS completará la Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida. (Ver formulario ERRSS 02).**
- B. INTENTO SUICIDA (cuando una persona está amenazando con suicidarse en ese preciso momento o ha llevado a cabo un intento suicida pero continúa viva).**
1. **La persona que identifica la situación de riesgo contactará de inmediato al 911 y posteriormente al personal del ERRSS o del CA. No dejará a la persona en riesgo sola** hasta que llegue el personal del ERRSS o del CA que se hará cargo de manejar la situación. Mientras llegan los miembros del ERRSS o del CA, la persona que identifique la situación deberá hacer lo siguiente:
    - a. En caso de haber **médicos o enfermeros** en la oficina o cerca, **deberá solicitar que éstos sean llamados de inmediato**.
    - b. **Hacerle saber** a la persona en riesgo **que desea ayudarlo**.
    - c. **No mostrar señales de sorpresa ni desaprobación**.
    - d. Si el intento aún no se ha realizado, debe **pedirle a la persona en riesgo que posponga su intención de atentar contra su vida** y que le dé la oportunidad de ayudarlo.
  2. **La primera persona del ERRSS que se presente, evaluará la situación** de la persona que llevó a cabo el intento o que está amenazando con suicidarse. Dependiendo de la situación deberá realizar las siguientes acciones:
    - a. Si la persona está **gravemente herida**, no deberá moverla del lugar donde se encuentra. De no haberse hecho hasta el momento, **deberá llamar al 911** de inmediato. El personal del 911 activará a Emergencias Médicas y a la Policía. Si hay un profesional de la salud cerca, deberá pedirle de inmediato que se persone al lugar.

- b. Si la persona **está en el proceso del intento de suicidio**, el personal del ERRSS deberá **llamar al 911 de inmediato** (si es que no se ha hecho). Deberá expresarle a la persona en riesgo que desea ayudarlo y le solicitará que le dé la oportunidad de hacer algo por él/ella. Debe pedirle que posponga su decisión de atentar contra su vida y que le dé la oportunidad de ayudarlo. Debe mostrar empatía y verdadero interés por la persona en riesgo. **El ERRSS no debe dejar sola en ningún momento a la persona en riesgo, salvo que su propia vida esté en peligro. Debe llamar también a la línea PAS (1-800-981-0023)** para solicitar asistencia.
    - c. **En caso de envenenamiento, uno de los miembros del ERRSS o del CA deberá llamar al 911**, mientras que otro de los miembros, se comunicará con el **Centro de Control de Envenenamiento al 1-800-222-1222** para que le orienten sobre qué debe hacer.
    - d. Si la persona **no está herida y no requiere cuidado médico de emergencia, el ERRSS deberá realizar el mismo procedimiento que efectuaría en una situación de idea o amenaza de suicidio** (ver páginas 39 a la 42 de este documento: procedimiento ante idea o amenaza suicida).
  3. Mientras todo lo anterior ocurre, **otro de los miembros del ERRSS o del CA contactará a un familiar de la persona en riesgo**. En caso de sospecha de maltrato a menores, el personal del ERRSS deberá llamar a la línea de Emergencias Sociales, marcando el número **1-800-981-8333**, para determinar cuáles acciones realizar para garantizar el bienestar de esa persona.
  4. **En caso de no haber un familiar presente**, o que no haya tiempo para esperar por el familiar, **uno de los miembros del ERRSS será quien acompañará a la persona en riesgo hasta la sala de emergencia del hospital más cercano**, ya sea para que éste reciba ayuda médica o para que se le realice una evaluación psiquiátrica de emergencia, dependiendo de la situación. En este caso, mientras la persona es trasladada a la sala de emergencia, el personal del ERRSS notificará a los familiares o algún contacto de la persona sobre la situación.
  5. De ser posible, **el personal del ERRSS completará junto con la persona que llevó a cabo el intento, la Hoja de relevo de responsabilidad de la persona en riesgo. (Ver formulario ERRSS 04)**. De haber algún familiar presente, éste deberá también completar la **Hoja de relevo de responsabilidad de familiar, amigo o conocido. (Ver formulario ERRSS 05)**. El personal del ERRSS también completará la **Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida. (Ver formulario ERRSS 02)**.
  6. **El personal del ERRSS y el CA ofrecerán orientación** a los/as familiares, compañeros/as de trabajo o personas que hayan presenciado el intento suicida, para que llamen a Línea PAS o busquen servicios de ayuda de ser necesario.
- C. Amenaza de suicidio durante LLAMADA TELEFÓNICA** (cuando se reciba una llamada telefónica en la cual se identifique que una persona está en riesgo de cometer suicidio)
  1. La persona que recibe la llamada deberá **asegurar la comunicación**.
    - a. **En ningún momento se debe interrumpir la llamada.**
    - b. **Preguntar**, lo antes posible, a la persona que llama su **nombre completo y su número de teléfono** para llamarle de vuelta en caso de que se corte la llamada o que esta persona cuelgue.

- c. **Preguntarle dónde se encuentra** (dirección) **y quiénes lo/a acompañan**. En caso de que sea posible, debe solicitarle que le comunique con esa persona para que provea ayuda inmediata.
  - d. Solicitarle al compañero más cercano que le **avise a un miembro del ERRSS o miembro del CA que está atendiendo una llamada de emergencia** de riesgo suicida.
  - e. **El ERRSS o CA asumirá la llamada** y se asegurará de que la persona que tomó la llamada originalmente se quede a su lado. Esta persona debe hacerle compañía durante toda la conversación y debe tener un teléfono adicional para realizar todas las llamadas necesarias.
  - f. **Tenga a la mano papel y bolígrafo** para anotar toda la información pertinente.
2. **Ofrecer los primeros auxilios psicológicos** (miembro del ERRSS o del CA)
- a. **Utilizar un tono de voz suave y pausado** que transmita calma y tranquilidad.
  - b. **Identificarse por su nombre** completo. **Preguntar** a la persona que llama su nombre.
  - c. **Preguntar el motivo de la llamada.**
  - d. **Hacerle saber** a la persona que llama **que usted la está escuchando y le va a prestar ayuda**. Puede utilizar frases como las siguientes: "Puedo escuchar que estás pasando por una situación muy difícil, pero le puedo asegurar que haremos todo lo posible por ayudarlo/a"; "Estamos aquí para apoyarlo/a"; "Debe ser difícil poner en palabras esos sentimientos"; "Puedo imaginar lo duro que ha sido esta situación para usted".
  - e. **Identificar la localización** de la persona en riesgo. Por ejemplo: "Si me dices dónde te encuentras en estos momentos, podemos comenzar a ayudarte" (si es que no se tiene este dato aún; si lo tiene debe validarse que la dirección esté correcta). Si la persona está en los predios de la agencia se debe solicitar a otro miembro del ERRSS o del CA que acudan al lugar donde se encuentra la persona en riesgo pero no debe colgar la llamada.
3. **Permitir que la persona en riesgo se desahogue.**
- a. **No se ponga nervioso.**
  - b. Guarde silencio y **permita que la persona diga todo lo que quiera**. No dé muestras de sorpresa ni desaprobación.
  - c. **No interrumpa.**
  - d. **Demuestre comprensión** repitiendo en sus propias palabras lo que la persona que llama le dice.
  - e. **Haga preguntas específicas** sobre la situación de la persona. No asuma nada. Por ejemplo: "¿Qué me quieres decir cuando dices que te sientes cansado/a de luchar?"; "¿Qué es lo más difícil para ti en estos momentos?"
4. **Preguntar por la posibilidad de ideación suicida.**
- a. Ejemplos: "Le voy a hacer una pregunta delicada y personal: ¿Todo estos problemas lo han llevado a pensar en el suicidio?", "Algunas personas que se encuentran en una situación parecida a la suya suelen pensar en quitarse la vida. ¿Lo ha pensado usted?", "¿Ha pensado en quitarse la vida?", "¿Está pensando suicidarse?"

5. **Explorar la severidad de las ideas suicidas.**

- **Método:** “¿De qué forma ha pensado en quitarse la vida?”
- **Disponibilidad:** “¿Tiene a su alcance ese método (arma, soga, pastillas, etc.) del cual me ha hablado?”; “¿Dónde?”
- **Frecuencia:** “¿Cuándo fue la última vez que pensó en hacerse daño?”; “¿Con qué frecuencia tiene estos pensamientos: a cada hora; todos los días; varios días a la semana; algunas veces al mes?”
- **Momento:** “¿Cuándo ha pensado llevar a cabo esta acción?”
- **Intentos previos:** “¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?”; “¿Hace cuánto tiempo?”; “¿Qué sucedió entonces?”

Debe tenerse en cuenta que a mayor nivel de planificación, mayor es el riesgo de que la persona lleve a cabo un intento suicida de manera inminente.

6. **Evaluar nivel de riesgo.**

- a. (Ver anejo VII)

7. **Explorar sus motivos para vivir** y ayudarle a visualizar alternativas.

- a. Se pueden formular las siguientes preguntas: “¿Qué te ha mantenido con vida hasta ahora?”; “¿Quiénes son las personas importantes para ti?”; “Antes de esta situación, ¿cuáles eran tus planes y metas a corto y largo plazo?”; “¿En qué otros momentos de tu vida has tenido una crisis? ¿Cómo lograste superarla?”; “¿Qué cosas te hacen sonreír?”

8. **Establecer el plan de ayuda.**

- a. **Ante un nivel de riesgo moderado o alto, el compañero que inicialmente contestó la llamada o algún miembro del ERRSS o del CA deberá llamar al 911 y brindar toda la información disponible. También se deberá llamar a la Línea PAS: 1-800-981-0023 y brindar toda la información disponible. Ante un nivel de riesgo bajo, preguntar a la persona en riesgo si está recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico, con quién y cómo podemos contactar a este profesional de la salud mental.** Dar esta información al compañero de trabajo o miembro del ERRSS o del CA para contactar este recurso y pedirle que se comunique con la persona en riesgo de inmediato. Si el recurso no está disponible o la persona en riesgo no está recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico al presente, se debe canalizar servicios de evaluación psiquiátrica o psicológica de inmediato a través de la **Línea PAS: 1-800-981-0023.**
- b. **Solicitar a la persona en riesgo la información para contactar familiar o persona de confianza.** Decir por ejemplo: “Es importante compartir esta información con alguien en quien tengas confianza. ¿A quién puedo llamar para comunicarle cómo te sientes y pedirle que acuda a donde tú estás?” Dar la información al compañero de trabajo o miembro del ERRSS o del CA para contactar a esta persona y pedirle que vaya de inmediato a donde está la persona en riesgo.
- c. **Mantener la comunicación con la persona en riesgo, hasta que llegue el personal de ayuda o un familiar que se haga cargo de la situación.**

9. **Cierre** (éste se hará cuando ya haya otra persona responsable acompañando físicamente a la persona en riesgo).
  - a. **Resumir los asuntos que se discutieron** en la llamada.
  - b. **Resumir los pasos** que se llevaron a cabo y las acciones a realizar.
  - c. **Agradecer** a la persona en riesgo **la confianza** y la oportunidad de poderlo ayudar.
  - d. **Acordar volver a contactar a la persona en riesgo al día siguiente** para saber cómo ha seguido.
  - e. **Despedirse con un mensaje esperanzador y de apoyo.**

**D. Amenaza de suicidio durante una LLAMADA TELEFÓNICA DE UNA TERCERA PERSONA** (cuando alguien llame para reportar que un familiar o conocido presenta comportamiento suicida).

1. **Obtener la información de la persona que hace la llamada.**
  - a. Nombre completo
  - b. Teléfono
  - c. Dirección
2. Solicitar detalles de la situación para poder **identificar el nivel de riesgo.**
  - a. **(Ver anejo VII)**
3. **Ante un caso de riesgo alto o moderado:**
  - a. **Orientar a la persona que hace la llamada respecto a no dejar sola a la persona en riesgo**, no juzgarla ni sermonearla.
  - b. **Explicarle que debe llamar a la Línea PAS: 1-800-981-0023** y brindar toda la información disponible para que canalicen la evaluación psiquiátrica de emergencia o que debe llevar de inmediato a la persona en riesgo a la sala de emergencia del hospital más cercano. Si la persona en riesgo se niega a recibir servicios o está amenazando con suicidarse en ese mismo momento, debe **llamar al 911 de inmediato.**
4. **Ante un caso de riesgo bajo:**
  - a. **Orientar a la persona que llama sobre los primeros auxilios psicológicos** (proveer espacio para el desahogo, escucha empática, no criticar ni sermonear, ayudar a la persona en riesgo a identificar sus razones para vivir).
  - b. **Explicarle que debe llamar a la Línea PAS: 1-800-981-0023** y brindar toda la información disponible.
  - c. **Dejarle saber que la persona en riesgo necesita recibir servicios psicológicos o psiquiátricos de inmediato**, ya sea a través de un proveedor de servicio privado o a través de un referido de la línea PAS **y que no debe permanecer sola** hasta que reciba ayuda profesional y esté estable.
5. **Cierre:**
  - a. **Resumir los asuntos que se discutieron** durante la llamada.
  - b. **Resumir los pasos** realizados y las acciones a realizar.
  - c. **Agradecer la confianza.**



- d. **Acordar volver a contactar a la persona que generó la llamada al día siguiente** para saber cómo ha seguido la persona en riesgo.
- e. **Despedirse con un mensaje esperanzador y solidario.**

Todas las llamadas serán documentadas mediante la **Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida** (Ver formulario ERRSS 02).

## **Norma 5 : Prevención terciaria**

### **Después de un intento suicida o un suicidio consumado**

El ERRSS atenderá las situaciones de muerte por suicidio dentro de los predios de la agencia o entidad para la cual laboran, a las personas que han padecido la pérdida de un familiar, compañero de trabajo o amigo a causa de un suicidio y a las personas que hayan sobrevivido a un intento suicida.

#### **Procedimiento: Realizar los siguientes pasos dependiendo de la situación**

##### **A. Manejo de una muerte por suicidio:**

1. **No tocar ni mover el cadáver.**
2. **Evitar el acceso de personas ajenas** al manejo del evento, en la escena.
3. **Llamar al 911.** Ellos se encargarán de llamar a la Policía y al personal del Instituto de Ciencias Forenses (ICF). El contacto con los familiares lo llevará a cabo el personal de la Policía de Puerto Rico.
4. **En caso de que un familiar acuda a la escena y presente alguna crisis emocional, el ERRSS o el CA debe coordinarle servicios psicológicos o psiquiátricos de inmediato** a través de la Línea PAS o por medio de un proveedor de servicios privado.
5. **En caso de que un compañero de trabajo requiera apoyo emocional, el ERRSS o el CA debe referirlo al PAE o debe coordinarle servicios de salud mental de inmediato** a través de la Oficina de Recursos Humanos u otro recurso que tengan en la agencia.
6. **El personal de ERRSS debe completar la Hoja para documentar los casos atendidos con comportamiento suicida** (Ver formulario ERRSS 02).

##### **B. Reincorporación al escenario laboral** luego de una amenaza o intento suicida:

1. **El personal de la Oficina de Recursos Humanos determinará los procesos a seguir** en la reincorporación del empleado que tuvo comportamiento suicida, de acuerdo a las normas de la agencia y la recomendación médica. El personal del ERRSS y del CA debe estar disponibles para asistir en este proceso, ofreciendo apoyo emocional.
2. Se debe **requerir evidencia** de que la persona que presentaba riesgo suicida fue evaluada y recibió los servicios que le fueron recomendados.

**C. Después de una muerte por suicidio:**

1. **El personal del ERRSS referirá al PAE, Línea PAS o a profesionales de salud mental privados a los compañeros de trabajo de la persona que murió por suicidio**, o a las personas afectadas por este evento de ser necesario.
2. **El personal del ERRSS junto al CA se encargarán de coordinar una actividad** con un profesional de la salud mental para todos los empleados afectados por el evento de suicidio. Esta actividad debe enfocarse en proveer un espacio seguro para el desahogo.
3. **El personal del ERRSS junto al CA deberán proveer un directorio de servicios de salud mental** que existan en Puerto Rico a los compañeros de trabajo que lo requieran. (Ver anejo X).

## ***Norma 6 : Realización de un simulacro de manejo de emergencia suicida***

Se realizará en cada agencia, entidad, dependencia u oficina, un simulacro sobre el manejo de una situación de riesgo de suicidio. Dicho simulacro deberá llevarse a cabo durante la semana del día Mundial de Prevención de Suicidio (10 de septiembre). Para detalles favor referirse al documento Guía para el Desarrollo de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio (págs. 49 y 50).

**Procedimiento: Planificar, coordinar y llevar a cabo un simulacro sobre el manejo de riesgo suicida.**

Fecha en la cual se realizará el simulacro: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a cargo de planificar y coordinar el simulacro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



## Norma 7 : Campañas masivas de prevención

Realizar, por lo menos una vez al año, una campaña masiva de sensibilización, concienciación y prevención, para sus empleados y la población a la que sirven.

### **Procedimiento: Planificar y coordinar las campañas que habrán de realizarse en la agencia. Determinar los temas y estrategias de presentación.**

1. De ser necesario, **consultar con la CPS** sobre posibles recursos o estrategias para la campaña.
2. **Documentar** en el informe semestral las actividades realizadas (**Ver formulario ERRSS 03**).
3. Las **fechas para estas campañas masivas** deberán ser, por lo menos, una de las siguientes:
  - **10 al 16 de agosto**– Semana Nacional de la Prevención de Suicidio (Conmemoración del día en el que se firmó la Ley Número 227 en 1999 en Puerto Rico).
  - **10 de septiembre**- Día Mundial de Prevención de Suicidio (OMS).
  - **Primera semana de diciembre** – Semana de Alerta Prevención de Suicidio en época navideña.

### **Campaña masiva que se realizará en esta agencia, a tenor con la Norma 7:**

Título de la actividad: \_\_\_\_\_

Breve descripción de la actividad: \_\_\_\_\_

Población a la cual está dirigida: \_\_\_\_\_

Persona encargada de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha en la cual se llevará a cabo la actividad: \_\_\_\_\_





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE  
**PUERTO RICO**  
Departamento de Salud

1 de junio de 2015

Dra. Alicia Menéndez Miranda  
Comisión para la Implantación de  
Política Pública en Prevención del Suicidio

Lcda. Mayra Maldonado Colón  
Directora  
Oficina de Asesores Legales

Lcda. Wendy Sostre Maldonado  
Asesora Legal  
Oficina de Asesores Legales

### **REVISION GUIA PARA EL DESARROLLO DE UN PROTOCOLO UNIFORME**

Hemos revisado la Guía para el Desarrollo de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio, remitida por su oficina.

La misma fue redactada conforme a las leyes y reglamentos aplicables, por lo que se recomienda sea presentada para la firma de la Secretaria.

Sin nada más sobre el particular, quedamos de usted.

WSM

OFICINA DE ASESORES LEGALES  
P. O. BOX 70184  
SAN JUAN, PR 00936-8184  
TELEFONO (787) 765-2929 [www.salud.gov.pr](http://www.salud.gov.pr)



