

Universidad Central del Caribe
Escuela de Medicina
Centro Médico Académico, Región Noroeste
Oficina de Educación Continuada/IRESA
Proveedor 00024

Módulo



Northeast & Caribbean (HHS Region 2)

ATTC

Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Identificando Pensamientos y Conductas Suicidas en el Tratamiento de Trastornos por consumo de Sustancias

Preparado por:

Victor González, Psy.D.

Psicólogo Clínico

Bayamón, Puerto Rico

© DERECHOS RESERVADOS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL CARIBE/IRESA
PO BOX 60327, BAYAMÓN, PUERTO RICO 00960-6032

Publicado en el 2017 por el Northeast & Caribbean ATTC/Universidad Central del Caribe, Escuela de Medicina, PO Box 60327, Bayamon, Puerto Rico 00960-6032.

Al momento de la publicación, Kana Enomoto, prestaba servicios como la Administradora de SAMHSA; Kimberly A. Johnson, Ph.D., servía en el Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) como Directora; Humberto Carvalho, servía como Project Officer for CSAT e Ibis Carrión-González, Psy.D, prestaba servicios como Directora del Northeast & Caribbean ATTC para Puerto Rico e Isla Vírgenes Norteamericanas.

Las opiniones que se expresan en este documento es el punto de vista de los autores y no reflejan necesariamente la posición oficial de CSAT o de cualquier otro renglón del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés). las opiniones expresadas en este documento no tienen la intención ni debe inferior apoyo o endoso oficial de parte del DHHS, SAMHSA o CSAT.

Tabla de Contenido

Introducción	4
Objetivos específicos del módulo	5
El Suicidio.....	6
<i>Comportamiento suicida</i>	6
<i>Epidemiología en Puerto Rico</i>	8
<i>Cómo identificar el comportamiento suicida</i>	11
<i>Características que predisponen al suicidio</i>	14
<i>Prevención del suicidio</i>	16
<i>El suicidio y la política pública en Puerto Rico</i>	16
<i>Manejo del Comportamiento Suicida</i>	17
Enfrentando Pensamientos y Conductas Suicidas, en el tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (Proceso GATE, por sus siglas en inglés)	19
<i>Los principales factores de riesgo en los pensamientos y conductas suicidas entre los individuos con trastornos de uso de sustancias</i>	19
<i>Factores protectores</i>	21
<i>Advertencia</i>	22

<i>Suicidio frente a la prevalencia de intento de suicidio en personas con trastornos por consumo de sustancias</i>	22
<i>Métodos de suicidio</i>	23
<i>Razones para el comportamiento suicida</i>	23
<i>Función de los consejeros de trastornos por consumo de sustancias ante pensamientos y conductas suicidas identificadas: Procedimiento GATE (por sus siglas en inglés)</i>	24
<i>Resumen de la acción del profesional de salud mental en GATE</i>	27
Conclusión	35
<i>Aspectos legales del suicidio en Puerto Rico</i>	35
<i>Responsabilidad de los profesionales de la salud ante riesgo de suicidio</i>	36
<i>Responsabilidad civil de las personas que intervienen en caso de amenaza de suicidio</i>	37
<i>Flujograma para el manejo del comportamiento suicida</i>	39
<i>Directorio de servicios de ayuda</i>	41
Referencias.....	42

Introducción

El suicidio es un serio problema de salud pública, cuya magnitud real es muy difícil de estimar debido a las limitaciones para registrar estadísticamente muchos de los casos de suicidio consumados y no consumados que ocurren diariamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) establece que en el mundo 800,000 personas se suicidan cada año. Esto representa una muerte cada 40 segundos. El suicidio es la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años. La mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad por la guerra y los homicidios. El 75% de los suicidios se producen en los países de ingresos bajos y medianos. Según los datos de la OMS, los métodos más usuales de suicidio son los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego.

Muchas investigaciones recientes muestran consistentemente una prevalencia alta de pensamientos suicidas e intentos de suicidio entre las personas que están en tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (Ilgen, Harris, Moos y Tiet, 2007). También existe una prevalencia significativa de muerte por suicidio entre aquellos que en algún momento de sus vidas han recibido tratamiento por uso de sustancias, en comparación con los que no tienen ese diagnóstico previo (Wilcox, Conner & Caine, 2004). Además, los comportamientos y pensamientos suicidas frecuentemente surgen como indicadores significativos de otros trastornos concomitantes, tales como la depresión mayor, el trastorno bipolar, trastorno de estrés post-traumático, la esquizofrenia y algunos trastornos de la personalidad, que se tienen que identificar, diagnosticar y manejar para mejorar los resultados del tratamiento de uso de sustancias.

Evidentemente, los proveedores de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias deben estar preparados para recabar información sistemáticamente, consultar y participar en el

tratamiento de personas en riesgo de comportamiento suicida. Aunque su formación y experiencia en consejería les proporciona la base que necesitan para atender los comportamientos suicidas de las personas a quienes atienden, resulta de gran utilidad mantener actualizados sus conocimientos, destrezas y actitudes profesionales.

Este módulo instruccional ha sido elaborado con dos propósitos. Primero, incrementar el conocimiento y las habilidades de los que practican tratamientos para trastornos por consumo de sustancias y pertenecen a múltiples disciplinas para facilitar acceso a la educación continua y a las investigaciones recientes. Segundo, fomentar alianzas regionales y nacionales entre proveedores de servicios, investigadores, creadores de política pública, patrocinadores y consumidores para apoyar e implementar el mejor tratamiento posible.

Objetivos específicos del módulo.

Al finalizar el estudio de este módulo instruccional, el profesional de la salud mental logrará:

1. Actualizar el conocimiento que tiene sobre el suicidio y la política pública en el manejo y tratamiento del suicidio en Puerto Rico.
2. Incrementar las destrezas y actitudes necesarias para manejar el comportamiento suicida con la clientela que recibe tratamiento por trastornos por consumo de sustancias.
3. Aprender a aplicar el proceso GATE, un proceso de cuatro pasos para hacer frente a pensamientos y conductas suicidas, en el tratamiento de uso de sustancias.

El Suicidio

Comportamiento suicida

El comportamiento suicida constituye un proceso complejo y multidimensional determinado que va desde las ideas sobre la muerte y el deseo de morir, incrementándose en gestos o amenazas contra uno mismo, hasta llegar a intentos de terminar con la vida propia y finaliza con la muerte auto inducida (OMS, 2014). 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.

- **Idea suicida** - Es un pensamiento de matarse o morir, presente en una persona.
- **Amenaza suicida** - Es la expresión verbal o escrita del deseo de matarse o morir.
- **Intento suicida** - Todo acto destructivo, auto infligido, no fatal, realizado con la intención implícita o explícita de morir.
- **Muerte por suicidio** - Todo acto destructivo, auto infligido, fatal, realizado con la intención implícita o explícita de morir.

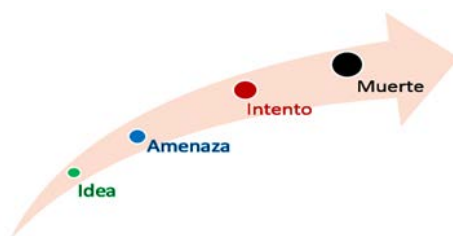


Figure 1 Desarrollo del comportamiento suicida

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. 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 de por sí, no se consideran un trastorno o enfermedad mental 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 uso de alcohol y sustancias controladas. De hecho, estos trastornos constituyen uno de los principales factores de riesgo del comportamiento suicida.

Durkheim (2004), sostiene 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. El sociólogo afirma 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.

Freud (2001) en su teoría del psicoanálisis 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 mismas, 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. Otros modelos teóricos que postulan sus diferentes conceptualizaciones acerca del suicidio son la escuela humanista, la teoría de sistemas, la perspectiva ecológica y el construccionismo social, entre otras.

Epidemiología en Puerto Rico

De acuerdo con las estadísticas del año 2016, del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico desde el año 2000 a 2016, se ha observado un promedio anual de 305 suicidios, 8.3 muertes por suicidio por cada 100,000 habitantes. La tasa de suicidio más reciente (2016) apunta a que ocurren 5.5 muertes por suicidio por cada 100,000 habitantes.

Hechos y datos.

Datos preliminares de muertes por suicidio ocurridas en Puerto Rico desde el año 2000 a 2016 indican que ha ocurrido un total de 5,187 muertes por suicidio durante los pasados 17 años.

Mientras las tasas más altas de mortalidad por suicidio se produjeron durante los años 2009 y 2010, en los últimos 4 años, 2013-2016, se ha evidenciado una leve tendencia a la disminución.

Al comparar los años 2013 y 2016, se observa una disminución significativa en la tasa de mortalidad por suicidio de 9.0 a 5.5 por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, cabe notar que la tasa de suicidio cambia continuamente y que además la población de la isla también ha venido disminuyendo durante estos últimos años. Ver Grafica 1.

Grafica 1 Suicidios en Puerto Rico. 2000-2016

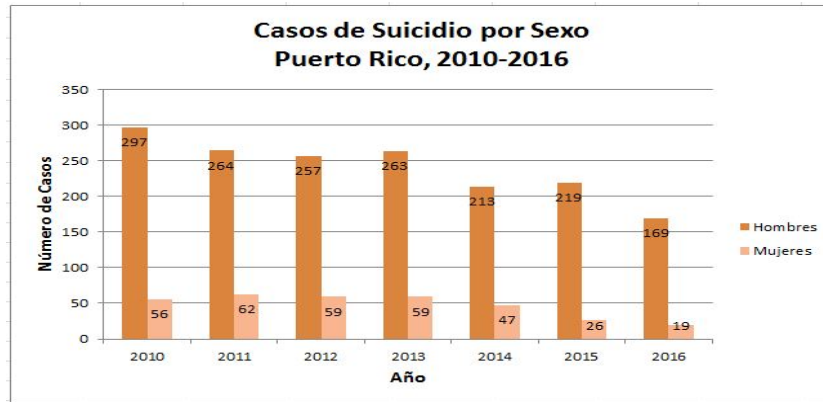
Año	Población *	Número de muertes por suicidio	Tasa por cada 100,000 habitantes
2000	3,810,605	317	8.3
2001	3,818,774	318	8.3
2002	3,823,701	259	6.8
2003	3,826,095	307	8.0
2004	3,826,878	331	8.6
2005	3,821,362	342	8.9
2006	3,805,214	299	7.9
2007	3,782,995	308	8.1
2008	3,760,866	340	9.0
2009	3,740,410	356	9.5
2010	3,721,525	353	9.5
2011	3,678,732	326	8.9
2012	3,634,488	316	8.7
2013	3,593,077	322	9.0
2014	3,534,874	260	7.4
2015	3,473,181	245	7.1
2016	3,411,307	188	5.5

Fuente: Instituto de Ciencias Forenses. Datos preliminares hasta el 13 de enero de 2017. *Según estimaciones anuales de población: Abril 1, 2000 a Julio 1, 2016 (Estimado Intercensal y Vintage 2016). Negociado del Censo de los Estados Unidos

En Puerto Rico, los actos suicidas son consumados principalmente por miembros del sexo masculino. Se estima que por cada suicidio consumado, pueden ocurrir hasta 20 intentos. Aunque la mayoría de las personas que se suicidan son varones, suelen ser las mujeres quienes más lo intentan. Un intento previo de suicidio es el mejor factor predictor del suicidio en la población

general. Por otra parte, se considera que por cada persona que se suicida, quedan afectadas, de por vida, otras 6 a 10 personas, entre amigos y familiares. Ver Grafica 2.

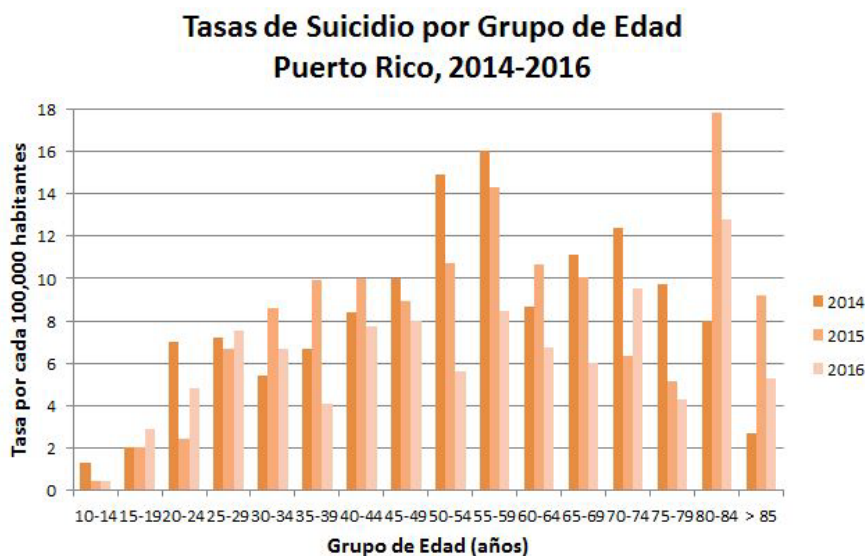
Grafica 2 Casos de suicidio por género en Puerto Rico, 2010-2016



Fuente: Instituto de Ciencias Forenses. Datos preliminares hasta el 13 de enero de 2017.

En general, durante el periodo de 2014 a 2016, las tasas de mortalidad por suicidio más elevadas se han encontrado entre las poblaciones adultas (personas de más de 50 años).

Pero en el 2016 se refleja un aumento en la tasa de suicidio de los adolescentes y jóvenes. Ver Grafica 3.



Fuente: Instituto de Ciencias Forenses. Datos preliminares hasta el 13 de enero de 2017.

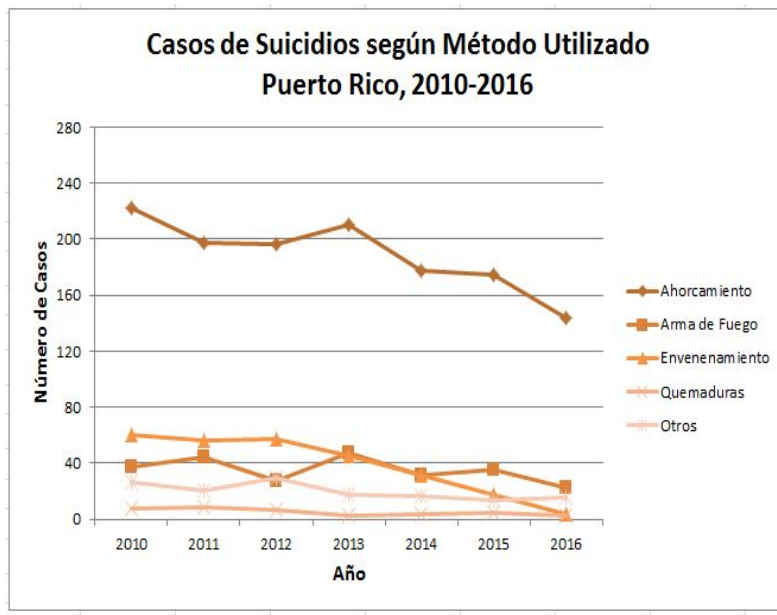
El ahorcamiento ha predominado como el método más utilizado en Puerto Rico para cometer el suicidio. Le siguen el uso de armas de fuego, envenenamiento o intoxicación, quemaduras y otros (cortaduras, fuego, lanzamientos, etc.). Ver tabla 4.

Cómo identificar el comportamiento suicida

La Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS, 2014) del Departamento de Salud de Puerto Rico establece, que 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.

Grafica 4 Suicidios según Método Utilizado en Puerto Rico, 2010-2016



Fuente: Instituto de Ciencias Forenses. Datos preliminares hasta el 13 de enero de 2017

Riesgo suicida se define como el nivel de probabilidad de que una persona lleve a cabo un intento suicida independientemente de sus resultados. El riesgo puede ser alto, moderado o bajo. Cada sector etario muestra unos riesgos particulares. A continuación se presentan las principales señales de peligro del comportamiento suicida y los factores precipitantes más comunes por sectores de edad en Puerto Rico (CPS, 2014). Ver Tabla 1.

Tabla 1. Señales de peligro por sectores de edad

Señales de Peligro en la Niñez	Señales de Peligro en la Adolescencia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios en los hábitos alimenticios 2. Trastorno de sueño 3. Comportamiento pasivo, retraído 4. Comportamiento agresivo 5. Miedo a la separación 6. Cambios en la personalidad 7. Cambios en el estado de ánimo 8. Poco interés en la escuela 9. Decir que se quiere morir o habla sobre la muerte 10. Ausencia de amigos 11. Actos de autoagresión (golpearse la cabeza o rascarse hasta lastimarse, etc.) 12. Exposición a situaciones de riesgo o peligro 13. Constantes accidentes domésticos 14. Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ánimo deprimido 2. Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba 3. Aumento o pérdida de peso 4. Fatigabilidad 5. Sentimientos de culpa 6. Dificultad para concentrarse 7. Insomnio 8. Cambios evidentes en el comportamiento 9. Comportamiento agresivo o extremadamente pasivo 10. Descuido en la apariencia física 11. Bajo aprovechamiento académico 12. Se aleja de amigos y familiares 13. Expresa ideas de muerte o suicidio 14. Uso de drogas y/o alcohol 15. Dificultad para comer y/o dormir 16. Regalar pertenencias favoritas
Señales de Peligro en la Adulthood	Señales de Peligro en la Vejez
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalizaciones que expresan la idea o la posibilidad de suicidarse 2. Alejamiento de amigos y familiares 3. Aumento en el consumo de alcohol y/o drogas 4. Cambios en la personalidad 5. Insomnio crónico 6. Abandonar pertenencias preciadas o cerrar/arreglar asuntos 7. Exhibir emociones negativas intensas poco características 8. Manifiesta sentirse solo, aislado y se ve incapaz de apuntarlo o solucionarlo 9. Llanto frecuente 10. Pérdida de interés en el sexo 11. Poco o excesivo apetito 12. Palpitaciones, dolores de cabeza, dificultades de respiración 13. Expresa sentimientos de impotencia, aburrimiento inutilidad, fracaso, pérdida de autoestima, desesperanza. 14. Pérdida de una persona significativa o algo importante: trabajo, posesiones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aislamiento 2. Abuso de alcohol y/o drogas 3. Tiene dificultades para comer o dormir 4. Regala sus posesiones más apreciadas 5. Cierra asuntos, visita o llama a personas para despedirse 6. Tiene ideas definidas sobre cómo quitarse la vida 7. Le da vueltas y más vueltas a problemas que parecen no tener solución 8. Expresa ideas sobre querer morir 9. Cambios drásticos de personalidad 10. Dificultad para comer y/o dormir

Fuente: Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS, 2014.)

Las personas en riesgo suicida son aquellas que tienen ideas suicidas persistentes o que hayan atentado contra su vida recientemente o en años previos. El potencial suicida de las personas es un conjunto de factores de riesgo de suicidio que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva. Ver Tabla 2.

Tabla 2 Factores Precipitantes Más Comunes en Puerto Rico

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

Fuente: Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS, 2014.)

Características que predisponen al suicidio

Existe 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.

Depresión. 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 las personas

con trastorno de depresión, el riesgo de cometer suicidio es aún mayor cuando 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.

Bipolaridad. 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.

Esquizofrenia. Un diez por ciento (10%) de las personas con trastorno de 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.

Uso de alcohol y drogas. 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 uso de alcohol puede producir depresión o podría concebirse como una forma de automedicación para aliviar la depresión. Tanto la depresión como el uso 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.

Prevención del suicidio

Los suicidios pueden prevenirse. Algunas medidas preventivas eficaces son: la identificación y el tratamiento temprano; restricción del acceso a los medios que pueden ser utilizados; información y capacitación de la comunidad sobre suicidio; y adoptar un enfoque multisectorial integral.

El suicidio y la política pública en Puerto Rico

En 1999 en Puerto Rico se aprobó la Ley Núm. 227 del 12 de agosto de 1999, según enmendada, conocida como "Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención de Suicidio" con la meta de prevenir el comportamiento suicida en la Isla. Para implantar la Ley el Departamento de Salud de Puerto Rico creó la Comisión para la Implantación en Política Pública en Prevención del Suicidio. La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) y los Centros para Transferencia de Tecnología en Adicción, del Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (ATTC, por sus siglas en inglés, "Addiction Technology Transfer Centers") de la Administración para Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas

en inglés, Substance Abuse and Mental Health Services, forman parte de la Comisión para la Implantación en Política Pública en Prevención del Suicidio.

Manejo del Comportamiento Suicida

Ayuso-Mateos, et al., (2012), establecen que en la actualidad faltan evidencias que permitan determinar cuáles son las formas más efectivas de tratamiento para personas con daño deliberadamente autoinflingido. No obstante, hay intervenciones que hasta ahora ofrecen resultados prometedores:

- La terapia de resolución de problemas: una terapia cognitiva cuyo objetivo es enseñar a la persona respuestas alternativas eficaces para solucionar problemas.
- La provisión de una tarjeta de emergencia: una tarjeta de contacto con la cual la persona tiene acceso durante las 24 horas del día a asesoramiento urgente por un psicólogo o un psiquiatra o al ingreso en un hospital.

La atención o ayuda a los familiares de las personas que se suicidan se debe realizar desde las fases tempranas del duelo, para crear una relación terapéutica que permita a los familiares su elaboración.

El trabajo psicoterapéutico con los familiares puede incluir lo siguiente:

1. Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros.
 2. Ayudar a corregir las negaciones y las distorsiones.
 3. Explorar las fantasías de los familiares respecto a cómo les afectará la muerte del familiar en el futuro.
 4. Trabajar el enfado y la rabia que este tipo de muerte genera.
 5. Confrontar el sentimiento de abandono con la realidad.
-

La OMS recomienda como tratamiento de elección el desarrollo de grupos de apoyo con la asistencia de otras personas que han pasado una situación similar.

Intervención en crisis. La intervención en crisis puede definirse como un proceso de influencia activa en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio, cuya finalidad es el aliviar el impacto inmediato de un evento estresante y ayudar a reactivar y fortalecer las capacidades y los recursos sociales de las personas afectadas.

En la crisis suicida, el psicólogo y el psiquiatra debe distinguir entre cuatro tipos de personas, independientemente de que exista o no un diagnóstico psiquiátrico subyacente:

Personas que han sobrevivido a un intento de suicidio.

Personas cuyo motivo de consulta es ideación o impulsos suicidas.

Personas que consultan por otras quejas, a veces somáticas, pero que admiten tener ideación suicida a lo largo de la entrevista.

Personas que potencialmente se estiman capaces de una conducta patológica.

Principios básicos de la intervención.

Los principios básicos de la intervención en la crisis suicida son los siguientes:

1. Identificar el problema y establecer un primer contacto con la persona suicida.
 2. Determinar el diagnóstico psiquiátrico o, al menos, realizar una aproximación sindrómica o exploración sobre si la persona ha tenido pensamientos suicidas.
-

-
3. Evaluar el riesgo suicida.
 4. Establecer una alianza terapéutica.
 5. Elección del tratamiento y del dispositivo de seguimiento
-

Enfrentando Pensamientos y Conductas Suicidas, en el tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (Proceso GATE, por sus siglas en inglés)

Los factores de riesgo en los pensamientos y conductas suicidas de los individuos en tratamiento por trastornos por consumo de sustancias se han investigados extensamente (Conner, Beautrais, & Conwell, 2003; Conner et al., 2007; Darke & Ross, 2002; Ilgen et al., 2007; Murphy et al., 1992; Preuss et al., 2002; Roy, 2001; Schneider et al., 2006). Para estos casos los factores de riesgo se definen como indicadores de riesgo a largo plazo (o permanentes). Estos pueden ser algo diferentes de las señales de advertencia, que señalan riesgo inmediato en las personas que no tienen trastornos de uso de sustancias.

Los principales factores de riesgo en los pensamientos y conductas suicidas entre los individuos con trastornos de uso de sustancias

Los principales factores de riesgo en los pensamientos y conductas suicidas entre los individuos con trastornos por consumo de sustancias son:

- Historial previo de intentos de suicidio (factor de riesgo más potente, aunque se debe recordar que aproximadamente la mitad de todas las muertes por suicidio ocurren en el primer intento).
- Historia familiar de suicidio.
- Uso severo de sustancias (por ejemplo, dependencia de sustancias múltiples, inicio temprano de la dependencia).

- Trastornos mentales concurrentes, tales como:
 - depresión (incluyendo depresión inducida por sustancias)
 - trastornos de ansiedad (especialmente Trastorno por estrés postraumático)
 - enfermedad mental (esquizofrenia, trastorno bipolar)
 - trastornos de personalidad (límite y antisocial)
 - anorexia nerviosa
- Historial de abuso infantil (abuso sexual especialmente)
- Circunstancias estresantes de la vida:
 - desempleo y bajo nivel de educación, pérdida del empleo, sobre todo cuando a punto de jubilación
 - divorcio o separación
 - dificultades legales
 - pérdidas financieras importantes y repentinas
 - aislamiento social, bajo apoyo social
 - relaciones conflictivas
- Rasgos de personalidad:
 - propensión a afectos negativos (tristeza, ansiedad, ira)
 - agresión o rasgos impulsivos
- Tener un arma de fuego de su propiedad o acceso a un arma de fuego ajena
- Otros factores de riesgo, aunque se requiere más investigación en personas con trastornos por consumo de sustancias, son:
 - características de la personalidad (inflexible/rígido)
 - orientación sexual (lesbiana, gay, bisexual, transgénero)
 - dolor crónico

Factores protectores

Los factores protectores se definen como amortiguadores que reducen el riesgo a largo plazo. A diferencia de los factores de riesgo, los factores que son protectores contra el comportamiento suicida no se han investigado en forma extensa (Goldsmith, Pellmar, Kleinman & Bunney, 2002). Según parece, existen menos factores protectores que factores de riesgo entre las personas que usan sustancias. Las razones para vivir son tal vez los factores protectores mejor investigados en la literatura (Linehan Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983; Oquendo Dragasti et al., 2005).

Los factores de protección más conocidos y que tienen algún grado de probabilidad en la protección de personas con trastornos por consumo de sustancias son (SAMHSA, 2009):

- Tener razones para vivir.
- Estar abstemio de uso y sobrio.
- Tener grupos de apoyo
- Asistir a Programa Preventivo de 12 pasos.
- Afiliación y asistencia a institución religiosa o haber internalizado las enseñanzas espirituales contra el suicidio.
- La presencia de un niño dentro de las responsabilidades del hogar
- Tener un matrimonio intacto.
- Tener una relación de confianza con un consejero, médico u otro proveedor de servicios de salud.
- Tener un empleo.
- Poseer rasgos de optimismo (una tendencia a mirar la vida positivamente)

Además, los factores de protección varían de acuerdo con los valores culturales. En las culturas donde las relaciones de las familias extendidas son estrechamente tejidas, el apoyo familiar puede actuar como un factor protector. Otras culturas incluyen: una fuerte afiliación con un clan, tribu o comunidad étnica; fe y confianza en los métodos curativos tradicionales; fuertes valores espirituales compartidos entre los miembros de la comunidad; y la ausencia de traumas culturales como el de las familias de sobrevivientes de un holocausto y los indios americanos que involuntariamente fueron enviados a internados para que se adaptaran a la cultura anglosajona.

Advertencia.

Los factores de protección NO INMUNIZAN contra el suicidio. Si existen señales de peligro inminente o evidencias de factores de riesgo o precipitación, la presencia de factores de protección no debe afectar la evaluación final del caso. Las acciones preventivas son necesarias, pero no deben dar una falsa sensación de seguridad. Aunque factores protectores pueden sostener el curso de los signos de riesgo en una persona (por ejemplo, debido a la depresión crónica), no inmunizan a los clientes del comportamiento suicida y pueden perder su efecto protector durante las crisis agudas. VIGILANCIA CONTINUA

Suicidio frente a la prevalencia de intento de suicidio en personas con trastornos por consumo de sustancias

Por lo general, los intentos de suicidio son mucho más comunes que las muertes por suicidios consumados. En los Estados Unidos, hay aproximadamente 32.000 suicidios al año (Centro Nacional de prevención de lesiones y Control (NCIPC, 2007). Pero se cree que la frecuencia de

intentos de suicidio es 10 veces ese número (320,000) según los registros en 2006, aunque la proporción de estas lesiones en las que se intentaba morir es desconocido (NCIPC, 2007).

Métodos de suicidio

En las personas con trastornos por consumo de sustancias el método más común de intento de suicidio es la sobredosis. También es común la autolesión (cortarse las venas de los brazos). Sin embargo, los métodos más letales son ahorcamiento y armas de fuego. Los intentos de suicidio por sobredosis generalmente son fallidos (Shenassa, Catlin y Buka, 2003).

Razones para el comportamiento suicida

A menudo hay más de una razón para un intento de suicidio. Por ejemplo, una persona puede querer vengarse de su ex pareja (inducir culpa), demostrar angustia (el grito de ayuda) y quiere morir. Por lo tanto, es importante no trivializar los intentos de suicidio que puedan incluir las motivaciones para morir. En otras palabras, si al menos algún deseo de morir estuvo presente en el momento de la tentativa, independientemente de si hubo otras razones para el acto, entonces el comportamiento puede considerarse un intento de suicidio.

Posibles razones de un Intento de Suicidio:

- Deseo de morir.
- Desesperanza.
- Tristeza prolongada o extrema.
- Auto-reproche u odio a sí mismo después de una recaída en el uso de sustancias.
- Soledad.

- Sentirse una carga para otros.
- Desinhibición, ebriedad.
- Salir de un estado emocional doloroso.
- Salir de una situación de encierro.
- Obtener la atención de alguien.
- Reacción impulsiva a un evento de vida estresante agudo (separación, divorcio, muerte de familiar, pérdida del empleo)
- Sentirse culpable por el daño a otra persona
- Paranoia u otra psicosis (algo le incita a suicidarse)
- Escapar de una situación de deterioro progresivo de la salud enfermedad terminal).

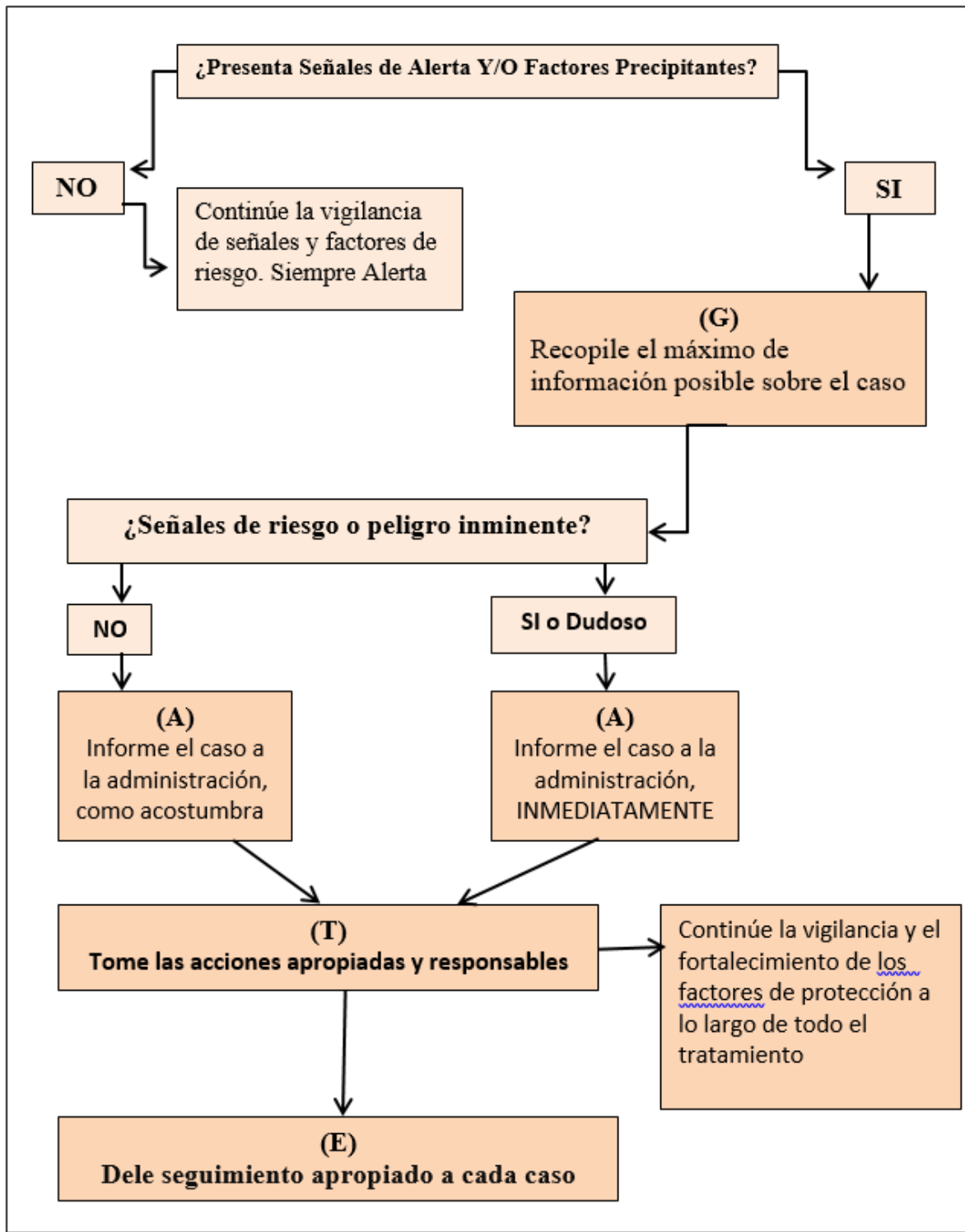
Función de los consejeros de trastornos por consumo de sustancias ante pensamientos y conductas suicidas identificadas: Procedimiento GATE (por sus siglas en inglés)

Un panel de profesionales de la salud mental de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2009) y la American Psychiatric Association (APA, 2006) han acordado por consenso una formulación de la función de los consejeros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para intervenir con pensamientos y conductas suicidas identificadas por las siglas GATE. Los elementos de GATE reflejan los comportamientos que están dentro del ámbito de competencia como profesional de la salud mental en relación con la prestación de ayuda a las personas que están en riesgo de suicidio.

Significado de las siglas GATE		
G	Gather information	Reúna el máximo posible de información sobre el comportamiento y pensamiento suicida de la persona.
A	Access supervisión	Acceda a sus supervisores. Notifique y consulte con la administración en su lugar de trabajo, la y el grado del riesgo del caso.
T	Take responsible action	Tome la acción responsable. Planifique con la persona la acción para dirigir los pensamientos y conductas suicidas.
E	Extend the action	Amplíe su acción. Dele seguimiento a cada caso. Coordine la atención, compruebe las citas de referidos y el progreso, consiga apoyo de los recursos de la familia y de la comunidad.

Los profesionales de la salud mental están familiarizados con la recopilación de información de personas con trastornos de uso de sustancias. Esta habilidad puede traducirse en GATE como la recopilación de información (G) sobre comportamientos y pensamientos suicidas del cliente. El acceso a la supervisión (A) puede ser una parte regular de su programa, como la aplicación del protocolo legal a seguir con todo caso en riesgo de suicidio que se presente. Los profesionales de la salud mental conocen cómo planear la intervención y el tratamiento (T) de una persona con un trastorno de consumo de sustancias. Esta habilidad puede aplicarse cuando una persona informa sobre sus pensamientos y conductas suicidas. Finalmente, los profesionales de la salud mental normalmente les dan seguimiento a las persona (E) para coordinar la atención, comprobar citas de referencia, progreso y conseguir apoyo de los recursos de la familia y la comunidad. Este proceso de cuatro pasos se presenta gráficamente en la Figura 2.

Figure 2 Procedimiento GATE para Hacer Frente a Pensamientos y Conductas Suicidas en Personas en Tratamiento por Abuso de Sustancias



Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2009). Quick guide for Clinicians, based on TIP 50. Addressing suicidal thoughts and behaviors in substance abuse treatment. SAMHSA, p. 32. Traducción del autor.

GATE, G: Gestión de datos de información.

La recopilación de información se realiza mediante dos pasos principales: (1) detección y observación de señales de advertencia y (2) hacer preguntas de seguimiento. La evaluación inicial de la persona es un paso breve y uniforme consistente en hacerle unas preguntas claves para determinar la existencia de señales de peligro, alerta, o el riesgo potencial al suicidio que ameriten proceder inmediatamente con un interrogatorio más extenso. Cuando la persona responde "SÍ" a una o más de las preguntas iniciales o se observan indicios de peligro en el comportamiento del cliente en cualquier momento de la intervención se debe continuar formulando unas preguntas de seguimiento para recopilar el máximo de información que sea posible sobre la persona. Esta información debe comunicarse a la administración o supervisión de la agencia para la cual el profesional de la salud mental trabaja para que ellos se unan al plan de acción. En el caso en que sea necesario referir el caso o solicitar una consulta con otro profesional de la salud mental debe transmitir tanta información como sea posible al otro proveedor de servicios.

Si su agencia no le proporciona unas preguntas estándar de cernimiento para casos de pensamientos y comportamientos suicidas, use las preguntas sugeridas a continuación. Es importante escoger el momento más adecuado para hacer preguntas. Resulta conveniente formular las preguntas dentro del contexto de una discusión más amplia, por ejemplo, cuando se está conversando con el cliente sobre su estado de ánimo y su calidad de vida.

Procedimiento sugerido.

Primero se introduce el tema amplio. Anime a la persona a hablar sobre sus sentimientos, síntomas y lo que está pasando por su mente. Si se sospecha que hay riesgo de suicidio, es importante preguntarle directamente acerca de pensamientos suicidas. Pregunte sin miedo y sin expresar juicio valorativo. Por ejemplo, diga: “Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre suicidio”, o “Tengo algunas preguntas para hacerle sobre comportamientos y pensamientos suicidas”. Observe la reacción emocional en el lenguaje corporal de la persona para la posible detección de pensamientos suicidas. Luego pregunte: 1) ¿Has pensado alguna vez en el suicidio? 2) ¿Has pensado en suicidarte? 3) ¿Has deseado quitarte la vida? 4) ¿Has intentado suicidarte? Las respuestas afirmativas a dos de estas preguntas sirven para detectar la existencia de factores de riesgo y o las señales de peligro y debe continuar el cernimiento.

Si existen serios factores de riesgo y/o señales de peligro inmediato de cometer suicidio debe continuar con más preguntas cuyas respuestas le proporcionarán el máximo de información posible para discutir la situación con su supervisor o equipo de trabajo, o para referir el caso a otro proveedor de servicios de salud física o mental. Preguntas sugeridas para darle seguimiento al caso. Pregunte en forma general sobre el suicidio:

- 1) ¿Qué me puedes decir sobre sus pensamientos de suicidarse? Si la persona se queda callado o requiere más dirección, probar con algunas de las siguientes preguntas:
 - ¿Qué es lo que te atrae al suicidio?
 - ¿Del uno al diez, cuan fuertes son estos pensamientos?
 - ¿Cuánto tiempo duran las ideas de suicidio en tu mente?
- 2) Si la persona no reacciona o no conoce las respuesta pregunte:

- ¿Has hecho un plan? Si contesta que sí: ¿Cuál es tu plan?
- ¿Tienes acceso a un método de suicidio, por ejemplo, un arma? ¿Una cantidad de drogas o medicamentos?
- ¿Desea intentar suicidarse?

Siempre debe hacerse una pregunta abierta primero para brindar la oportunidad a la persona de decir espontáneamente toda la información que usted necesita saber. Las preguntas abiertas pueden ayudar a evitar que la persona se sienta acosado.

Aunque la información relacionada con la planificación, el método y el intento de suicidio no salgan espontáneamente a la luz, siempre se pueden reunir unos datos o piezas críticas de información. La incapacidad o falta de voluntad de la persona para proporcionar la información necesaria puede ser un indicador de mayor riesgo. Tenga esto en cuenta en la discusión con su equipo de tratamiento o su supervisor.

Para recopilar información adicional acerca de los intentos de suicidio solicite a la persona que explique el intento de suicidio a través de una pregunta abierta, como: "Por favor, cuéntame sobre ese intento de suicidio que ha tenido anteriormente". Para investigar más, por ejemplo, si ocurrió más de un intento de suicidio, pregúntele por el más reciente intento y el más grave. Las respuestas a estas preguntas ayudarán a caracterizar la gravedad de la conducta suicida. Si la persona requiere más dirección, debe hacer preguntas como las siguientes:

- ¿Qué fue lo que te atrajo la idea de suicidarte?
- ¿Dónde estabas tú cuando la idea te vino a la mente?
- ¿Estabas bebido o drogado?

Si la persona no sabe o no responde, continúe reuniendo información sobre o letalidad pregunte:

- ¿Qué método utilizaste para intentar suicidarte?
- ¿Recibiste tratamiento médico de emergencia?

Para recopilar información acerca de la intención de suicidio, pregunte:

- ¿Querías morir?
- ¿Qué tan fuerte fue el deseo de morir?
- ¿Después de haber sobrevivido, ¿te sentiste bien por haber sobrevivido o más bien seguías deseando haber muerto?

GATE, A: Acceda a sus Supervisores

Control de acceso o consulta. No debe hacer un juicio sobre la gravedad del riesgo de suicidio o tratar de cernir el riesgo de suicidio por su cuenta, a menos que usted tenga un título avanzado en salud mental con una capacitación especializada en evaluar riesgo de suicidio que su agencia reconozca. El acceso a la obtención de consulta no se refiere simplemente a pedirle el parecer o el consejo a algún compañero de trabajo.

Aunque el insumo de un compañero puede ser útil, en el procedimiento GATE A la consulta es un proceso más formal por el que se obtiene información y asesoramiento de (a) un profesional con mayor autoridad y control de las acciones protocolarias en el escenario de trabajo, (b) un equipo multidisciplinario que incluye a tales personas, o (c) un consultor experimentado en el manejo de casos de comportamiento suicida que ha sido validada por su agencia para este propósito.

Para obtener la supervisión o consulta, primero se debe reunir toda la información que sobre la tendencia y el comportamiento suicida de la persona a través de preguntas de investigación y seguimiento (GATE, G), así como datos de otras fuentes de información (por ejemplo, otros proveedores, miembros de la familia, registros de tratamiento). En algunas circunstancias, usted necesitará obtener consulta inmediata. En otras circunstancias, podrá esperar obtener consulta en reuniones regulares de supervisión o en equipo (consultas periódicas).

GATE, T: Tomar Acción Responsable

Un principio que debe siempre guiar la toma de acción responsable es que todo lo que se haga debe tener sentido a la luz de la gravedad del riesgo de suicidio. En el sentido jurídico, el estándar utilizado para evaluar la responsabilidad y obligación del profesional de la salud es comparar el juicio de un profesional determinado con el comportamiento de lo que hubiera hecho otro practicante igualmente capacitado y con experiencia en las mismas circunstancias.

El factor clave al considerar las acciones a tomar (aunque no es el único factor) es un juicio sobre la gravedad del riesgo. Gravedad se define como la probabilidad de que se produzca un intento de suicidio y las posibles consecuencias de una tentativa. Si un cliente se considera que probablemente llevará a cabo un intento de suicidio (por ejemplo, tiene pensamientos suicidas persistentes y un plan claro), el caso es de alta seriedad. En contraste, si un cliente se considera poco probable para realizar un intento (por ejemplo, tiene ideación fugaz, sin un plan claro y sin intención de actuar), el caso tiene menor gravedad. Pero hay que recordar siempre que los juicios sobre el grado de gravedad de riesgo se realizarán en consulta con un supervisor o con un equipo de tratamiento, no un consejero actuando solo.

Las acciones deben ser sensibles a la luz de la información que se haya recopilado acerca de pensamientos suicidas o intentos de suicidio anterior. Aunque las acciones posibles son muchas, generalmente pueden ser descritos a lo largo de un continuo de intensidad. En los casos de mayor gravedad, generalmente tendrá que tomar acciones más intensivas e inmediatas. En circunstancias menos graves, será más probable tomar medidas menos intensivas y más despacio. Sin embargo, tenga en cuenta que acciones “menos intensivas” no significa o equivale a la inacción. Simplemente indica que puede haber más tiempo para formular una respuesta, las acciones pueden ser de menor intensidad, o pueden implicar la involucración de menos personas y recursos.

En algunos casos, se requiere una respuesta inmediata. En general, las respuestas que requieren una actuación inmediata pueden considerarse más intensivas. Ejemplos de acciones inmediatas incluyen organizar el traslado a un departamento de emergencia del hospital para la evaluación, ponerse en contacto con un cónyuge para que éste quite o retire un arma y la guarde en un lugar seguro desde el inicio de la intervención, y coordinar un referido a un especialista en salud mental (si usted no lo es) para que evalúe al cliente. Acciones no-inmediatas, pero importantes, son, por ejemplo: referir a un cliente a un centro de salud mental ambulatoria para la evaluación, programar una cita con un psiquiatra y elaborar un record con los datos de otros proveedores de servicio de salud mental.

Algunas intervenciones son claramente más intensas que otras, para la persona y su familia, porque involucran la movilización de la persona (por ejemplo, llamar una ambulancia para trasladarla a un servicio de urgencias del hospital; son muy caras (como la hospitalización); comprometen la privacidad de la persona (por ejemplo, ponerse en contacto con la policía para verificar la conducta de una persona de alto riesgo); o restringen la autonomía (por ejemplo, pedir ayuda a un cónyuge para el almacenamiento seguro de un arma).

Otras intervenciones en la gestión de riesgo de suicidio, aunque menos intensivas, también pueden ir más allá de la atención habitual prestada a una persona que recibe tratamiento por trastorno de consumo de sustancias y pueden ser interpretadas por ésta como innecesarias o intrusivas. Por ejemplo, el arreglo de otra evaluación con un especialista de tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios o a través de una visita a domicilio por un equipo móvil de crisis de salud mental, puede contemplarse como onerosas para el cliente. Las intervenciones menos intensivas, aquellas que no reducen la libertad de movimiento y que no sacrifican la privacidad, son comparativamente baratas y no limitan la autonomía. Otro aspecto de la intensidad refiere a la cantidad de personas involucradas (por ejemplo, persona, manejador de caso, consejero, profesional de la salud mental, inclusión del cónyuge en el tratamiento) y la diversidad de acciones a tomar (uso de medicamentos psiquiátricos, consejería familiar sobre el uso de drogas, sesiones de consejería, coordinación de intervención de casos). En general, cuanto mayor sea el número de intervenciones y de los individuos implicados en el tratamiento, mayor intensidad en las acciones.

En fin, que la intensidad de las acciones que se toman en coordinación con el supervisor o los miembros de un equipo de tratamiento deben hacer buen sentido a la luz de la información que han reunido, cuanto más grave el riesgo se requiere acciones más intensivas. Las acciones pueden incluir el referido para una evaluación formal o para tratamiento adicional. El profesional de salud mental siempre debe tomarse el tiempo para preparar a la persona que atiende antes de hacer cualquier referido y además, ofrecerle algún sentido de control para obtener su cooperación.

Acciones que siempre debe tomar el proveedor de servicios de salud mental.

- Responder con empatía al cuadro de posibilidad de suicidio, sus señales, factores de riesgo y de precipitación.

- Participar en la elaboración, el desarrollo e implementación de un plan escrito de evaluación y tratamiento, que se ocupe responsablemente del riesgo de suicidio junto con los problemas de drogadicción del cliente.
- Colaborar con el supervisor o equipo de tratamiento para desarrollar un plan de emergencia que garantice la seguridad de los clientes en alto riesgo.
- Referir el caso a los recursos apropiados, incluyendo a los clientes resistentes a recibir ayuda, los cuales debe convencer para que acepten la ayuda y reciban el tratamiento adecuado.
- Aplicar los principios de gestión de crisis con clientes activamente suicidas.
- Coordinar la restricción de los métodos de suicidio para los clientes suicidas (por ejemplo, eliminar las armas, restringir la disponibilidad de medicación).

GATE, E: Extienda su Acción

Los esfuerzos de prevención del suicidio no son acciones que se realizan una sola vez, o en una sola intervención. La acción debe ser continua porque los clientes que han mostrado tendencias suicidas son vulnerables a una recurrencia del riesgo. Un enfoque de equipo también es esencial, ya que requiere de seguimiento de recomendaciones y coordinar con otros proveedores de servicios en forma continua. En este trabajo se han discutido algunas acciones, pero no todas las que puede utilizar para promover la seguridad a través del tratamiento. Siempre debe trabajar estrechamente con su supervisor o equipo de tratamiento en el desarrollo de un plan de acción prolongada. Documente el progreso eventual y el estatus del cliente al terminar el tratamiento.

La documentación GATE es fundamental para promover la seguridad del cliente, coordinar la atención de los profesionales de tratamiento y establecer un sólido historial médico y legal. La

documentación implica proporcionar un resumen escrito de cualquier medida adoptada relativa a GATE junto con una declaración de las conclusiones que muestra la lógica del plan resultante. El plan debe hacer buen sentido a la luz de la gravedad del riesgo. Consejeros, supervisores o consultores pueden proporcionar dicha documentación. Muchos programas y organismos reguladores del estado recomiendan o exigen un formato concreto en que debe producirse esta documentación. Por lo general, estos formatos acomodan toda la información contenida en el protocolo sugerido por GATE.

Conclusión

Los profesionales de la salud mental tienen unas responsabilidades éticas, sociales y legales que deben cumplir en cualquier situación de suicidio que se les presente en o fuera de su práctica. A continuación, se presenta el protocolo a seguir según las leyes de Puerto Rico.

Aspectos legales del suicidio en Puerto Rico

Es importante resaltar la pertinencia de atender adecuadamente TODAS 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.

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 incurren 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

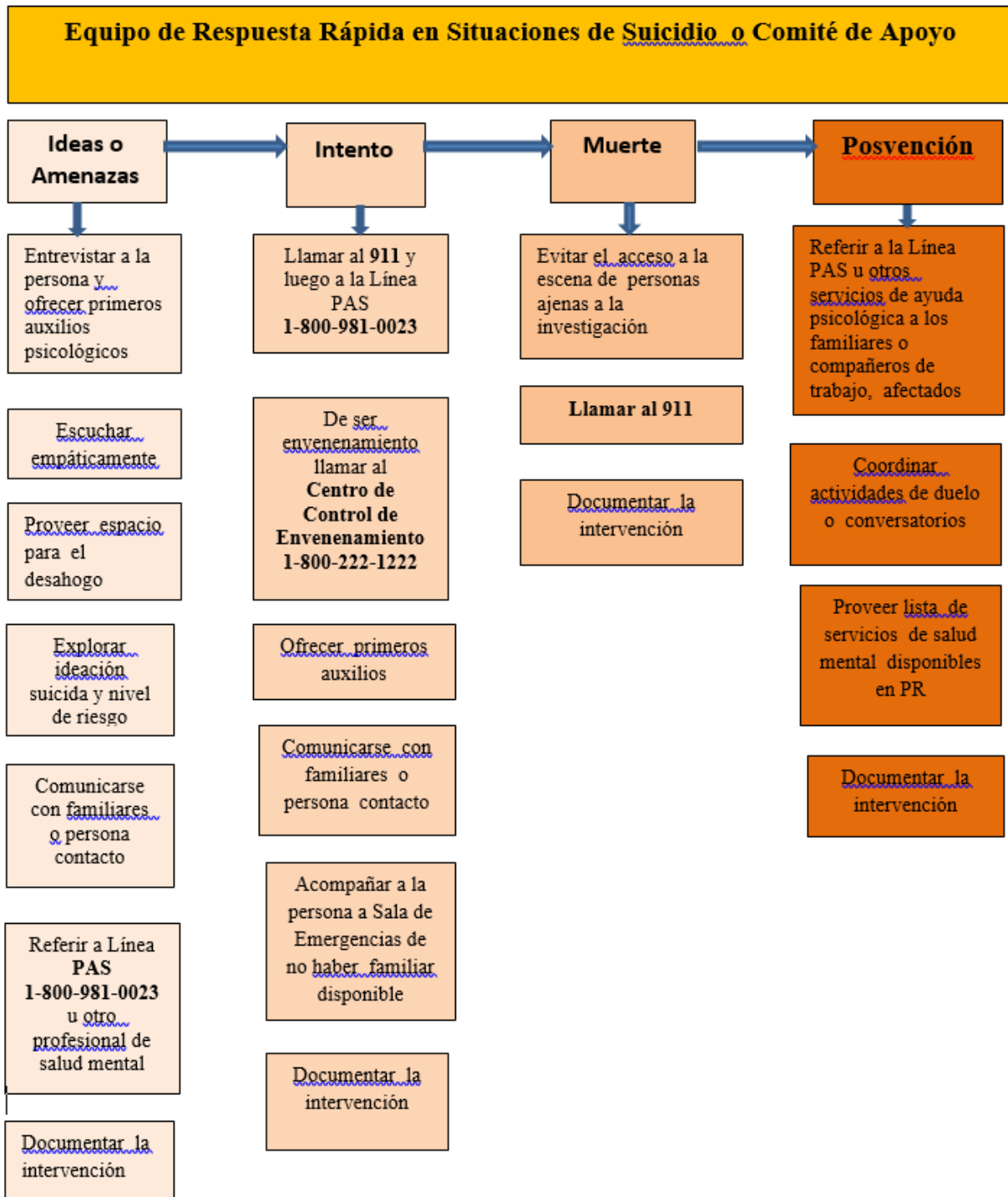
vida de otra persona tienen que probarse los siguientes elementos: que ocurrió un daño, que ese daño fue causado por la acción u omisión de la persona demandada, y que la acción u omisión de la persona demandada fue culpable o negligente (la culpa o negligencia es la falta del debido cuidado). En este caso, alejarse por completo de lo establecido en este protocolo, luego de haber recibido orientación sobre el mismo, podría ser visto como actuar culpable 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.

Se debe recordar que la incitación al suicidio está tipificada 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.

Flujograma para el manejo del comportamiento suicida

La Comisión para la Prevención del Suicidio, del Departamento de Salud de Puerto Rico (CPS, 2014), en su Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio, establece el siguiente flujograma en el que, de forma resumida, se detallan los pasos a seguir en casos de comportamiento suicida. Ver Figura 3.

Figure 3 Respuesta Rápida en Situaciones de Suicidio



Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico. Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS, 2014). Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio, p. 67.

Líneas para manejo de Emergencias	
Línea de Emergencias	911
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

Referencias

- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner J., Giner, L., Pérez, V., P. A. Sáiz y Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y de Salud Mental*, 5, (1), 8-23. Recuperada 5/4/2017 de www.elsevier.as/saludmental
- Conner, K. R., Beautrais, A. L., & Conwell, Y. (2003). Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: Analyses of Canterbury Suicide Project data. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 551–554.
- Conner, K. R., Hesselbrock, V. M., Meldrum, S.C., Schuckit, M. A., Bucholz, K. K., Gamble, S. A., et al. (2007). Transitions and correlates of, suicidal ideation, to plans, and unplanned and planned suicide attempts among 3,729 men and women with alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 654–662.
- Darke, S., & Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97, 1383–1394.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS, 2014). Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio. Recuperado 6/4/17 de <http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/PROTOCOLO.pdf>.
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología*. Buenos Aires: Editorial Gorla.
- Freud, S. (2001). “Más allá del principio de placer”. *Obras completas, XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Ilgen, M. A., Harris, A. H., Moos, R. H., & Tiet, Q. Q. (2007). Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 635–642.
- Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E., & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 49, 459–463.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Prevención del suicidio (SUPRE). Recuperado 6/4/17 de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Prevención del suicidio: Un imperativo global. Washington, DC., OMS.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Buckman, K., Bierut, L., et al, (2002). Comparison of 3190 alcohol dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 471–477.
- Roy, A. (2001). Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1215–1219.
- Schneider, B., Georgi, K., Weber, B., Schnabel, A., Ackermann, H., & Wetterling, T. (2006). Risk factors for suicide in substance related disorders. *Psychiatrische Praxis*, 33, 81–87.
- Shenassa, E. D., Catlin, S. N., & Buka, S. L. (2003). Lethality of firearms relative to other suicide methods: A population based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 120–124.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAHMSA, 2009). Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment a Treatment Improvement Protocol, TIP 50, 11-12.

_____. Quick guide for Clinicians, based on TIP 50. Addressing suicidal thoughts and behaviors in substance abuse treatment. SAHMSA. www.sahmsa.gov.

Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, S11–S19.