

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE CORRECCION Y REHABILITACION
ADMINISTRACION DE CORRECCION
SAN JUAN, PUERTO RICO

PROTOCOLO PREVENCION DE SUICIDIO

INDICE

Artículo		Página
I	INTRODUCCION.....	1
II	BASE LEGAL.....	5
III	PROPOSITO.....	6
IV	APLICABILIDAD.....	7
V	OBJETIVOS.....	7
VI	SUICIDIO.....	8
	A. DEFINICION DE SUICIDIO.....	8
	B. DEFINICIONES DE ESTAS CATEGORIAS.....	8
	C. SUICIDIO INDIRECTO.....	8
	D. LETALIDAD.....	9
	E. METODOS.....	9
	F. FACTORES PREVENTIVOS.....	11
	G. MITOS.....	11
	H. SEÑALES DE PELIGRO.....	12
	I. PATRONES DE COMPORTAMIENTO SUICIDA....	13
	J. FACTORES QUE REDUCEN LA POSIBILIDAD DE SUICIDIO.....	14
VII	PLAN DE RESPUESTA PARA EL MANEJO DE SUICIDIO Y EMERGENCIA DE SALUD MENTAL PARA EMPLEADOS (9 INTERVENCIONES).....	15
VIII	PASOS A SEGUIR AL REFERIR AL EMPLEADO.....	16
IX	SEPARABILIDAD.....	18
X	VIGENCIA.....	18

- Guía práctica para la intervención en crisis con empleados públicos impactados por la Ley 7 del 9 de marzo de 2009, ASSMCA.
- Directorio de los coordinadores de PAE en las agencias



PROTOCOLO PREVENCION DE SUICIDIO

I. INTRODUCCION

El suicidio se define como un acto consciente de aniquilación auto inducido. La palabra suicidio de raíz griega significa “sui” si mismo, “cidium” matar, en resumen matarse a sí mismo.

El suicidio es una de las causas más frecuentes de muerte y como tal, plantea un grave problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de Salud estima que por lo menos mil (1,000) personas se suicidan cada día y alertan sobre el incremento de las tasas de suicidio, sobre todo en la población joven.

En el 1999 el cirujano general de los Estados Unidos hizo quince (15) recomendaciones para la prevención del suicidio, las cuales posteriormente se convirtieron en los objetivos de la estrategia nacional para la prevención del suicidio (2001) del Departamento de Salud y Servicios Humanos. A continuación algunas de ellas:

- El suicidio es prevenible (se parte de esta premisa).
- Desarrollar un sistema de apoyo para la prevención de suicidio.
- Desarrollar e implantar programas para la prevención de suicidio.

- Promover esfuerzos para reducir el acceso y disponibilidad a medios y métodos letales.
- Implantar un programa de adiestramiento para reconocer las conductas de alto riesgo suicida y proveer tratamientos efectivos.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud mental y trastornos adictivos.
- Promover y apoyar la investigación científica sobre la conducta suicida y el suicidio.
- Mejorar y expandir los sistemas de vigilancia.

Las estadísticas del Departamento de Salud en Puerto Rico durante los últimos catorce (14) años señalan que 4,385 personas se han suicidado en este periodo. También señalan que el 90% de los que consumieron el acto de suicidio eran del sexo masculino y el 10% eran del sexo femenino; un promedio de muertes por año de 313 personas.

Según las tendencias actuales el suicidio debe ser considerado con causas multifactoriales, en el que intervienen factores biopsicosociales y de la fe. El individuo suicida, en muchas ocasiones no cuenta con los mecanismos para adaptarse al medio ambiente por lo que considera el suicidio como su única alternativa.

Algunas preguntas que puedes hacer al empleado para ayudar o detectar alto riesgos:

1. Te escucho
2. Quiero entenderte

3. No estás solo/a
4. Suenas muy triste, deprimido/a o ansioso/a
5. Parece que las cosas no marchan bien.
6. ¿Estás pensando en suicidarte, pero se te dificulta hablar de este tema?
7. ¿Lo has intentado previamente?
8. ¿Qué paso?
9. ¿Deseas hacerte daño o morir?, ¿Cuándo?
10. ¿Qué tan serio es tu deseo de morir?
11. ¿Has pensado en qué forma lo harías?
12. ¿Has estado tomando bebidas alcohólicas?
13. ¿Tienes en tu poder armas de fuego, cuchillo, píldoras en la casa?
14. ¿Le has dicho a otra persona como lo harás?

NO le digas:

1. Ya lo superarás
2. Es una etapa en tu vida
3. Deja de ser egoísta
4. Solamente estas llamando la atención
5. Debes levantarte y seguir hacia adelante

El suicidio es uno de los mayores problemas sociales en Puerto Rico, esta realidad se recrudece en nuestro sistema correccional donde miles de empleados confrontan situaciones por causas ajenas a su voluntad y

otras son parte de la subcultura de organización, reducciones laborales, de jornadas, salariales, traslados, demociones, acciones disciplinarias, crisis, reconstrucción fiscal y las recientes medidas adoptadas (Ley 7) para superar la crisis fiscal.

Es por esta razón que resulta de suma importancia el reconocer e identificar las señales de un posible intento suicida, de manera que podamos ayudar a prevenirlo.

Si transferimos esta posibilidad a los centros de trabajo en el Departamento de Corrección y Rehabilitación podemos visualizar que un empleado es un candidato de alto riesgo.

Un empleado del DCR en circunstancias previamente descritas puede sentir un fuerte remordimiento o vergüenza por una situación como una acción disciplinaria, suspensión, una promoción esperada que nunca llegó, una democión, un traslado no deseado, una reducción en jornada laboral o reducción salarial, cesantía o renuncia voluntaria, ante la pérdida, etc. Cabe señalar que cada empleado laborando en corrección puede tener algún tipo de problema emocional o situación personal y que sus síntomas puedan aumentar debido a las situaciones que atravesamos y que emergen en el centro de trabajo o viceversa. Está en todos los que trabajan para este sistema el promover la esperanza al cambio favorable, mediante la cooperación de todos podemos aliviar cualquier situación en forma proactiva podemos atender y atacar el problema porque partimos del principio que promulga que “todo suicidio es prevenible” ya que todos

perdemos con esta acción. Ayudar no cuesta nada y de seguro sentirá un gran alivio al ser parte de la solución.

Nos preocupa sobremanera la crisis fiscal que atraviesa nuestro país ya que la misma requiere soluciones o medidas para balancear, reestructurar y estabilizar las finanzas departamentales. Lo dicho trajo como consecuencia medidas como la Ley Núm. 7 y acciones como reducción de jornada para achicar la nómina pública, abaratar costos etc. con el fin de lograr las metas propuestas.

Desafortunadamente la reacción social informal puede manifestarse colectivamente y a nivel individual en formas predecibles e impredecibles. El suicidio está latente en nuestra sociedad por lo que es necesario desalentarlo, tomar medidas preventivas y tener alternativas a estas reacciones tan perjudiciales donde todos perdemos seres queridos y el aspecto psico-emocional colectivo se puede afectar sin trascendencia.

El Departamento de Corrección y Rehabilitación es una sombrilla departamental con programas de servicios multidisciplinarios con un alto nivel de estrés y en constante cambio que provoca procesos de adaptaciones; todo empleado puede ser un potencial suicida en determinado momento.

II. BASE LEGAL

Este Protocolo es adoptado en virtud de las disposiciones contenidas en la Ley Núm. 116 de 22 de julio de 1974 según enmendada, conocida como “Ley orgánica de la Administración de Corrección”, el Plan de

Reorganización Núm. 3, de 9 de diciembre de 1993, que crea el Departamento de Corrección y Rehabilitación y las guías establecidas por la Organización Mundial de la Salud y el Departamento de Salud de Puerto Rico, el cual reconoce la Ley Núm. 408 de Salud Mental.

En Puerto Rico se aprobó la Ley Núm. 227 de 12 de agosto 1999, que se conoce como la “Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención de Suicidio”, a los fines de disponer las responsabilidades de la comisión para la implantación de la política pública en prevención de suicidio en las agencias públicas del Gobierno.

III. PROPOSITO

Este Protocolo se adopta para establecer las normas y guías uniformes para todas las oficinas y facilidades correccionales. Se pretende establecer con este protocolo la política pública del Departamento de Corrección y Rehabilitación sobre la prevención de suicidio bajo el marco legal de la Ley Núm. 227 de 12 de agosto de 1999, según enmendada, aplicable al Departamento de Corrección y Rehabilitación y agencias componentes.

El Departamento de Corrección y Rehabilitación tiene como misión fortalecer la capacidad de los empleados con o en riesgo de problemas relacionados a la salud mental. Este Protocolo está dirigido a desarrollar una red de servicios y un plan de manejo de crisis coordinado para atender a los empleados de nuestros departamentos, promover el uso de los servicios de ayuda disponible y de prevención. Partimos de la premisa

que toda intención suicida es prevenible y este estado es temporero, según revelan los estudios, ninguna persona con deseos suicidas permanece en ese estado, esto es pasajero como otros malestares psico-emocionales o conductuales.

IV. APLICABILIDAD

Este Protocolo será de aplicabilidad a todo empleado y funcionario del Departamento de Corrección y Rehabilitación y sus agencias componentes, Administración de Corrección, Administración de Instituciones Juveniles, Junta de Libertad Bajo Palabra, Corporación de Empresas y Adiestramiento y Trabajo y la Oficina de Servicios de Antelación al Juicio.

V. OBJETIVOS

1. Ofrecer a los empleados seminarios socio-educativos sobre la prevención de suicidio y sobre la problemática de salud mental empleando este protocolo como guía.
2. Aplicar el plan de respuesta para el manejo de suicidio y emergencia de salud mental para los empleados incluidos en este protocolo.
3. Promover el uso de servicios de ayuda disponibles como medida preventiva a los empleados, por ejemplo; Salud Ocupacional, salud correccional-oficina de cumplimiento de salud, Capellanía, Inspira, PAS, Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Salud Mental, etc.

4. Preparar material educativo sobre la prevención de suicidio y problemas de salud mental dirigido a los empleados.

VI. SUICIDIO

A. Definición de Suicidio

Acto consciente de aniquilación auto inducido. La palabra suicidio significa sui “si mismo” cidium “matar”

El suicidio ha estado presente en todos los tiempos y lugares del mundo; no discrimina por edad, género, raza, creencias religiosas ni políticas, clase social, estado financiero, grado académico, inclinación sexual, etc.

B. Definiciones de estas categorías

1. **Ideación suicida** - se refiere a pensamientos presentes y latentes del deseo de matarse.
2. **Amenaza suicida** - se refiere a la expresión verbal directa, indirecta o escrita del deseo de matarse o morir.
3. **Intento suicida** - acciones para atentar contra uno mismo.

C. Suicidio Indirecto

Incluye:

1. Automutilación
2. Adicción (alcoholismo y tabaquismo)
3. Ideación obsesiva con la muerte (sin previos atentados)
4. Conducta de alto riesgo (conducir en alta velocidad)

5. Paciente de salud física que no sigue su tratamiento (sobre peso, o rehúsa ingerir su insulina u otros medicamentos).

6. Exceso de trabajo

D. Letalidad

Es el riesgo de morir por el método escogido o riesgo futuro de muerte por suicidio por la acción presente. Es la posibilidad de obtener la muerte (probabilidad de desenlace fatal). Existen dos tipos de letalidad:

1. **Aguda** - probabilidad de que la muerte por suicidio ocurra en un corto periodo de tiempo. Por ejemplo: esta noche, esta semana o la otra.

2. **Crónica** - que ocurra en un periodo largo de tiempo.

E. Métodos

Armas de fuego, ahogamiento, ahorcarse, fuego, envenenamiento, sobredosis, cortarse, saltar de alturas, tirarse debajo de un auto o un ferrocarril, conducir a alta velocidad. El intento y la motivación de individuo suicida determinan el método a seleccionar.

La féminas tienden a emplear métodos menos letales (prefieren el envenenamiento). Los varones emplean métodos más letales (armas de fuego, ahorcarse o lanzarse de un edificio). Esto podría explicarse por el proceso de socialización. Las féminas emplean métodos menos letales para evitar la desfiguración física. En el caso de los geriátricos utilizan métodos más letales que los

adolescentes al consumir el acto de suicidio; los jóvenes prefieren las cortaduras y los envejecientes los disparos, envenenamiento o saltar desde las alturas. Hoy en día el suicidio está entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países occidentales, incluyendo los Estados Unidos. Desgraciadamente la tasa de mortalidad va en ascenso vertiginosamente: Puerto Rico es una sociedad suicida (Dávila, citado en Calero, 1988).

Dato curioso: existe una tendencia en los hombres a suicidarse tres veces más que las mujeres; las mujeres intentan más el acto sin éxito. La mayor incidencia de intentos suicidas oscila entre las edades de 24 a 44 años, pero la edad que se consume más el acto está entre los 55 y 64 años. Cerca de un 15% de los suicidas puertorriqueños son ancianos, a la par con esto los suicidios entre jóvenes y adolescentes aumentan, al punto de que en los Estados Unidos, esta es la sexta causa de muerte entre los 5 y 14 años y la tercera entre los jóvenes de edades entre los 14 y 24 años de edad. Pero existe la prevención como solución y no debemos olvidarlo. Durante los últimos años la incidencia de suicidio ha incrementado considerablemente entre los adolescentes y los adultos jóvenes; también se ha elevado la proporción de las mujeres.

F. Factores Preventivos

No hay duda que la evaluación de la conducta suicida y problemas de salud mental le compete al personal profesional cualificado de salud mental; trabajadores sociales clínicos, psicólogos clínicos y psiquiatras, no obstante, con este protocolo se intenta promover una herramienta básica al personal civil y de custodia de la Administración de Corrección y otras agencias del Departamento de Corrección y Rehabilitación para que puedan identificar a grandes rasgos el riesgo potencial en un compañero empleado civil, oficial y canalizar la respectiva ayuda inmediatamente.

G. Mitos

1. La persona que habla de suicidio nunca lo hace. (No se debe menospreciar o subestimar, tómelo en serio, cualquier amenaza siempre es una emergencia, la mayoría de las personas que se suicidaron dieron aviso de sus intenciones).
2. Nada puede detener un suicida (el suicidio es prevenible, nadie permanece suicida).
3. La persona que falla en su intento suicida, tarda o temprano lo logra (el suicidio es prevenible y si se obtiene la ayuda mediante tratamiento se puede superar).
4. La persona que habla de suicidio lo que busca es atención, la mejor respuesta es ignorarlo (nunca ignore la amenaza suicida, un poco de atención puede salvar una vida).

5. Continuar hablando de suicidio a una persona es motivarle a que lo haga (hablar sirve de desahogo y es lo mas efectivo que tenemos para que desista de sus planes).
6. La gente bajo cuidado psiquiátrico raras veces se suicida (en ocasiones han abandonado el tratamiento).
7. Los suicidios ocurren a veces de forma completamente inesperada, (las acciones suicidas en su mayoría han tenido tiempo para planificarlas y considerar las alternativas, en la mayoría de las ocasiones el suicida esta ambivalente sobre el consumir el acto, por lo que el diálogo promueve a que desista).
8. Solo los enfermos mentales se suicidan (aunque él/ella con ideas suicidas es extremadamente infeliz, no necesariamente es un enfermo mental).
9. Mi hijo estaba deprimido y con deseos de morir, pero la depresión no desapareció (el tratamiento de salud mental es necesario para superar este estado y evitar tendencias de alto riesgo provocado por la depresión).

H. Señales de Peligro

1. Historial de intentos suicidas previos
2. Historial de tratamiento psiquiátrico previo
3. Historial de suicidio en la familia

4. Pérdida de trabajo, situación económica, social, salud, status (real, imaginario o nada).
 5. La muerte o enfermedad incurable de un familiar o amigo o uno mismo
 6. Abuso de sustancias, alcohol y drogas pueden provocar tristeza, sentimientos de culpa, pobre auto estima y estados de depresión.
 7. Condiciones de salud tales como VIH, VHC, Sida, Cáncer, Diabetes, etc.
 8. Depresión, ansiedad entre otros trastornos mentales
 9. Divorcio, separación o desilusión amorosa, viudez, etc.
 10. Desordenes de depresión, ansiedad, afectivo, sufrimiento, desesperación, pérdida de empleo, impotencia, sentirse inútil, indigno, culpable, avergonzado, humillado, pobre autoestima, tristeza, apatía, ansiedad, irritabilidad, arranque de ira, aislamiento, pérdida de todo interés, descuido en la apariencia personal, insomnio, tiempos difíciles, crisis interpersonales.
 11. Disponibilidad o acceso a métodos letales especialmente pistolas o armas de fuego, medicamentos etc.
- I. Patrones de Comportamiento Suicida
1. Historial previo
 2. Pérdida reciente de personas significativas de interés

3. Síntomas depresivo, agitación o ansiedad excesiva adictivos
4. Manifestación de trastornos mentales y adictivos
5. Síntomas de paranoia (cuando se teme que están planificando en contra)
6. Hostilidad sentimientos de culpa, desesperanza, desesperado
7. Regalan objetos valioso (se desprenden de sus pertenencias)
8. Arreglo de pólizas de seguros o testamentos, cancela deuda, devuelven objetos prestados
9. Personas que consistentemente hablan, leen, escriben sobre el suicidio o la muerte.
10. Constantemente hablan de sentirse desvalorado sin la posibilidad de ayuda (ejemplo; “voy a suicidarme”, “deseo estar muerto”, “no debí haber nacido”, “no tiene sentido seguir viviendo”.

J. Factores que Reducen la Posibilidad de Suicidio

1. Ayuda para condiciones mentales, salud física y abusos sociales, especialmente depresión.
2. Acceso restringido a métodos letales de suicidio, especialmente armas de fuego entre otras.
3. Establecer relación con profesionales de salud mental; médicos, pastores, sacerdotes, consejeros, etc.

VII. PLAN DE RESPUESTA PARA EL MANEJO DE SUICIDIO Y EMERGENCIA DE SALUD MENTAL PARA EMPLEADOS (9 INTERVENCIONES)

1. Información relacionada con su identificación (nombre, edad, número de teléfono, dirección y con quien reside)
2. Explicar protocolo de confidencialidad y sus excepciones
3. Utilizar tono de voz pausada y tranquila
4. Promover ventilación (verbalización) y hacer preguntas abiertas
5. Infundir empatía y esperanza
6. No juzgue, sea sensitivo y sensible hacia el pensamiento y sentimiento
7. No le deje a solas
8. Obtenga una descripción clara del problema.
9. Evalúe ideación suicida, riesgo potencial, obtenga información del método considerado, acceso a armas, su plan suicida, intentos previos del empleado o familiares, trauma psico-emocionales e historial de pérdidas.
10. Orientación, tiempo, lugar y persona
11. Historial adictivo, psiquiátrico
12. Informe de situación de empleados.
13. Exprese precauciones a seguir con el paciente

14. Eliminación de objeto que el paciente pueda utilizar para hacerse daño (arma de fuego, cuchillos, medicamentos controlados, navajas, etc.)
15. Control de medicamentos
16. Vigilancia (no dejar al empleado solo)
17. Provea apoyo emocional (no estás solo)
18. Proveer número telefónico donde contactarlo
19. Explique facilidades de sala de emergencia psiquiátrica
20. Ley 408 hospitalización involuntaria
21. Comuníquese con el profesional correspondiente e informe la situación
22. Informe a la persona encargada sobre la situación del empleado.
23. Escuche al empleado (Refiera a servicios de seguimiento)

VIII. PASOS A SEGUIR AL REFERIR AL EMPLEADO

1. No deje al empleado civil o al oficial solo.
2. No hagas comentarios como ya lo superarás, es una etapa en tu vida, deja de ser egoísta, solo estas llamando la atención, debes levantarte y seguir hacia adelante, NO JUZGUES.
3. Ofrezca apoyo a la persona en crisis.
4. Tómelo en serio, las ideas, amenazas e intentos suicidas son siempre una emergencia.

5. Preste atención; identifique las señales de peligro, usted será el único apoyo
6. Escúchelo, ayúdele a desahogarse, a sacar la angustia, a pensar, a entender lo que ocurre, a encontrar soluciones, Todo problema tiene solución. Nunca minimices el problema de la persona en crisis, no le juzgue, no es momento de regaño, no prediques, no testimonie ni le ofrezca cátedra.
7. Ayúdele a buscar ayuda si aplica, deben ponerlo en las manos de un profesional de la conducta humana, ya sea un Trabajador Social Clínico, un Psicólogo Clínico o un Psiquiatra.
8. Llame al supervisor de la institución, departamento o programa de la oficina. Notifique que el empleado requiere intervención de emergencia.
9. Haga las gestiones.
10. Después de asegurar que el empleado sea trasladado al hospital escriba todo lo requerido.

Recuerda:

1. El suicidio es una situación seria que se puede ayudar a prevenir.
2. En tus manos puede estar el salvar una vida.
3. La ideación y amenaza suicida es siempre una emergencia.

La guía práctica para la intervención en crisis con empleados públicos impactados por la Ley Núm. 7 de 9 de marzo de 2009 es la guía protocolaria que utilizaremos para mantener uniformidad y para la prevención de suicidio como una de nuestras intervenciones de crisis en nuestro centro de trabajo (ver anejo).

IX. SEPARABILIDAD

Si cualquier parte de este documento se declarase inválida, ilegal o nula, ello no afectará el resto del mismo.

X. VIGENCIA

Este Protocolo entrará en vigor al momento de su aprobación y firma.

Aprobado en San Juan, Puerto Rico, hoy 15 de julio de 2010.



Carlos M. Molina Rodríguez
Secretario
Departamento de Corrección y Rehabilitación

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Corrección y Rehabilitación

REFERIDO PARA SERVICIOS

NOMBRE DEL EMPLEADO _____ EDAD _____

FECHA _____ SEXO () F () M

UNIDAD DE TRABAJO O INSTITUCION: _____

Razón para referido: Empleado con uno o más de los siguientes indicadores: (Use marca de cotejo).

1. Manifiesta ideas o intenciones de quitarse la vida en estos momentos.
2. Expresa que ha tenido ideas o intenciones de quitarse la vida anteriormente.
3. Tiene ideas de quitarse la vida o hacerle daño a otras personas.
4. La persona regala sus pertenencias o muestra conductas que sugieren que nada le importa.
5. Manifiesta ideas de hacerse daño mediante auto mutilación, ya sea cortándose o golpeándose a sí mismo.
6. Se observa triste y angustiado la mayor parte del tiempo.
7. Lloro frecuentemente (espanto de llanto).
8. Se mantiene aislado y evita relacionarse con otras personas y participar en actividades.
9. Se observa deterioro en su aseo personal y en su arreglo físico.
10. Manifiesta cambios extremos en su conducta.
11. Ve cosas que otras personas no pueden ver.
12. Escucha voces o sonidos que otras personas no pueden oír.
13. No sabe quién es ni donde está (desorientado).

14. Habla solo.
15. No se entiende lo que habla (incoherente).
16. Con frecuencia no recuerda información que debería saber.
17. Se nota distraído todo el tiempo.
18. .Agrede a otra persona de manera física y/o verbal.
19. Amenaza a otras personas.
20. Demuestra con frecuencia irritabilidad y hostilidad hacia los demás.
21. Se queja de temblor en las manos, dificultad para respirar o de tener el corazón acelerado.
22. Tiene ideas grandiosas (un concepto exagerado de superioridad).
23. Habla incesantemente (verborrérico).
24. Con frecuencia se queja de que otras personas están hablando de él, que lo persiguen, o están en su contra.
25. Expresa miedos injustificados y excesivos de ciertas personas, lugares, cosas y actividades.
26. Se mantiene quieto y rígido.
27. Tiene problemas para dormir durante la noche por lo que se observa soñoliento en horas laborales.
28. El empleado indica que recibía tratamiento para condición mental en la comunidad y actualmente no recibe este servicio.
29. Otros: _____

Nombre que refiere: _____ Fecha: _____

Referido a: _____ Persona a quien se refiere: _____

REFERENCIAS

1. Programa de Salud Correccional/Departamento de Salud, *Identificación de Riesgo Suicida en los Confinados*, Módulo Desarrollado para el Adiestramiento de los Oficiales Correccionales Adscritos al Medical Cadre, Enero 2002.
2. *Programa de Prevención de Suicidio de la Administración de Instituciones Juveniles*, ELA/PR. AIJ/DCR, Lcdo. José R. Negrón Fernández, Administrador, Julio 2002.
3. *Alcance de la Ley 227 Prevención del Suicidio en Puerto Rico*. Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud. Dra. Carmen Parrilla, Directora Ejecutiva de la Comisión para la Prevención del Suicidio, Febrero 2002.
4. *Informe Final de Resultados de la Primera Evaluación Formal de los Servicios de Salud Mental y Sustancias Controladas a Instituciones y Centro de Servicios Multifamiliares de la AIJ*. ASSMCA, Oficina de Planificación, Mayo 2002.
5. *Programas de Prevención de Conducta Suicida. Formato Componentes Esenciales*. Departamento de Salud de PR, Programa de Salud Correccional, Mayo 2002.
6. Acción Civil 94-2080 CC Estados Unidos de America Versus Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estipulaciones Federales 69-73 *Obligaciones relacionadas con los servicios de Salud Mental y Prevención de Suicidio*, 1997.
7. *Jail Suicide Prevention and Liability Reduction Services*. National Center on Institutions and Alternatives. Lindsay M. Hayes, Assistant Director, February 2002.
8. Kaplan y Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. 8va edición, Editorial Médica Panamericana 2008.
9. *Missouri Suicide Prevention Plan: A Collaborative Effort, Bringing a National Dialogue to the States*, 2005-2010.