 ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	PRÓXIMA REVISIÓN: 2030
	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS”	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025

Fecha: 21 de octubre de 2025.

Elaborado por:

- Dr. Carlos Roberto Chong Rojas. Área Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
- Dra. Tatiana Mata Chacón. Área Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
- Dra. Susan Valverde Díaz. Área Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.

Colaboradores:

- Área de Bioética.
- Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Coordinación Nacional de Enfermería.
- Coordinación Nacional de Psicología.
- Coordinación Nacional de Trabajo Social.
- Dr. Harold Segura Quesada, Área Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
- Dr. Javier Rojas Elizondo, Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Dr. Jeffry Eduardo Jiménez Salas, Área de Salud Cañas.
- Dr. Rolando Ramírez Gutiérrez, Área de Salud Carmen Montes de Oca.
- Dr. Mauricio Alberto Cervantes Sibaja, Hospital Dr. Max Teran Valls.
- Hospital Nacional de Salud Mental.
- Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón.
- Programa de Normalización Atención Discapacidad, Accesibilidad y Rehabilitación.
- Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor.
- Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta y Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
- Programa de Normalización de Modalidades Alternativas.
- Programa de Normalización de la Atención para la salud de los Pueblos Indígenas.
- Programa de Normalización de Atención del VIH-ITS.
- Programa de Normalización para la Atención de la Violencia.
- Programa de Normalización de la Atención de la Persona Adolescente-Transición.

Avalado: Dr. Alexander Sánchez Cabo. Gerente Médico. Mediante oficio GM-17752-2025.

Revisado: Dra. María José Valverde Valverde. Jefe Área Atención Integral a las Personas.


Para: Profesionales en medicina de Servicios de Consulta Externa, Urgencias y Emergencias del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

“Lineamiento para la atención de personas usuarias mayores de 13 años con comportamiento de riesgo suicida mediante la detección oportuna, abordaje inicial y referencia en los servicios de salud de la CCSS”


1. RELACIÓN CON NORMATIVA VIGENTE

Tabla 1. Relación con normativa vigente


NÚMERO	NOMBRE DE NORMATIVA	AÑO
NORMATIVA INTERNACIONAL.		
NA	Declaración Universal de los Derechos Humanos.	1948

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
	<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"


NA	Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.	2006
NA	Convención Americana sobre Derechos Humanos.	1969
NA	Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental proclamado por la Federación Mundial de Salud Mental.	1989
NA	Principios de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica.	1990
NA	Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas)	1991
NA	Principios de Brasilia. Conferencia Regional en Brasilia. Naciones Unidas.	2005
NA	Declaratoria de Corobicí, San José. Asociación Centroamericana de Psiquiatría, XXV Congreso Centroamericano de Psiquiatría.	2011
NA	Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2030. OMS.	2013
NA	Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países subdesarrollados. Organización Panamericana de la Salud.	2021
NA	Política para mejorar la salud mental de la población de las Américas CE 170/15).	2022
ISBN: 978-92-75-32726-5	Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud.	2023
NA	Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud.	2023
LEYES, DECRETOS Y REGLAMENTOS NACIONALES.		
Ley N° 17	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.	1943
NA	Constitución Política de Costa Rica.	1949
Ley N° 5.395/1973	Ley General de Salud.	1973
Ley N° 7739	Código de la Niñez y la Adolescencia.	1998
NA	Código de Ética Caja Costarricense del Seguro Social.	1999
Ley N° 7935	Ley Integral para la Persona Adulta Mayor	1999
Ley N° 8239	Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.	2002
Ley N° 8261	Ley de la Persona Joven.	2002
Decreto N°32612-S.	Reglamento a la Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.	2005
Ley N° 8661	Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo	2008
Ley N° 8968	Ley de protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales.	2011
N° 37110-S.	Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica.	2012
Ley N°. 9379	Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad	2016
Ley N° 9394	Ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.	2016
Decreto N° 40556 - S	Modificación al Reglamento de Vigilancia de la Salud.	2017

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
	<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"

Decreto N° 41287-S	Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016–2021.	2018
Decreto N°41599- S	Norma de Atención Integral de la Salud Mental y de Abordaje Psicosocial en Situaciones de Emergencias y Desastres en los Escenarios de Servicios de Salud y en la Comunidad.	2019
Decreto N°41632-S	Norma Nacional para la Atención Integral a Personas en Situación de Violencia en los Servicios de Salud.	2019
	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (2021-2030) Ministerio de Salud.	2021
Ley N° 10177	Reforma de varios artículos de la Ley No. 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor	2022
Ley N° 10412	Ley Nacional de Salud Mental.	2023
NA	Política Nacional de Salud 2023-2033. Ministerio de Salud.	2023
NA	Política Nacional de la Niñez y la Adolescencia (2024-2036). Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia.	2024
ISBN 978-9977-62-288-0	Política Nacional de Salud Mental 2024-2034 y sus anexos técnicos de la política nacional de salud mental. Ministerio de Salud -San José, Costa Rica.	2024
Decreto N° 42342-S.	Reglamento de la Ley Nacional de Salud Mental de Costa Rica, Número 10412.	2025
DOCUMENTOS INSTITUCIONALES		
NA	Reglamento General de Hospitales Nacionales.	1971
7082	Reglamento del Seguro de Salud.	1996
GM.DDSS.ARSDT.TS.003-2015	Instrucción de Trabajo Social de referencia y contra referencia en la red de servicios de trabajo social del seguro de salud de la CCSS y sus actualizaciones.	2015
NA	Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social.	2012
M.IT.GM.DDSS.ARSDT.CNTS.121217	Manual de Instrucciones de Trabajo para el Procedimiento de la Atención Social y Consulta Social modalidades: individual, familiar y grupal y sus actualizaciones.	2017
GM-MDD-3970-2018	Oferta de servicios de Psicología en los tres niveles de atención.	2018 (o sus versiones posteriores)
GM-DESP-15905-2018	Manual Técnico de Gestión de Psicología de la Caja Costarricense de Seguro Social.	2018 (o sus versiones posteriores)
GM-INF-SP-07	Subproceso Gestión del cuidado de Enfermería al usuario	2018
NA	Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia	2018
MT.GM.DDSS.AAIP.150719	Manual Teórico de Prevención de la Conducta Suicida en Personas Adolescentes.	2019
L.GM. DDSS-ARSDT -03072017-V01	Lineamiento técnico para el abordaje de las personas con riesgo de suicidio en la Red de Servicios.	2019
LT.GM.DDSS. AAIP.PNAV 050819	Registro y Notificación del evento: Violencia en todas sus manifestaciones con el fin de estandarizar los códigos CIE10, bases de datos de Estadística, SIES (EDUS) y Sistema de vigilancia Epidemiológica (SISVE), en los servicios de salud de la CCSS.	2019
M.GM. DDSS-ARSDT-TS.211119	Manual de Gestión de Servicios de Trabajo Social.	2019

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		PRÓXIMA REVISIÓN: 2030
	ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	

L.GM. DDSS.ARSDT-CNTS. 131222	Lineamiento para la consulta externa de Trabajo Social (consulta social) en modalidad no presencial, en los tres niveles de atención en salud: Teleconsulta Social y sus actualizaciones.	2020
MP.GM.DDSS 060921 VERSION 01 2021	Manual de Protocolo: Atención Integral a los niños, niñas y adolescentes en situación de violencia Red de servicios de salud.	2021
M-GM-DDSS-ARSDT-CNP-01022021	Manual de gestión para el funcionamiento de los Equipos Interdisciplinarios en Salud para la Atención en Adicciones (patología dual) – EISAA, en la Red de Servicios de Salud de la CCSS	2021
MP.GM.DDSS.AAIP.PNAV.05042021 Versión 01	Manual de Procedimientos para la Atención a Víctimas de algunas Manifestaciones de Violencia en los Servicios de Emergencias de la CCSS	2021
MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.110325	Manual de procedimientos de la consulta del profesional de enfermería especialista en salud mental y psiquiatría en la CCSS: Ruta para el desarrollo de la consulta	2021
L.GM. DDSS.10102021	Lineamiento para la implementación de los componentes disciplinares e interdisciplinarios de la oferta de servicios de salud mental en la CCSS, en los tres niveles de atención.	2021
L-GM-DDSS-ARSDTPSI- 01122021	Lineamiento para la conformación y la organización de equipos en Salud Mental (ESM) en los tres niveles de atención.	2021
L.GM. DDSS.ARSDT-CNTS- 22112021	Lineamiento para la intervención social en situaciones de Duelo desde Trabajo Social.	2021
NA	Plan Estratégico Institucional 2023-2033.	2023
L.GM. DDSS.AAIP.14122023	Lineamiento técnico operativo para la atención con pertinencia cultural en salud de los Pueblos Indígenas en territorio costarricense.	2023
GM-DDSS-PSI-01032024 versión 01	Protocolo para la atención psicológica de las personas con trastornos de ansiedad (f.40-f. 41) en los tres niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.	2024
GM-3030-2024	Flujogramas de Atención para Violencia y sus Manifestaciones en los Diferentes Servicios de Atención.	2024
LT.GM.DDSS. AAIP-PNAV- 090924.	Actualización Lineamiento Técnico para la clasificación y atención integral en los servicios de emergencia, de personas víctimas/sobrevivientes de cualquier tipo de violencia física o sexual.	2024
LT.GM. DDSS.ARSDT.31072024	Lineamiento para referencias y contra referencias a Servicios de Psicología en los tres niveles de atención de la CCSS.	2024
L.GM.DDSS.ARSDT.CNTS.221124	Intervención de trabajo social con personas adultas y adultas mayores que presentan diagnóstico de síndrome maltrato por abandono, en los tres niveles de atención de la caja costarricense de seguro social.	2024
L.GM.DDSS.ARSDT.31072024	Lineamiento para referencias y contrarreferencias a servicios de psicología en los tres niveles de atención de la CCSS	2024
PAC.GM.DDSS.ARSDT.CNE.300924Versión: 01	Protocolo de Atención Clínica Intervención del profesional de Enfermería especialista en Salud Mental y Psiquiatría dirigida a la persona con diagnóstico de depresión en la CCSS.	2024
IT.GM.DDSS. ARSDT.TS.041124. 2024	Instrucción de trabajo para el abordaje social de personas usuarias referidas por presentar disfunciones emocionales, a los servicios de Trabajo Social de los tres niveles de atención en salud.	2024
L.GM.DDSS.AAIP.PNAV.18032025	Lineamiento para el Registro y Notificación del Evento: Violencia en todas sus manifestaciones en los Servicios de Salud de la CCS	2025
GM-DDSS-1026-2025	Recordatorio Sobre la Atención, Diagnóstico, Notificación y Denuncia de Casos de Comportamiento o Conducta de Riesgo Suicida y Bullying como Manifestaciones de Violencia, Cuando Ingresan en los Servicios de Salud	2025
LT.GM.DDSS.AAIP.PNAPAM-ARSDT.CNTS.10062025	Lineamiento: Detección y abordaje de la persona adulta mayor con factores de riesgo social en los servicios de hospitalización y emergencias de los establecimientos de salud de la CCSS	2025

 ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	PRÓXIMA REVISIÓN: 2030
	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025

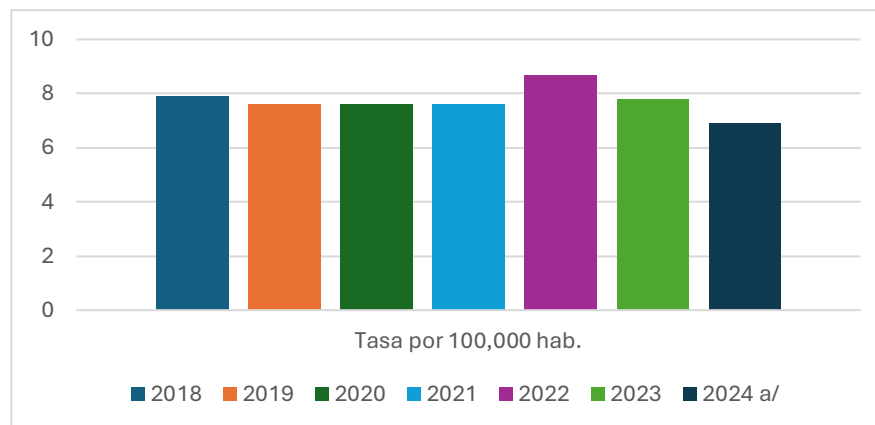
2. JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública, con consecuencias sociales, emocionales y económicas de amplio alcance. En la actualidad, se estima que en el mundo hay más de 700 000 suicidios por año, y que cada caso de suicidio afecta directamente a muchas otras personas (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Todo suicidio representa una tragedia con profundas repercusiones para las familias, amistades y comunidades. La reducción de las muertes por suicidio es un imperativo global, y se han establecido objetivos internacionales para abordar este desafío de manera efectiva. La reducción de la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el 2030 se ha incluido como indicador y como meta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 de la OMS (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Según los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2025), la mortalidad por suicidio en Costa Rica durante el período 2018-2024 alcanzó su punto más alto en el año 2022 con una tasa de 8.7 por 100 000 habitantes. Para 2024, se observa una ligera disminución en la tasa con 6.9 por 100 000 habitantes, aunque se advierte que las cifras correspondientes a este último año son preliminares.

Figura 1. Costa Rica: Mortalidad por suicidio, periodo 2018-2024 (Tasa por 100000 habitantes)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) & Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud. (2024)

Para el año 2024, Puntarenas tiene la tasa más alta de mortalidad por suicidio en 2024 con 8.4 por 100 000 habitantes, a pesar de tener menos casos que San José. Asimismo, Heredia y Limón sobresalieron como las provincias con las tasas más bajas en el 2024. Por otra parte, con respecto a los grupos etarios más afectados son los comprendidos entre los grupos de edad de: 25 a 34 años. El dato más alto se refleja en la población entre 25 a 29 años en 2024, sobrepasando los 23,79 casos notificados por 100 000 habitantes (INEC, 2025).


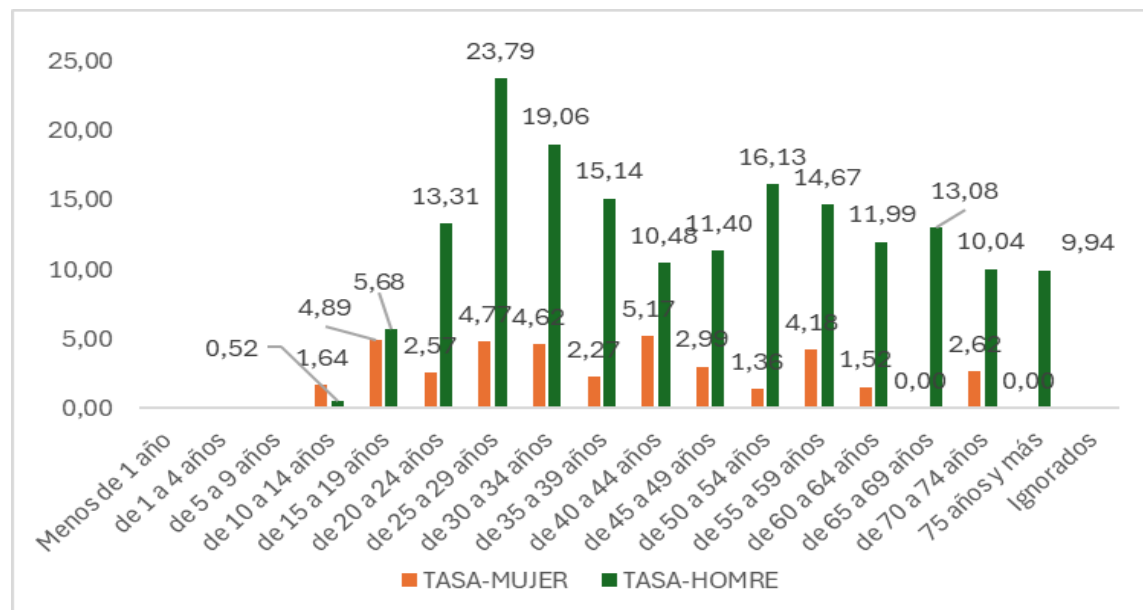
 ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	PRÓXIMA REVISIÓN: 2030
	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025

Tabla 2. Tasa de mortalidad por suicidio, por provincia año 2024 a* (Tasa X 100000 hab.)

Provincia	Tasa 2024
San José	6.0
Alajuela	8.1
Puntarenas	8.4
Guanacaste	8.2
Cartago	7.2
Heredia	5.6
Limón	5.8


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) & Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud. (2024)

Figura 2. Costa Rica: Mortalidad por suicidio, por sexo y año defunción, según grupo de edad quinquenal con menores de 1 año, 2024* (Tasa X 100000hab.)



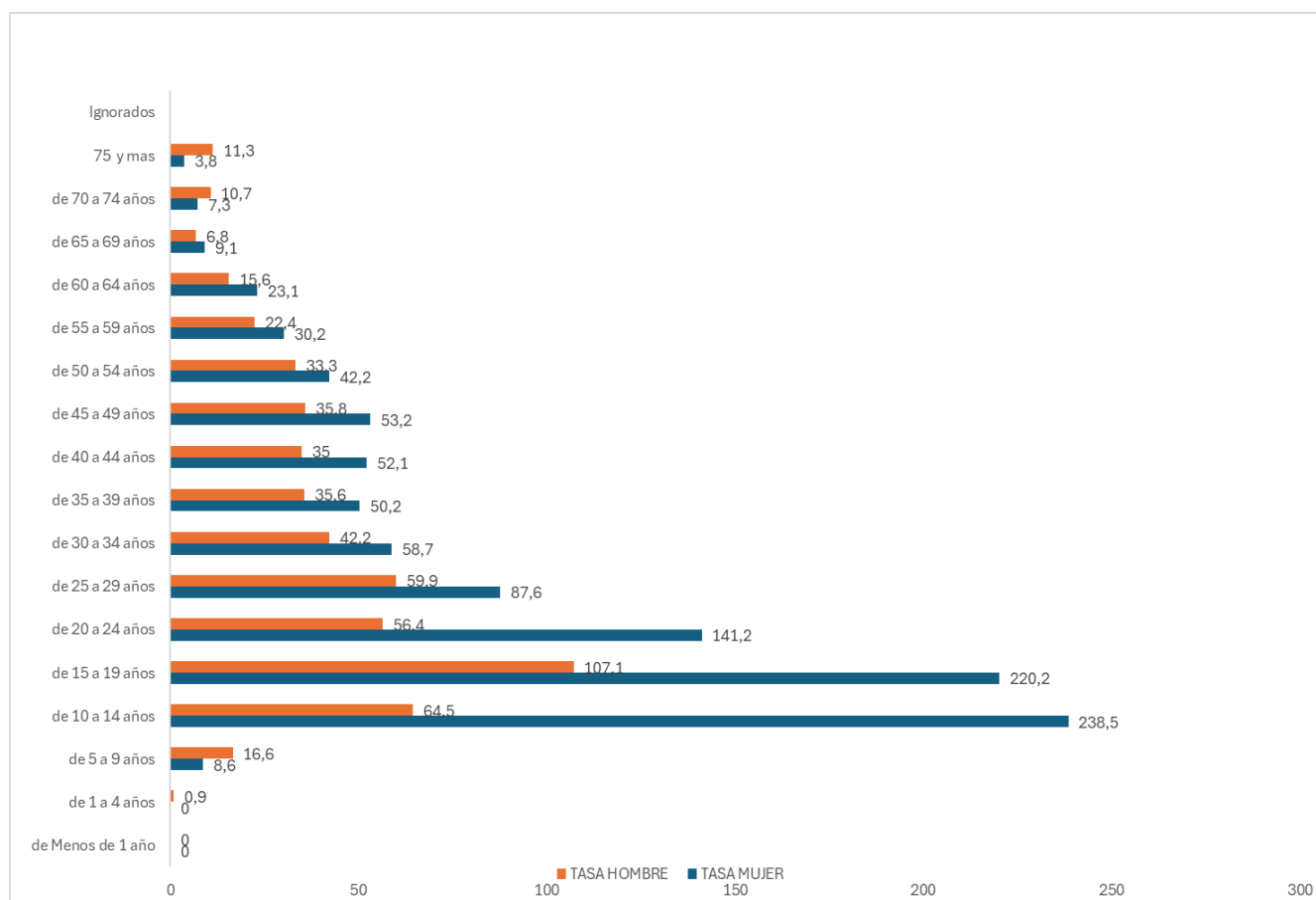
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) & Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud. (2024)

Durante el período 2025, hasta la semana epidemiológica 37, los datos sobre intentos de suicidio en Costa Rica, desglosados por sexo, revelan una marcada diferencia entre grupos etarios. En edades tempranas (10 a 19 años), las tasas en mujeres superan ampliamente a las de los hombres. A partir de los 20 años, esta tendencia se invierte, predominando las tasas masculinas en todos los grupos de edad. Se observa una mayor vulnerabilidad en adolescentes y jóvenes, especialmente en mujeres de 10 a 14 años, quienes presentan la tasa más alta (238.5 por

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	PRÓXIMA REVISIÓN: 2030
ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025

100,000 habitantes), seguidas por las mujeres de 15 a 19 años (220.2). En el caso de los hombres, el grupo más afectado corresponde a los de 20 a 24 años, con una tasa de 141.2. (Secretaría Técnica de Salud Mental, 2025)


Figura 3. Costa Rica: Incidencia de intentos de suicidio, por sexo, año 2025, sem 37 (Tasa X 100000hab.)



Fuente: Ministerio de Salud (2025). Secretaría Técnica de Salud Mental con datos de la DVS.

Adicionalmente, la Ley N° 10412, Ley de salud mental (Costa Rica, 2023) en su artículo 17 se indica: “La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en cumplimiento de las facultades que le asigna la normativa y los principios sobre derechos humanos que correspondan, procurará las medidas necesarias para la promoción de la salud mental, además de detección temprana de trastornos mentales y desde el primer nivel de atención integral en salud, con el fin de emitir el diagnóstico y las referencias correspondientes a los niveles y servicios de atención requeridos, así como la coordinación interinstitucional con los centros de atención de la salud mental, de acuerdo con la capacidad económica de la institución.”

Cabe destacar que, en la Política Nacional de Salud Mental 2024-2034 (Ministerio de Salud, 2024), su eje 3 se refiere al abordaje integral del comportamiento suicida, y se indica: “Este eje abarca un enfoque completo que va desde la

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS”	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

prevención universal, selectiva e indicada hasta la atención e inclusión social y laboral enfocado específicamente al comportamiento suicida”.

Dicho eje tiene como objetivo prevenir el comportamiento suicida mediante la implementación de estrategias oportunas de promoción, prevención y atención desde un abordaje integral para el bienestar de la población. Por su parte, el resultado esperado es: Población del territorio nacional con reducción en el comportamiento suicida a partir de la implementación de estrategias oportunas de promoción, prevención y atención desde un abordaje integral (Ministerio de Salud, 2024).

Los datos presentados evidencian que el comportamiento suicida en Costa Rica constituye un desafío urgente para la salud pública, con impactos significativos en la población joven y una marcada diferencia por sexo y región. El aumento en la incidencia de intentos de suicidio y en la mortalidad asociada, subraya la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana y referencia oportuna.

3. OBJETIVO


Estandarizar el procedimiento para la detección temprana, abordaje inicial y referencia de personas usuarias mayores de 13 años con comportamiento de riesgo suicida por parte del profesional en medicina en los servicios de consulta externa, emergencias y urgencias en la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de garantizar una atención integral, oportuna y centrada en la persona usuaria.

4. FUNDAMENTACIÓN DEL LINEAMIENTO

En Costa Rica, los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y autolesiones representan casi un tercio de la carga total de enfermedad entre los 10 y 45 años. Los trastornos comunes como ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatoforme constituyen el 41% de la carga en adultos jóvenes. El consumo de alcohol representa el 10%, y los trastornos graves como esquizofrenia y trastorno bipolar, el 9%. En 2022, los intentos de suicidio fueron el segundo trastorno mental más recurrente, representando el 35% de las notificaciones, solo superado por la depresión (60%) (Ministerio de Salud, 2025). Entre 2018 y 2022, Costa Rica registró 1.984 suicidios consumados, de los cuales el 82% fueron hombres (El Observador, 2024).

Aunque no se publica una cifra exacta de reincidencia, el Ministerio de Salud confirma que un intento previo es el principal factor de riesgo para un suicidio consumado. La reincidencia implica una alta carga emocional, social y económica, incluyendo discapacidad a largo plazo y uso intensivo de servicios de salud (Semanao Universidad, 2023).

Se entiende como abordaje integral del comportamiento suicida al conjunto de estrategias y acciones interinstitucionales e intersectoriales diseñadas para prevenir, detectar, intervenir y dar seguimiento a situaciones de riesgo suicida. Este enfoque debe considerar los aspectos psicológicos, sociales, culturales, económicos e interseccional que influyen en la salud mental de las personas usuarias. El abordaje integral implica la colaboración activa de profesionales de la salud, educación, servicios sociales y la comunidad, garantizando así una atención centrada en la persona usuaria, que respete su dignidad y promueva su inclusión social. Se fundamenta en la

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	<small>LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"</small>	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

identificación temprana de riesgos, la intervención oportuna y el apoyo continuo, asegurando un proceso de recuperación que fomente el bienestar integral de la persona usuaria (Ministerio de Salud, 2025).


Como parte de la detección, abordaje inicial y referencia de personas usuarias con comportamiento de riesgo suicida en los Servicios de Salud de la CCSS, es importante tener claridad en los siguientes términos tomados del Reglamento de la Ley de Salud Mental del Ministerio de Salud:

- **Autolesión/gesto suicida (Ministerio de Salud, 2025):** Conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte auto infligida no intencionada).
- **Comportamiento suicida (Organización Panamericana de la Salud, 2015):** Diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y consumir un suicidio propiamente dicho. El comportamiento suicida es una continuación de conductas.
- **Ideación suicida (Ministerio de Salud, 2025):** Idea o pensamiento recurrente sobre quitarse la vida sin intentarlo. La ideación suicida es un constructo cognoscitivo directamente vinculado con el intento de suicidio.
- **Intento de suicidio (Ministerio de Salud, 2025):** Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- **Suicidio consumado (Ministerio de Salud, 2025):** Es el momento en que se logra concretar la autoeliminación, se habla del fallecimiento de una persona por una acción directamente dirigida hacia sí misma, ejecutada precisamente con el fin de acabar con su vida.

Clasificación del riesgo suicida (Ministerio de Salud, 2025):

Estos factores podrían valorarse según la siguiente clasificación, tomadas del Reglamento de la Ley de Salud Mental del Ministerio de Salud:

- 1) **Bajo:** La persona usuaria ha tenido algunos pensamientos suicidas, como "no puedo seguir adelante", "desearía estar muerto", pero no ha hecho ningún plan concreto para hacerse daño. No hay intención evidente, aunque si ideación suicida.
- 2) **Moderado:** Presencia de ideación suicida poco frecuente, fugaz y sin plan estructurado. Cuenta con red de apoyo y factores protectores, podría tener antecedentes de intentos previos y factores de riesgo adicionales.
- 3) **Alto:** Ideación suicida frecuente, intensa con plan estructurado y con acceso a medios para realizarlo. Red de apoyo ausente o débil y carencia de factores protectores.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

Factores de riesgo del comportamiento suicida (Ministerio de Salud, 2025):


Según el Reglamento de la Ley de Salud Mental del Ministerio de Salud se entiende como aquellos que pueden elevar las probabilidades de que una persona pueda realizar un intento suicida, no son factores predictores de un suicidio y cada uno por sí mismo no tiene el peso suficiente para identificarse como un factor causal directo. Los factores de riesgo se pueden dividir en:

1) **Factores predisponentes:** Trastornos mentales y del comportamiento (depresión, dependencia al alcohol, esquizofrenia), intentos previos de suicidio, enfermedades físicas, baja tolerancia a las frustraciones y alta impulsividad.

2) **Factores precipitantes:** Acontecimientos vitales estresantes, que a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio. Es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en personas con vulnerabilidad por sus condiciones personales, entre los más comunes se pueden señalar:

- **Factores familiares:** Conflictos familiares (madre, padre, hijas, hijos, hermanas, hermanos, u otras personas familiares); muerte de un familiar, pareja, o personas muy cercanas; historial familiar de suicidio, entorno problemático, abandono afectivo.
- **Factores biológicos:** Enfermedades y dolor crónico, factores genéticos.
- **Factores psico-emocionales:** Presencia de depresión, ansiedad, trastorno por uso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, depresión posparto, abuso sexual o físico (ya sea reciente o en el pasado) estrés crónico y burnout. Situaciones como violación sexual, maltrato físico, abandono, violencia intrafamiliar, eventos traumáticos por accidentes o desastres naturales, pueden actuar como detonantes de una crisis emocional. En acaso de adolescente otros factores importantes son el acoso escolar y rompimiento de una relación afectiva.
- **Factores económicos:** Incluye reciente pérdida de empleo, quiebra financiera, cambio de posición socioeconómica, vivir en situación de pobreza.
- **Factores sociales:** Incluye problemas en el centro de trabajo o educativo, desarraigo, aislamiento, no acceso a ayudas de índole social, exposición al suicidio de otras personas, ausencia de redes de apoyo.

Factores protectores ante el riesgo suicida (Ministerio de Salud, 2025):

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

Son los recursos personales o sociales que atenúan la probabilidad de un suicidio o disminuyen el riesgo suicida. Estos factores protectores pueden deberse a características personales, al entorno familiar o a las características de los sistemas de apoyo social, así como el desarrollo y accesibilidad a los recursos mencionados. Entre ellos se encuentran:

- 1) **Personales:** Habilidad en la resolución de conflictos o problemas, tener confianza en sí mismo, habilidad para las relaciones sociales e interpersonales, presentar flexibilidad cognitiva.
- 2) **Sociales o medioambientales:** Apoyo familiar, social y comunitario de calidad, inclusión social, pertenecer a grupos juveniles nutricios como bandas, comparsas, scout, poseer creencias y prácticas espirituales o valores positivos, adoptar valores culturales y tradicionales, tratamiento integral, permanente y a largo plazo en personas usuarias con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol u otras drogas.

Primeros auxilios emocionales en crisis suicida (Ministerio de Salud, 2025):

Esta es una intervención puede ser llevado a cabo por aquel profesional que tenga el contacto con la persona usuaria, es decir, pueden realizarla personas funcionarias de distintas disciplinas, en este caso profesional en medicina. Esta intervención solo debe llevarse a cabo si la persona usuaria lo requiere y lo desea, porque no todas las personas usuarias que afrontan una situación estresante o crítica necesitan o quieren esta intervención.

Es la técnica aplicada en la intervención de la crisis suicida que consta de las siguientes etapas:


- 1) Establecimiento de contacto con la persona usuaria en crisis.
- 2) Reconocimiento del problema y sus características.
- 3) Búsqueda y definición de posibles soluciones inmediatas y a corto plazo.
- 4) Toma de acciones concretas, de acuerdo con el punto anterior.
- 5) Derivación de la atención de la persona usuaria.

COLOSAM y CORESAM (Ministerio de Salud, 2025):

Conforme a las disposiciones de la "Ley Nacional de Salud Mental", las Comisiones Regionales de Salud Mental (CORESAM) están conformadas por las siguientes instituciones: una persona representante del Ministerio de Salud, quién coordina y preside la comisión, con representante de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Educación Pública (MEP), Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), Cruz Roja Costarricense y Ministerio de Seguridad Pública.

Dentro de las funciones de las CORESAM se destacan algunas funciones específicas sobre el abordaje del comportamiento suicida, las cuales se anotan en el Anexo 1.

Por su parte, las Comisiones Locales de Salud Mental (COLOSAM) conforme a las disposiciones de la Ley Nacional de Salud Mental, son presididas por el Ministerio de Salud en cada una de las Áreas Rectoras de Salud y su objetivo es la articulación interinstitucional y la coordinación de acciones conjuntas en el desarrollo de planes integrales de

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS”	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

promoción y educación de la salud mental, así como la prevención universal, selectiva e indicada, atención en salud, rehabilitación e inclusión social a nivel comunitario.

Las COLOSAM están conformadas por una persona representante del Ministerio de Salud, quién coordina y preside la comisión, y una persona representante de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Educación Pública (MEP), la Municipalidad, Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Cruz Roja Costarricense y Ministerio de Seguridad Pública.

Como parte de sus funciones, las COLOSAM deben realizar funciones específicas sobre el abordaje del comportamiento suicida, las cuales se anotan en el Anexo 2.

5. DESCRIPCIÓN DEL LINEAMIENTO


En este apartado se desglosan una serie de acciones específicas que se deben llevar a cabo durante el abordaje e intervenciones de personas usuarias con comportamiento de riesgo suicida en los Servicios de Salud de la CCSS. Para esto se describen principios generales, intervenciones de evaluación y de abordaje.

5.1 Principios para una comunicación centrada en la persona usuaria (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2017):

5.1.1 Se deben utilizar habilidades de comunicación eficaces

El uso de habilidades de comunicación eficaces permite a los profesionales en medicina brindar atención de buena calidad a las personas usuarias, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- **Crear un ambiente que facilite la comunicación efectiva:**
 - Reúnase con la persona usuaria en un lugar privado, si fuera posible.
 - Muéstrese cordial y realice las presentaciones de una manera culturalmente apropiada.
 - El profesional en salud que brinde atención directa a una persona indígena, debe generar una comunicación horizontal, que permita el diálogo, la explicación y la negociación en el proceso de atención en salud, a fin de lograr acuerdos y consensos que respeten la autonomía y responsabilidad individual, así como la toma de decisiones por parte de la persona indígena (Caja Costarricense de Seguro Social, 2023).
 - Mantenga el contacto visual y muestre un lenguaje corporal y expresiones faciales que faciliten la confianza.
 - Explique que la información abordada durante la consulta se mantendrá confidencial.
 - La persona usuaria en el ejercicio de su autodeterminación es quien debe decidir si familiares, cuidadores y acompañantes permanezcan durante la atención. Si los cuidadores o acompañantes están presentes, sugiera que desea hablar con la persona usuaria a solas (salvo que se trate de personas menores de edad, en cuyo caso también se debe considerar caso a caso, pues puede existir

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

casos en los que la persona menor de edad es acompañada por personas que le generan condición estresante y que requieren poder contar con la posibilidad de que se les atienda y escuche sin la presencia de los cuidadores o acompañantes, basándose en los principios de interés superior y de autonomía progresiva y también en la edad de consentimiento que la ley estipula).

- Desde el primer contacto que la persona usuaria tenga en el establecimiento de salud, debe haber un trato respetuoso y ajustado a su necesidad de comunicación de las personas.
- De no contar con alguna persona funcionaria que pueda hacer interpretación en caso de requerirse, solicitar a las personas indígenas presentarse acompañadas por alguna persona que les pueda apoyar en la comunicación, para esto, el establecimiento, según sus particularidades, deberá establecer estrategias que permitan solventar lo expuesto. Todo establecimiento de salud debe contar con un banco de recursos que faciliten la comunicación con las personas indígenas, tales como: una persona intérprete, material audiovisual, entre otros. Adicionalmente, cada establecimiento de salud debe contar con un banco de recursos de servicios, tanto internos como aquellos brindados por otras instituciones estatales, privadas u organizaciones no gubernamentales o de la sociedad civil, a fin de brindarle a las poblaciones indígenas insumos o un albergue cuando requieran permanecer cerca del establecimiento de salud para la continuidad de la prestación de servicios de salud a nivel ambulatorio (Caja Costarricense de Seguro Social, 2023).

- **Comience por escuchar:**


- Escuche activamente.
- Muéstrese comprensivo, empático y evite los juicios de valor.
- Permítale a la persona usuaria hablar sin interrupción.
- Si los antecedentes son poco claros, sea paciente y pida una aclaración.
- Con los adolescentes, transmita que usted comprende sus sentimientos, su situación y que no está siendo juzgado.

- **Sea empático y respetuoso en todo momento y no juzgue a la persona usuaria:**

- Siempre sea respetuoso.
- No juzgue a las personas usuarias por edad, comportamientos, apariencia y por ningún motivo.
- Manténgase tranquilo y paciente.

- **Use aptitudes de comunicación verbales y no verbales adecuadas:**

- Use un lenguaje sencillo.
- Sea claro y conciso.
- Use preguntas abiertas, sintetice y esclarezca los comentarios que usted haga.
- Resuma y repita los puntos clave, para corroborar que la persona usuaria comprendió el mensaje.
- Permita que la persona usuaria haga preguntas acerca de la información suministrada.
- Incorpore estrategias de comunicación y ajustes razonables para la interacción con personas usuarias con discapacidad visual, auditiva, cognitiva-intelectual y discapacidad psicosocial.
- Todo establecimiento de salud debe tener definidas las alternativas de comunicación en el idioma indígena requerido en determinado momento, tales como: videos, llamadas telefónicas con un

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	<small>LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"</small>	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

intérprete de la comunidad, cuñas radiales y otros. También debe contar con rotulaciones y señalizaciones claras que permitan la lectura y comprensión por parte de las poblaciones indígenas, según su idioma (cabécar, bribri, maleku y ngäbere), facilitando de ese modo una comunicación inclusiva y la autogestión de la persona usuaria dentro de estos espacios (Caja Costarricense de Seguro Social, 2023).


- **Responda con empatía cuando las personas usuarias revelen experiencias difíciles (por ejemplo, acerca de agresión sexual, violencia o lesiones autoinfligidas):**
 - Adopte una actitud empática y cuidadosa al tratar temas emocionalmente sensibles. Recordar que en la población adolescente se debe dar la confianza de que el profesional está para ayudarles y no juzgarlos.
 - Recuerde a la persona usuaria que todo lo que comparta durante la consulta es confidencial. No obstante, en situaciones de riesgo, es importante comunicar que dicha confidencialidad puede requerir ser compartida con otros servicios o profesionales, con el único propósito de activar los recursos necesarios para proteger su seguridad y bienestar.
 - Reconozca que puede haber sido difícil para la persona usuaria revelar la información y reconocerse como víctima/sobreviviente.
 - La técnica de cinco pasos desde los "Primeros auxilios emocionales" es un excelente punto de partida. Se podría complementar con ejemplos prácticos de preguntas que los profesionales pueden hacer en cada etapa para facilitar el proceso, como:
 - Establecimiento de contacto: "¿Qué te trae por aquí hoy? Te escucho con atención".
 - Reconocimiento del problema: "Por lo que me cuentas, te sientes sin esperanza. ¿Es así?".
 - Búsqueda de soluciones: "Pensemos juntos en qué puedes hacer ahora mismo para sentirte un poco más seguro/a".
 - Toma de acciones concretas: "Parece que llamar a un familiar es un buen primer paso. ¿Quieres que lo hagamos juntos?".
 - Derivación y seguimiento: "Ahora que te sientes un poco más tranquilo/a, vamos a coordinar una cita con el equipo de salud mental para dar seguimiento a esta situación".

5.1.2 Promueva el respeto y la dignidad

Las personas usuarias deben ser tratadas con respeto y dignidad. Como prestador de atención de salud, se debe hacer todo lo posible por respetar y promover la voluntad y la preferencia de las personas usuarias. Es esencial que en el entorno de atención de salud, se respeten los derechos de las personas usuarias.

Se recomienda lo siguiente:

- Trate a todas las personas usuarias con respeto y dignidad.
- Proteja la confidencialidad de las personas usuarias.
- Garantice la privacidad en el entorno clínico.
- Brinde siempre acceso a la información y explique a la persona usuaria los riesgos y los beneficios del tratamiento propuesto, por escrito si fuera posible.
- Asegúrese de que la persona usuaria otorgue su consentimiento a la intervención.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	<small>LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"</small>	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

- Promueva la autonomía y la vida independiente de las personas en la comunidad.
- No discrimine bajo ninguna circunstancia a las personas usuarias.
- No pase por alto las prioridades o los deseos de las personas usuarias.
- No tome decisiones en nombre de la persona usuaria.
- No use un lenguaje excesivamente técnico al explicar el tratamiento propuesto.
- En relación con las personas usuarias con discapacidad tomar en cuenta lo siguiente:
 - Tratar a las personas usuarias con discapacidad con respeto y dignidad en todo momento.
 - Reconocer su autonomía y capacidad de decisión, evitando prácticas paternalistas.
 - Garantizar la accesibilidad física, comunicacional y actitudinal en los servicios de salud.
 - Proteger la confidencialidad y privacidad de la persona usuaria.
 - No tomar decisiones en nombre de la persona usuaria sin su participación activa
- En relación con las personas usuarias indígenas tomar en cuenta lo siguiente:
 - Toda persona funcionaria de la CCSS debe ser respetuosa de la cultura y la cosmovisión de las personas usuarias en apego a los principios bioéticos de respeto a la diversidad cultural y el pluralismo, la no discriminación y la no estigmatización; por lo que debe abstenerse de emitir criterios personales o juicios de valor.
 - El profesional en salud que brinde atención directa a una persona indígena, debe generar una comunicación horizontal, que permita el diálogo, la explicación y la negociación en el proceso de atención en salud, a fin de lograr acuerdos y consensos que respeten la autonomía y responsabilidad individual, así como la toma de decisiones por parte de la persona indígena.
 - Identificación de medios de comunicación: dadas las dificultades de acceso y servicios de telecomunicación, se deben identificar medios alternativos para poder brindar o recibir información desde o hacia las personas indígenas, resguardando la confidencialidad
 - Consentimiento o asentimiento informado para las atenciones y procedimientos clínicos: todo profesional de la salud encargado debe cerciorarse que la persona indígena o tutelares de personas indígenas menores de edad hayan comprendido el diagnóstico y el tipo de procedimiento para la solicitud de la firma del consentimiento o asentimiento informado. Para personas indígenas no hablantes del español, será necesario utilizar el recurso de la traducción o interpretación en el idioma indígena que corresponda. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2023).

5.1.3 Consideraciones para la evaluación de la salud física e historia clínica:

- **Evaluación de la salud física y mental:**

- Tome notas detalladas de los antecedentes y pregunte acerca de los factores de riesgo: sedentarismo, alimentación inapropiada, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias, comportamientos peligrosos y enfermedades crónicas.
- Realice un examen físico.
 - Se considera pertinente identificar como riesgo cualquier alteración del estado de conciencia para abordar los casos de forma oportuna, así como incluir otros signos y síntomas que

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	<small>LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"</small>	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>


sugieran conducta suicida, por ejemplo, estigmas de lesión por suspensión, inestabilidad hemodinámica, fracturas, trauma interno en casos de precipitación o atropello.

- **Detecte las comorbilidades:**

- A menudo una persona usuaria puede tener al mismo tiempo más de un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias o historia/ evento previo de violencia asociado. Es importante evaluar y tratar esto cuando ocurre.

- **Aspectos a tomar en cuenta en la historia clínica:**

- Motivo de consulta: Síntoma o razón principal por el que la persona usuaria está solicitando atención. Pregunte cuándo, por qué y cómo comenzó. Es importante en esta etapa recopilar tanta información como sea posible acerca de los síntomas de la persona usuaria y su situación.
- Antecedentes de trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias anteriores o historia/ evento previo de violencia asociado: Pregunte acerca de problemas similares en el pasado, hospitalizaciones o medicamentos psiquiátricos recetados y algún intento anterior de suicidio. Investigue el consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, investigue por adicciones comportamentales.
- Historia clínica general: Pregunte acerca de problemas de salud física y los medicamentos usados. Obtenga una lista de los medicamentos usados actualmente. Pregunte acerca de alergias o reacciones adversas a medicamentos.
- Antecedentes familiares de trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias: Historia personal o familiar de violencia. Indague acerca de posibles antecedentes familiares de trastornos mentales, antecedentes familiares de suicidio, neurológicos o por uso de sustancias psicoactivas y pregunte si algún miembro de la familia tuvo síntomas similares o recibió tratamiento para un trastorno mental, neurológico o por consumo.
- Antecedentes psicosociales: Pregunte acerca de factores estresantes actuales, historia de violencia, abuso sexual, antecedentes legales, duelos, métodos de afrontamiento ante situaciones estresantes y existencia de red de apoyo efectiva. Pregunte acerca del funcionamiento socio-ocupacional actual. Obtenga información básica sobre cómo y dónde vive, su nivel educativo, sus antecedentes laborales, su estado civil, cantidad y las edades de sus hijos, sus ingresos, la estructura y condiciones de vida de la familia. Cuando se trata de adolescentes, pregunte si tienen un cuidador, así como la naturaleza y calidad de la relación entre ellos, preguntar por proyecto de vida. Identificar factores de riesgo social y vulnerabilidad, principalmente en personas con discapacidad y personas adultas mayores
- Explorar sobre la disponibilidad de medicamentos u otras sustancias tóxicas en la vivienda.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

- **Analice la presencia de pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y posteriormente de forma periódica, según sea necesario indague sobre:**
 - La especificidad del plan (¿cómo?, ¿cuándo, ¿dónde?)
 - El acceso a los medios para llevarlo a cabo.
 - La letalidad del método elegido.
 - Si la persona usuaria ha hecho algún "ensayo" o ha escrito notas de despedida.

5.1.4 Evaluación de personas usuarias con comportamiento de riesgo suicida (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2017).

Las preguntas sobre autolesiones no provocan actos de autolesión. A menudo reducen la ansiedad asociada con los pensamientos o los actos de autolesión y ayudan a que la persona usuaria se sienta comprendida. Sin embargo, trate de establecer una relación con la persona usuaria antes de hacerle preguntas acerca de la autolesión. Se recomienda solicitar a la persona usuaria que explique cuáles son sus razones para causarse daño.

- **Evalúe la posibilidad de autolesión/suicidio de la persona usuaria**

Se propone la siguiente guía de síntomas y aspectos a explorar en la valoración inicial, buscando obtener un mapa integral del nivel de riesgo actual, factores de riesgo vs protectores, necesidad de intervención inmediata (plan de seguridad, derivación, hospitalización, seguimiento ambulatorio intensivo):

1. Historia y contexto inmediato

- Motivo principal de consulta (¿por qué busca ayuda ahora?)
- Contexto de la crisis actual (evento disparador, pérdidas, rechazo, cambios abruptos)
- Antecedentes de trauma psicológico, abuso, violencia, abandono o pérdidas recientes

2. Ideación suicida


- Pensamientos de muerte pasiva (ojalá no despertara)
- Deseo activo de morir (quiero matarme)
- Ideas de planificación (he pensado en cómo hacerlo)
- Métodos considerados
- Acceso real a métodos (armas, medicamentos, cuerdas, químicos, lugares)
- Frecuencia, duración e intensidad de las ideas
- Capacidad de controlar o resistir a estos pensamientos

3. Conductas suicidas previas

- Intentos previos (número, método, letalidad, rescate, consecuencias físicas, cuándo)
- Autolesiones no suicidas (frecuencia, función, relación con ideación suicida)
- Gestos suicidas o ensayos (escribir notas, preparar método, regalar objetos)
- Hospitalizaciones previas por intentos de suicidio

4. Impulsividad y capacidad de actuar

- Nivel actual de impulsividad
- Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas que pueda disminuir el control inhibitorio
- Episodios recientes de descontrol o conductas de riesgo

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	<small>LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"</small>	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

5. Factores de riesgo clínicos y psiquiátricos - Diagnósticos psiquiátricos previos (trastorno depresivo mayor, trastorno límite de la personalidad, trastornos de conducta alimentaria, psicosis, uso de sustancias psicoactivas, ansiedad severa)

- Síntomas actuales: desesperanza, anhedonia, vacío crónico, culpa, inutilidad
- Ansiedad intensa o agitación
- Insomnio persistente
- Dolor crónico o enfermedad médica incapacitante
- En caso de adolescentes aplicar instrumento de riesgo en adolescentes

6. Factores protectores y redes de apoyo

- Razones para vivir (hijos, pareja, proyectos, valores)
- Apoyos significativos disponibles (familia, amigos, pareja, comunidad)
- Creencias religiosas, espirituales o éticas que desincentiven el suicidio
- Acceso a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico - Motivación actual para recibir ayuda

7. Evaluación de riesgo inmediato

- Nivel de intención actual: ninguno / leve / moderada / alta
- Nivel de letalidad del plan: baja / moderada / alta
- Acceso a medios letales
- Probabilidad de rescate si intentara - Estado de juicio y percepción de alternativas
- Presencia de síntomas psicóticos o disociativos

8. Estado mental actual (examen mental enfocado en riesgo suicida)

- Apariencia (cuidado personal, agitación, enlentecimiento)
- Estado de ánimo (depresivo, ansioso, irritable, vacío)
- Afecto (congruente, plano, inestable)
- Pensamiento (contenido suicida, delirios, obsesiones)
- Juicio y conciencia de enfermedad
- Impulsividad observable

• ¿Ha intentado la persona usuaria un acto médicamente grave de autolesión?


Determine si hay evidencias de autolesión o signos y síntomas que requieran tratamiento médico urgente:

- Signos de envenenamiento o intoxicación.
- Sangrado por una herida autoinfligida.
- Pérdida de conciencia.
- Letargo extremo.

SI: Se requiere el tratamiento para el acto médicamente grave de autolesión. VAYA AL ALGORITMO CLÍNICO 1.

NO: Si la persona usuaria está médicamente estable, realice el tratamiento apropiado, según sea necesario.

• ¿Existe riesgo inminente de autolesión/suicidio?

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

Pregunte a la persona usuaria y a su red de apoyo si observan alguno de los siguientes síntomas:

- Pensamientos o plan de autolesión/suicidio en la actualidad.
- Antecedentes de pensamientos o de un plan de autolesión en el último mes, o de un acto de autolesión en el último año, en una persona usuaria que ahora está extremadamente agitada, violenta, afligida, o no se comunica.

SI: es probable que haya un riesgo inminente de autolesión/suicidio. VAYA AL ALGORITMO CLÍNICO 2.

NO: Averigüe: ¿Existen antecedentes de pensamientos o de un plan de autolesión en el último mes o de un acto de autolesión en el último año?

SI: Es improbable que haya un riesgo inminente de autolesión/suicidio, pero todavía puede persistir el riesgo. VAYA AL ALGORITMO CLÍNICO 3.

NO: Es improbable que haya un riesgo de autolesión/suicidio.

- **¿Tiene la persona usuaria trastornos mentales, neurológicos o inducido por uso de sustancias psicoactivas concurrentes?**

Evalúe si es portador de:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Psicosis.
- Trastornos por consumo de sustancias.
- Epilepsia.
- Trastornos mentales y conductuales del adolescente.

SI: Trate los trastornos concurrentes.


- **¿Tiene la persona usuaria un dolor crónico?**

SI: Controle el dolor y trate todo trastorno médico pertinente.

- **¿Tiene la persona usuaria síntomas emocionales suficientemente graves para justificar el tratamiento clínico?**

- Dificultad para llevar a cabo actividades usuales laborales, escolares, domésticas o sociales.
- Automedicación repetida para alteraciones emocionales o síntomas físicos idiopáticos.
- Marcada aflicción o búsqueda reiterada de ayuda.

SI: Trate los síntomas emocionales.

 ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	PRÓXIMA REVISIÓN: 2030
	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025

La Tabla 3 presenta los criterios clínicos que permiten identificar a personas usuarias con manifestaciones de riesgo suicida que requieren intervención inmediata en un entorno de emergencia.

Tabla 3. Personas usuarias con manifestaciones de riesgo suicida que requieren atención de emergencia

- Acto de autolesión con signos de intoxicación o envenenamiento, hemorragia por una herida autoinfligida, pérdida de la conciencia o letargia extrema: acto médicamente grave de autolesión.
- Pensamientos, planes o actos actuales de autolesión o suicidio, o antecedentes de pensamientos, planes, o actos de autolesión o suicidio en una persona usuaria que ahora se muestra extremadamente agitada, agresiva o afligida o que no se comunica: riesgo inminente de autolesión / suicidio.


Fuente: OPS/OMS (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Washington, DC.

5.2 Abordaje inicial

- Las personas usuarias que se presentes a los servicios de salud de la CCSS pueden traer la boleta "*Referencia interinstitucional de personas con riesgo suicida y necesidades de atención en salud mental*" establecida en el Decreto Ejecutivo del Reglamento de la Ley de Salud Mental. Sin embargo, dicha boleta no constituye un requisito para su atención, es decir, desde los servicios de salud institucionales se brindará el abordaje correspondiente tanto a las personas usuarias que cuentan con la boleta como a quienes no la presentan.
- Según lo indicado en el Reglamento de la Ley de Salud Mental, el profesional en medicina que detecta la situación de alto riesgo suicida deberá activar el sistema de articulación interinstitucional e intersectorial, definido por las CORESAM o las COLOSAM.
- Se debe utilizar el sistema de clasificación específico para identificar rápidamente a las víctimas de violencia física o sexual, como categoría amarilla, con prioridad sobre otras clasificaciones amarillas. Si la condición de salud lo requiere, pueden ser reclasificadas a categoría roja según criterio médico o por organización interna de cada Unidad. Registrar la clasificación de triage en el sistema de emergencias. Ubicar a la persona víctima/sobreviviente de violencia física/sexual en el área interna de los Servicios de Emergencias desde su llegada, y no en las salas de espera; mientras reciben su abordaje correspondiente (Caja Costarricense de Seguro Social, 2023).

5.2.1 Algoritmo clínico 1: Abordaje de personas usuarias con acto médicamente grave de autolesión (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2017)

- En el caso que la persona usuaria sea captada en el escenario de consulta externa, se realiza el traslado al servicio de urgencias / emergencias para la valoración correspondiente y abordaje según nivel de riesgo identificado.
- En todos los casos: Ubique a la persona usuaria en un entorno seguro y propicio dentro del establecimiento de salud, alejar objetos de riesgos, con monitorización médica y conductual de forma constante según la clasificación de riesgo de suicidio.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

- No deje sola a la persona usuaria (Esto se debe anotar en las indicaciones del expediente).
- Cuando corresponda, trate médicamente la lesión o la intoxicación.
- Si se requiere hospitalización, continúe monitoreando estrechamente a la persona usuaria para prevenir el suicidio.
- Proporcione la atención necesaria a la persona usuaria que presenta autolesión.
- Realice las interconsultas o referencias a Psicología, Trabajo Social y Enfermería especialista en Salud mental, según flujos de atención en violencia.
- Realice la interconsulta o referencia a Psiquiatría.
- En casos de patología dual realizar referencia al EISAA.
- En todos los casos se enviará la referencia al profesional del mismo establecimiento de salud que emite la solicitud; solo se podrá referir al siguiente nivel cuando no exista profesional en el establecimiento de salud emisor
- Registre el código diagnóstico correspondiente, ya sea entre X600 y X849, o el Z915 según aplique, acompañado del reporte VE-01 según Decreto Ejecutivo N° 40556-S "Reglamento de Vigilancia de la Salud" (Costa Rica, 2017).

5.2.2 Algoritmo clínico 2: Abordaje de personas usuarias con riesgo inminente de autolesión/suicidio (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2017).

- En el caso que la persona sea captada en el escenario de consulta externa, se realiza el traslado al servicio de urgencias para la valoración correspondiente y abordaje según nivel de riesgo identificado.
- Elimine los medios de autolesión/suicidio, mientras la persona usuaria se encuentra en observación.
- Proporcione un entorno seguro y propicio; si es posible, ofrezca un área tranquila y separada para esperar el tratamiento.
- No deje sola a la persona usuaria (Esto se debe anotar en las indicaciones del expediente).
- Brinde el abordaje correspondiente para el estado mental y la alteración emocional.
- Brinde educación a la persona usuaria y a su red de apoyo.
- Realice las interconsultas o referencias a Psicología, Trabajo Social y Enfermería especialista en Salud mental, según corresponda.
- Realice la interconsulta o referencia a Psiquiatría.
- En casos de patología dual realizar referencia al EISAA.
- En todos los casos se enviará la referencia al profesional del mismo establecimiento de salud que emite la solicitud; solo se podrá referir al siguiente nivel cuando no exista profesional en el establecimiento de salud emisor.
- Registre el código diagnóstico correspondiente, ya sea entre X600 y X849, o el Z915 según aplique, acompañado del reporte VE-01 según Decreto Ejecutivo N° 40556-S "Reglamento de Vigilancia de la Salud" (Costa Rica, 2017).

5.2.3 Algoritmo clínico 3: Abordaje de personas usuarias con riesgo de autolesión/suicidio (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2017)

- En el caso que la persona sea captada en el escenario de consulta externa, se realiza el traslado al servicio de urgencias para la valoración correspondiente y abordaje según nivel de riesgo identificado.
- Brinde el abordaje correspondiente para el estado mental y la alteración emocional.
- Brinde educación a la persona usuaria y a su red de apoyo.

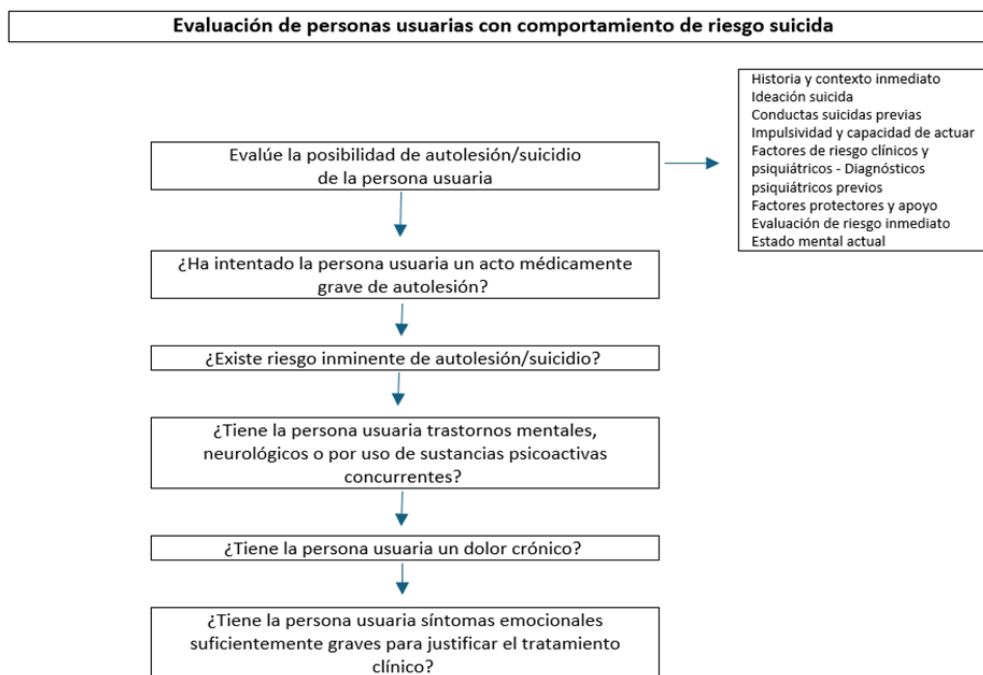
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

- Realice las interconsultas y referencias a Psicología, Trabajo Social y Enfermería especialista en Salud mental, según corresponda.
- Realice la interconsulta o referencia a Psiquiatría.
- En casos de patología dual realizar referencia al EISAA.
- En todos los casos se enviará la referencia al profesional del mismo establecimiento de salud que emite la solicitud; solo se podrá referir al siguiente nivel cuando no exista profesional en el establecimiento de salud emisor.

En caso de que se realice la prescripción de medicamentos, se recomienda:

- Utilice medicamentos que sean menos peligrosos en caso de una sobredosis intencional.
- Educar a la persona usuaria y a sus cuidadores sobre el uso adecuado y almacenamiento seguro de los medicamentos en el hogar.

6.HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

PRÓXIMA REVISIÓN: 2030

ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS
PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y
ADICCIONES

*LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON
COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y
REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"*

CÓDIGO:
LT.GM.DDSS.AAIP.21102025

Algoritmo clínico 1: Abordaje de personas usuarias con acto médicamente grave de autolesión

En todos los casos: Ubique a la persona usuaria en un entorno seguro y propicio en un establecimiento de salud, alejar objetos de riesgos, con monitorización médica y conductual de forma constante según la clasificación de riesgo de suicidio.



No deje sola a la persona usuaria.



Cuando corresponda, trate médicamente la lesión o la intoxicación.



Si se requiere hospitalización, continúe monitoreando estrechamente a la persona usuaria para prevenir el suicidio.



Proporcione la atención necesaria a la persona usuaria que presenta autolesión.



Según corresponda, realice las interconsultas o referencias a Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Enfermería especialista en Salud mental, EISAA.



Reporte mediante VE-01 según Decreto Ejecutivo N° 40556-S "Reglamento de Vigilancia de la Salud"27.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

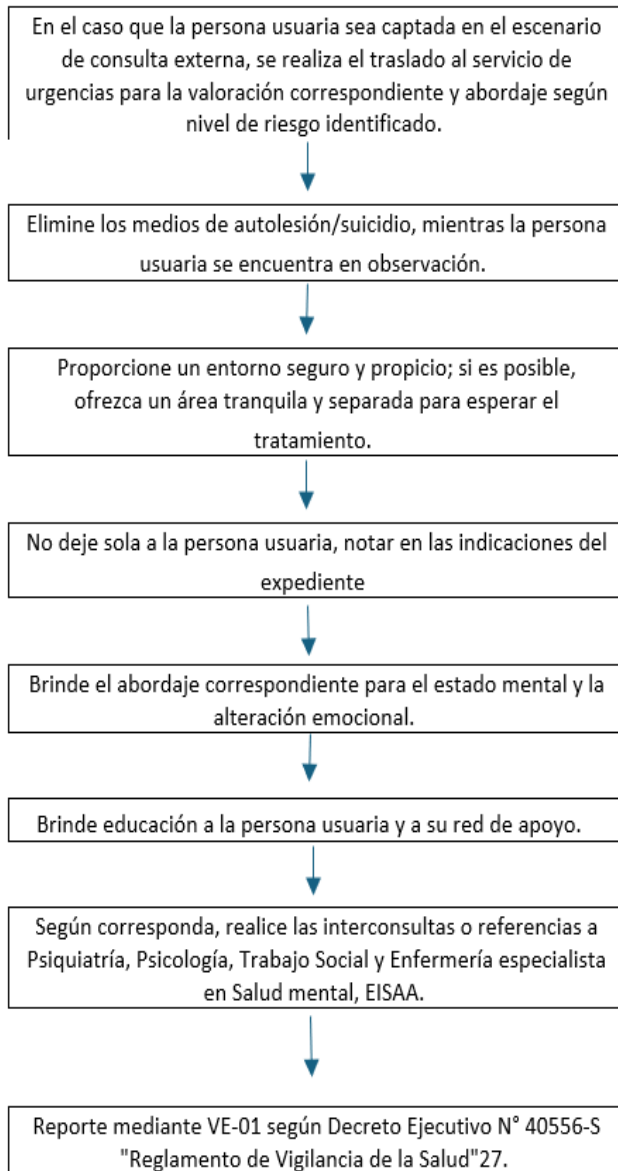
PRÓXIMA REVISIÓN: 2030

ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS
PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y
ADICIONES

LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"

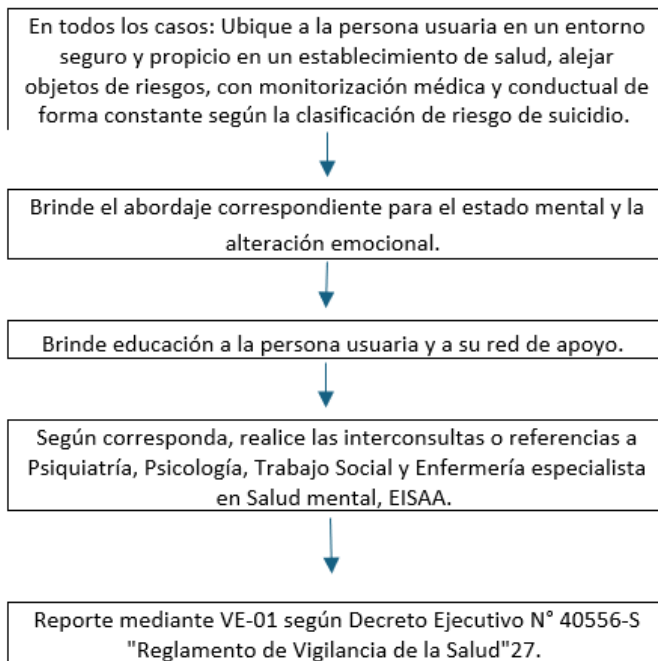
CÓDIGO:
LT.GM.DDSS.AAIP.21102025

Algoritmo clínico 2: Abordaje de personas usuarias con riesgo inminente de autolesión/suicidio



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

Algoritmo clínico 3: Abordaje de personas usuarias con riesgo de autolesión/suicidio



• **ACATAMIENTO.**

El presente lineamiento es de acatamiento obligatorio para los profesionales en medicina que trabajan en los servicios de consulta externa, urgencias y emergencias del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, para la detección, abordaje inicial y referencia de personas usuarias con comportamiento de de riesgo suicida.

7. RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO.

- Directores de los Establecimientos de Salud.
- Jefaturas o coordinadores de Servicios.


8. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

- Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.
- Directores de los Establecimientos de Salud.
- Jefaturas o coordinadores de Servicios.


9. CONTACTO PARA CONSULTAS.

- Programa de Normalización de Salud Mental y Adicciones.
- Área Atención Integral a las Personas: correo electrónico: corraaip@ccss.sa.cr

10. REFERENCIAS.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	PRÓXIMA REVISIÓN: 2030
ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025

- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1999). Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley No. 7935). Publicada en el Alcance No. 88 a La Gaceta No. 221 del 15 de noviembre de 1999. <https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/leyintegralparapersonasadultas.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2008). Ley No. 8661: Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo. Diario Oficial La Gaceta No. 186. <https://www.ina.ac.cr/Estudiantes/SECODI/Documentos%20compartidos/Ley8661.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2016). Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad (Ley No. 9379). Diario Oficial La Gaceta, Alcance No. 153 a la Gaceta No. 166. <https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/promocionautonomiapersonal.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2016). Ley No. 9394: Ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Diario Oficial La Gaceta No. 203. https://formatos.inamu.go.cr/SIDOC/archivosPeriodicosOficiales/ley_9394_636111055820557446.pdf
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2022). Ley No. 10177: Reforma de varios artículos de la Ley No. 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Diario Oficial La Gaceta. <https://accesoaljusticia.poderjudicial.go.cr/index.php/subcomisiones/personas-adultas-mayores/normativa/normativa-nacional>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social. Aprobado por la Junta Directiva en el artículo 25 de la sesión N.º 8601 del 20 de septiembre de 2012.
- Costa Rica. (2017). Reglamento de Vigilancia de la Salud (N.º 40556-S). Ministerio de Salud de Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). GM-INF-SP-07: Subproceso Gestión del cuidado de Enfermería al usuario. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. <https://repositorio.binasss.sa.cr/bitstreams/ebce0b47-1302-42e0-a36f-60e48675a151/download>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia. <https://aissfa.ccss.sa.cr/arc/paia/documentos/25.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Manual de gestión para el funcionamiento de los Equipos Interdisciplinarios en Salud para la Atención en Adicciones (patología dual) – EISAA, en la Red de Servicios de Salud de la CCSS (Código M-GM-DDSS-ARSDT-CNP-01022021, Versión 01). Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. <https://repositorio.binasss.sa.cr/server/api/core/bitstreams/39b1b0d2-c9fd-4359-a01e-87b0d6be61cb/content>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Manual de procedimientos de la consulta del profesional de enfermería especialista en salud mental y psiquiatría en la CCSS: Ruta para el desarrollo de la consulta (Código MP.GM.DDSS.ARS.DT.CNE.110325, Versión 01). Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. <https://www.binasss.sa.cr/manualenfermeriafinal.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). Lineamiento técnico operativo para la atención con pertinencia cultural en salud de los pueblos indígenas en territorio costarricense. CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). Actualización del lineamiento técnico para la clasificación y atención integral en los servicios de emergencia, de personas víctimas/sobrevivientes de cualquier tipo de violencia física o sexual. CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2025). Lineamiento: Detección y abordaje de la persona adulta mayor con factores de riesgo social en los servicios de hospitalización y emergencias de los establecimientos de salud de la CCSS (Código LT.GM.DDSS.AAIP.PNAPAM-ARSDT.CNTS.10062025, Versión 01). Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. <https://repositorio.binasss.sa.cr/bitstreams/eae55c4d-deb9-40f6-89db-181544104b2b/download>
- Costa Rica (2023). Ley de salud mental N° 10412. Revisado en: Sistema Costarricense de Información Jurídica
- El Observador. (2024, enero 15). Intentos de suicidio se duplicaron en los últimos cuatro años en Costa Rica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) & Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud. (2025). *Costa Rica: Mortalidad por suicidio (X60.0 - X84.9), por año de defunción, según provincia y cantón de residencia, 2018-2024 (Tasa por 100.000 habitantes)* [Informe técnico]
- Linehan, M. M. (2015). DBT® skills training manual (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Ministerio de Salud. (2018). Decreto Ejecutivo No. 41287-S: Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016–2021. Diario Oficial La Gaceta No. 191. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/salud-mental-1/normativa/6438-decreto-41287-s-estrategia-nacional-para-el-abordaje-integral-del-comportamiento-suicida-2016-2021/file>
- Ministerio de Salud (2024). Política Nacional de Salud Mental 2024-2034 y sus anexos técnicos de la política nacional de salud mental. -San José.
- Ministerio de Salud (2025). Reglamento de la Ley de Salud Mental. Costa Rica
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015) Guía de Intervención Humanitaria mhGAP. El manejo clínico de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias.
- OPS/OMS (2016) Prevención de la conducta suicida. Washington.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>


- OPS/OMS (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Washington, DC.
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2021). Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países: Vivir la vida. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2023). Prevención del suicidio: un recurso para profesionales de los medios de comunicación. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58266/9789275327791_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Semanario Universidad. (2023, marzo 6). Costa Rica registró un total de 429 casos de suicidio en 2022, la cifra más grande en más de una década.

6 Anexos

ANEXO #1. Funciones de las CORESAM asociadas con suicidio (Ministerio de Salud, 2025):

En el Reglamento de la Ley de Salud Mental se indican una serie de funciones para los CORESAM relacionadas con varios aspectos de la salud mental. A continuación, se enlistan únicamente las funciones relacionadas con el tema de suicidio:

- 1) Planificar acciones articuladas de forma interinstitucional e intersectorial de promoción, prevención, atención, rehabilitación, inclusión social, empleabilidad y posvención, que le permitan a las COLOSAM abordar integralmente el comportamiento suicida.
- 2) Consultar sobre las referencias y contra referencias de los servicios del segundo nivel de atención, para los seguimientos respectivos.
- 3) Asesorar a las Comisiones Locales de Salud Mental, para el abordaje de las personas con riesgo suicida y a las que han tenido la pérdida por suicidio de persona con vínculo afectivo (sobrevivientes).
- 4) Asesorar a las Comisiones Locales de Salud Mental en la elaboración de la ruta para el abordaje interinstitucional e intersectorial del comportamiento suicida.
- 5) Brindar capacitación a las Comisiones Locales de Salud Mental para la identificación y abordaje de personas con comportamiento suicida.
- 6) Promover y acompañar a las Comisiones Locales de Salud Mental en la creación de grupos de apoyo para las personas con comportamiento suicida, que hayan realizado un intento de suicidio o que sean sobrevivientes de pérdida por suicidio, aprovechando los espacios comunitarios para estos.
- 7) Las CORESAM serán responsables de consolidar el registro estadístico anual de los casos de intento de suicidio y suicidio consumado, desagregando la información a nivel regional y local.
- 8) Las CORESAM serán responsables de consolidar el registro estadístico anual de los casos de ideación suicida reportados a través de la boleta de "Referencia interinstitucional de personas con riesgo suicida y necesidades de atención en salud mental", según el Anexo 3 del presente Decreto Ejecutivo.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS"	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

9) Las CORESAM deberán según corresponda, remitir las directrices a las COLOSAM para fortalecer la articulación en el abordaje del comportamiento suicida.

10) Generar análisis de los datos epidemiológicos regionales, asegurando la divulgación de estos análisis y datos para orientar estrategias de abordaje integral en la comunidad.

11) Incorporar en el plan anual de trabajo acciones conjuntas de promoción de factores protectores de la salud mental, de prevención, atención y seguimiento a los intentos suicidas, el suicidio y la posvención y lo establecido en el artículo 33, inciso a), subinciso 19.

12) Presentar su plan a la STSM para el debido seguimiento.

13) Analizar las actividades propuestas por las COLOSAM, para realizar la solicitud de apoyo técnico y financiamiento correspondientes.

14) Integrar en el informe anual de gestión, los resultados obtenidos desde el trabajo en los ejes de atención, promoción y prevención, que incluya además la consolidación de las acciones de las COLOSAM.

ANEXO #2. Funciones de las COLOSAM asociadas con suicidio (Ministerio de Salud, 2025):

En el Reglamento de la Ley de Salud Mental se indican una serie de funciones para los COLOSAM relacionadas con varios aspectos de la salud mental. A continuación, se enlistan únicamente las funciones relacionadas con el tema de suicidio:

1) Incorporar en el plan anual de trabajo acciones conjuntas de promoción de factores protectores de la salud mental, así como de prevención, atención y seguimiento del riesgo suicida, los intentos suicidas y el suicidio. Para ello deberá involucrarse activamente a los diferentes actores a nivel comunitario, en la planificación, ejecución y seguimiento de estas acciones.


2) Desarrollar una ruta de abordaje de los casos de riesgo suicida según sea: ideación, intento de suicidio, suicidio, posvención. La ruta debe establecer las responsabilidades de cada institución u organización involucrada en el abordaje del comportamiento suicida y considerar el contexto específico, la pertinencia, las necesidades identificadas ante cada situación.

3) Incorporar la articulación de referencias y contra referencias en el primer nivel de atención.

4) Incorporar en el directorio, los datos de las personas que representan las instituciones u organizaciones responsables del abordaje integral del comportamiento suicida.

5) Incorporar procesos de sensibilización e información para personas en riesgo suicida, sus familias y comunidades, con el fin de fomentar la comprensión de la salud mental, promover el diálogo abierto y brindar herramientas efectivas de prevención y apoyo.

6) Promover y apoyar la creación de grupos de apoyo para las personas con alto riesgo suicida o que hayan realizado un intento de suicidio; aprovechando los espacios comunitarios y/o aquellos con que cuentan las instituciones a nivel local.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS”	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

7) Promover y apoyar la creación de grupos de apoyo para las personas sobrevivientes de suicidio; aprovechando los espacios comunitarios y/o aquellos con que cuentan las instituciones a nivel local.

8) Las instituciones representantes de la COLOSAM realizan las referencias de los casos de riesgo suicida, estableciendo la priorización de acuerdo con el nivel de riesgo identificado y, notifican a la coordinación de las COLOSAM, para que se realice el seguimiento correspondiente. Los casos de bajo riesgo suicida deben ser abordados desde cada institución u organización.

9) Impulsar para que las instituciones públicas o privadas de diferentes sectores como educativo, comunitario, laboral y de salud, elaboren e implementen los protocolos ante comportamiento suicida, para que se garantice el abordaje integral para las personas en riesgo.

10) Articular con universidades, públicas y privadas, para recibir apoyo en investigaciones, talleres, trabajo comunal universitario e iniciativas que fortalezcan el abordaje integral del comportamiento suicida a nivel comunitario.

11) Integrar en el informe anual de gestión un informe anual de labores que integre los resultados obtenidos desde el trabajo en los ejes de atención, factores protectores y prevención de abordaje del comportamiento suicida.

ANEXO #3. Principios bioéticos.

Los principios Bioéticos y los Derechos Humanos son inherentes a los procesos de atención en salud. Su reconocimiento es base primordial para garantizar la dignidad de las personas que son atendidas en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En esa línea, la atención de personas usuarias mayores de 13 años con comportamiento de riesgo suicida, debe ser humanizada, accesible, oportuna, continua y segura, con pertinencia cultural e inclusiva; y debe desarrollarse de acuerdo con los principios que se detallan a continuación.


Principios bioéticos

Los principios bioéticos aplicables a este Lineamiento son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; asimismo, resultan aplicables los siguientes principios de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos:

- Dignidad y derechos humanos
- Autonomía y responsabilidad individual
- Consentimiento
- Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento
- Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal
- Privacidad y confidencialidad
- Igualdad, justicia y equidad
- No discriminación y no estigmatización
- Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo

A continuación, se explica la forma en la que cada principio bioético se incorpora al proceso de atención:

Principio de autonomía

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS”	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

Este principio debe ser entendido como la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Las acciones encaminadas a mejorar el conocimiento, fomentar la corresponsabilidad y el empoderamiento de las personas usuarias y su familia, en atención a este principio, son las siguientes:

- Divulgación de los derechos y los deberes entre las personas usuarias mayores de 13 años que acudan al Servicio de Emergencias / Urgencias con comportamiento de riesgo suicida; esto como una manera de fomentar el principio de participación y democracia sanitaria.
- Desarrollo de actividades educativas sobre prevención del suicidio, y medicamentos prescritos, para fomentar la corresponsabilidad y el empoderamiento de las personas involucradas. Esta educación en salud es integral.
- Planificación anticipada de decisiones clínicas; siendo momentos idóneos para la toma de decisiones entre el profesional y la persona usuaria los siguientes:

Una de las principales herramientas para materializar el principio de autonomía es el consentimiento informado; en este caso, según lo establecido institucionalmente, no corresponde realizar este proceso debido a las excepciones del Reglamento.

La información que se brinde de forma oral deberá incluir al menos: objetivo y descripción de la intervención, beneficios esperados, alternativas disponibles, consecuencias previsibles de la realización o de la no realización, descripción de los riesgos frecuentes y de los riesgos poco frecuentes cuando sean de especial gravedad, descripción de los riesgos personalizados, así como otra información que el profesional de la salud considere de interés para la persona usuaria.

El profesional en medicina estimará el espacio y el tiempo que se requiere, según el tipo y la oportunidad de la intervención, para que el usuario reflexione y tome la decisión; sin embargo, el momento que se considera como más oportuno para informar a la persona usuaria, a fin de que autorice el abordaje.

En el caso de las personas con discapacidad, la información que se brinde se ajustará a su condición, con la ayuda de quien ejerza como garante. Cuando se trate de personas adultas mayores, se deberán proporcionar los apoyos necesarios para la adecuada comprensión y toma de decisiones, considerando la posibilidad de optar por el apoyo de un garante. En personas indígenas se proporcionará el apoyo de un intérprete cuando estas así lo requieran.


Como medidas para salvaguardar el respeto a la confidencialidad y la privacidad de las personas usuarias, para efectos de este Lineamiento, la jefatura del Servicio de Urgencias / Emergencias recordará de forma escrita a los funcionarios a cargo, la prohibición de compartir información, datos sensibles e imágenes clínicas con terceras personas no relacionadas con la atención de la persona usuaria sin el consentimiento previo de esta; así como, las consideraciones sobre su uso con fines de salud pública y actividades periciales o judiciales, las cuales no requieren de CI, según lo establecido institucionalmente.

De considerarlo necesario, la jefatura del servicio deberá coordinar con el CBC del centro o el Área de Bioética del CENDEISS una charla sobre este punto, con la periodicidad que estime conveniente, según la rotación del personal a su cargo.

Principios de beneficencia y no maleficencia

Estos principios plantean la necesidad de buscar el mejor beneficio para las personas y evitar ocasionar daño. Dentro de ese contexto, al estandarizar en este Lineamiento, se resuelven los problemas de variabilidad y se disminuyen los riesgos.

Por ello, la planeación y el diseño del documento se encuentra basada en la mejor evidencia científica disponible y considera la capacidad de resolución que tienen los diferentes centros de atención, los recursos tecnológicos disponibles, la experiencia del equipo humano, la variabilidad biológica que pueda tener cada persona usuaria, así como los aspectos sociales y culturales, de tal forma que se estandaricen o adapten lo más que se pueda los servicios que se brindan en la CCSS.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>PRÓXIMA REVISIÓN: 2030</i>
<small>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICIONES</small>	LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS MAYORES DE 13 AÑOS CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA MEDIANTE LA DETECCIÓN OPORTUNA, ABORDAJE INICIAL Y REFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS	<small>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.21102025</small>

En esta línea, la comprensión y la aceptación del Manual por parte de los responsables de su ejecución constituye una de las principales estrategias para minimizar la variabilidad, al interpretar lo aquí establecido, por lo que se realizarán las siguientes acciones para la difusión de este documento: socialización mediante webmaster institucional y demás vías que se definan.

Por su parte, según el contexto clínico de la persona usuaria, el profesional en medicina a cargo tendrá “libertad de acción”; por tanto, podrá establecer de manera justificada otras medidas o intervenciones no contempladas en el Lineamiento, siempre que estas respeten los principios bioéticos. Esta situación deberá comunicarla oportunamente a la jefatura inmediata, para que analice la pertinencia de hacerla del conocimiento del equipo redactor y pueda ser considerada en la actualización del documento.

Aunado a lo anterior, en cualquier momento, los funcionarios que apliquen el Lineamiento podrán enviar al correo electrónico corraaip@ccss.sa.cr recomendaciones, críticas o propuestas de actualización al Lineamiento, con el fin de mantener el análisis continuo sobre su aplicación.

Principio de Justicia

Este principio orienta la distribución equitativa de los recursos disponibles. Si se identifican inequidades en la implementación del Lineamiento, los funcionarios responsables deben informar a las jefaturas, para que se puedan establecer las medidas correctivas pertinentes para cada situación, así como solicitar la asesoría de CBC cuando se identifiquen casos con conflicto ético-clínico.