	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 1 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

Fecha: Julio del 2019

Elaborado por: Comisión Institucional de Salud Mental ¹.

Revisado por: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Hospital Nacional Psiquiátrico. Equipo Salud Mental Clínica Carlos Durán.

Validado: Gerencia Médica


Para: Autoridades y personal de Hospitales Nacionales, Hospitales Especializados, Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos, Áreas de Salud y EBAIS.

Lineamiento Técnico para el Abordaje de las personas con riesgo de suicidio en la Red de Servicios


2. RELACIÓN CON NORMATIVA VIGENTE

Número	Nombre de normativas	Año
Normativa Internacional		
	Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948
	Convención Americana sobre Derechos Humanos	1969
	Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental proclamado por la Federación Mundial de Salud Mental	1989
	Principios de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica	1990
	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
Leyes, Decretos y Reglamentos Nacionales		
Ley 17	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social	1943
NA	Constitución Política de Costa Rica	1949

¹ Profesionales que integran el equipo técnico que diseña el lineamiento: Dra. Lilia Uribe, Dr. Francisco Montero, Dr. Marco Díaz, Dra. Carla Subirós, Dra. Ana Josefina Güell, Dra. Marta Vindas, Dra. Shirley Ramírez, Dra. Floricel Salazar. Dr. Fabricio Batres, Dr. Maynor Sequeira, Lic. José Luis Álvarez, Dra. Karen Salas

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 2 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

Ley N° 5.395/1973	Ley General de Salud	1973
Decreto Ejecutivo N°23984-S	Creación de un grupo de trabajo encargado de fortalecer la atención psiquiátrica integral a nivel local y comunitaria en todo el país.	1991
	Derechos Humanos de las personas con enfermedad mental en el Sistema de Salud de Costa Rica. ILANUD. OPS. CCSS	1997
Ley 7739	Código de la Niñez y la Adolescencia	1998
Ley 8239	Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.	2002
Ley 8261	Ley de la Persona Joven	2002
Decreto Ejecutivo N°32612-S.	Reglamento a la Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados	2005
	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA)	2010-2018
	Política Nacional de Salud Mental 2012-2021	2012
	Plan Nacional de Salud Mental 2012-2021	2012
Decreto Ejecutivo N° 39088-S	Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes	2015
	Plan Nacional de Salud 2010-2021	2016
Decreto Ejecutivo N° 40881-S	Normativa nacional para la articulación interinstitucional en el abordaje integral del comportamiento suicida	2018

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 3 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019


Decreto Ejecutivo N° 41287-S	Estrategia Nacional para el abordaje integral del comportamiento suicida 2016 - 2021	2018
Lineamientos Institucionales		
	Reglamento General de Hospitales Nacionales	1971
7082	Reglamento del Seguro de Salud	1996
	Informe de Auditoría ASS-347-2010, Evaluación de la Especialidad de Psiquiatría de la Red de Servicios de Salud	2010
	Acuerdos de Junta Directiva sesión 8660 Artículo 9, sobre reestructuración del modelo de salud mental	Setiembre 2013
	Plan Estratégico Institucional 2015-2018	2015
M.GM.DDSS 06 versión 02	Manual Metodológico para la Construcción de Lineamientos en la DDSS Código M.GM. DDSS.260812, Versión 02	2016

3. JUSTIFICACIÓN

Hay un importante incremento de casos de intentos y muertes por suicidio a nivel mundial. En Costa Rica esto no es excepción y el suicidio se ha convertido en un serio problema de Salud Mental que requiere de parte del Sector Salud su abordaje integral como una alta prioridad de Salud Pública. (1)

Por medio de la nota DM-866-2019 el Sr. Ministro de Salud solicita a Presidencia Ejecutiva la revisión y priorización de las acciones de abordaje institucional, así como los aportes de la C.C.S.S. a las acciones intersectoriales requeridas para la prevención, detección temprana y manejo de las personas en riesgo por conductas suicidas. Desde Presidencia Ejecutiva (TDI-PE-0037-2019) y Gerencia Médica (GM-MDA-4286-2019) se instruye elaborar los lineamientos y protocolos institucionales que faciliten el abordaje de esta problemática de forma prioritaria, integral y multidisciplinaria desde el nivel local donde la persona consulte.

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves, para proteger y mejorar la salud mental de la población, y aboga por el trabajo bajo una perspectiva basada en la integración horizontal e interdisciplinaria de los profesionales que conforman el equipo de salud mental. Promueve la apertura y funcionamiento de dispositivos (Servicios de Psiquiatría en hospitales Generales; Equipos Interdisciplinarios de salud

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 4 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

mental; Casitas de Escucha; Centros Diurnos; Hospitales de Día; etc.) sustitutivos al modelo asilar tradicional y dependientes del sector salud y/o de otros sectores sociales que contribuyan al proceso de inclusión social. (2)

Anualmente más de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. (1)

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, muchas muertes por suicidio son prevenibles mediante intervenciones oportunas básicas, partiendo de una exploración clínica y entrevista adecuada, realizadas por profesionales de salud no necesariamente especialistas en salud mental. Esta intervención clínica básica y de bajo costo puede detectar muchos casos de riesgo en forma temprana. Muchos estudios indican que un porcentaje alto de personas que se suicidan habían consultado en los meses previos a su muerte a los servicios de salud (servicios no específicamente de salud mental). Sin embargo, para que las estrategias de prevención del suicidio sean eficaces se requieren acciones multisectoriales e integrales partiendo de intervenciones desde la comunidad. (1)


Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol) está documentado en los países de altos ingresos (1), muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas. (1)

Aunado a lo anterior, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. (1) Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, comunidades indígenas; personas LGBTIQ; refugiadas, migrantes y las privadas de libertad; siendo el principal factor de riesgo de suicidio un intento previo de autoeliminación. (3)

Se estima que alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen por intoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. (1) Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego.

El conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia probada, entre ellas la restricción del acceso a los medios de suicidio. (1)

Promoción y prevención de la salud mental

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 5 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas la obtengan. Un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de ella. (1)


En vez de trabajar sobre los déficits y la ausencia de la enfermedad mental, lo que se persigue desde el enfoque salutogénico de promoción de salud mental es impulsar una vida más agradable, productiva y satisfactoria, en la que un buen estado de salud mental permita producir, relacionarse, adaptarse, hacer frente a la adversidad y contribuir a la construcción de la comunidad. En este sentido, la evidencia científica sostiene que un alto nivel de bienestar está asociado con un funcionamiento positivo (Foresight Programme, 2008; Power, 2010) que incluye pensamiento creativo, buenas relaciones interpersonales, capacidad de afrontamiento ante la adversidad. En cambio, las personas con un nivel bajo de bienestar mental tienen un peor funcionamiento, peor salud y esperanza de vida, lo que predice mayor frecuencia de uso del sistema sanitario. (4)

La Organización Mundial de la Salud expresa lo siguiente: *“El suicidio es un problema complejo y las actividades de prevención exigen la coordinación y colaboración de múltiples sectores de la sociedad, incluidos los de salud, educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, derecho, defensa, política y medios de comunicación. Esas actividades deben ser amplias e integradas, dado que ningún enfoque individual por separado puede tener efecto en una cuestión tan compleja como el suicidio”*. (1)

Es importante hablar de suicidio. Se hace necesario adaptarnos a los nuevos tiempos y atender a los medios de comunicación incluyendo redes sociales para llevar a cabo actividades preventivas ya que *“por su influencia en la opinión pública, los medios de comunicación pueden ser una herramienta muy útil para la normalización a la hora de hablar del suicidio, ayudar a romper el tabú y ejercer una labor social y pedagógica”*. (5)

Los suicidios son prevenibles. Existen algunas medidas que se pueden adoptar entre la población, para prevenir el suicidio y los intentos de cometerlo. (1) Esas medidas incluyen:

- Restricción del acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos);
- Información responsable por parte de los medios de comunicación;
- Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol;
- Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo;

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 6 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

- Capacitación de personal de salud no especializado en la evaluación y gestión de conductas suicidas
- Seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

El estigma, particularmente en torno a los trastornos mentales y el suicidio, disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o han tratado de hacerlo y, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan. (1) La prevención del suicidio no se ha abordado apropiadamente debido a la falta de sensibilización como problema de salud pública prioritario, a la persistencia de tabúes y paradigmas inadecuados que impiden su reconocimiento y abordaje integral temprano.

Según la OMS, para la población mundial el suicidio constituye una de las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial. (6) Las cifras van en aumento, y se espera que para el año 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones, siendo esta evidencia de crecimiento preocupante si consideramos la posibilidad de los años que podrían ser vividos con productividad, sobre todo tomando en cuenta la mayor incidencia de los casos en el grupo de personas jóvenes que están ingresando en el medio académico y laboral. (7-8)

El suicidio es una de las condiciones prioritarias del Programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido por la Organización Mundial de la Salud (1). En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020.


Además, la tasa de mortalidad por suicidio es un indicador de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, la cual indica: «De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar». (1)

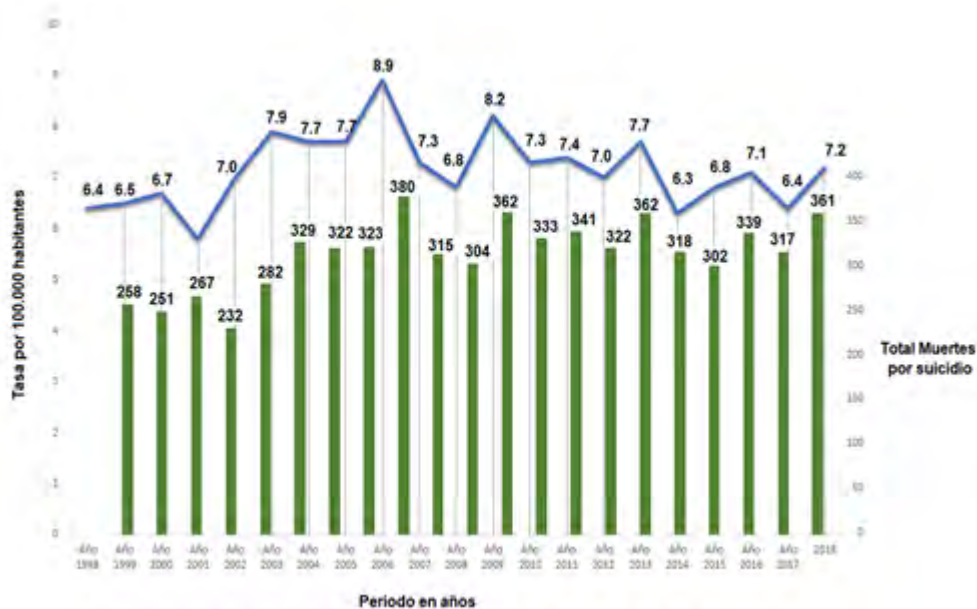
Conducta Suicida- Suicidio en Costa Rica

Hay un importante incremento de casos de intentos y muertes por suicidio a nivel mundial. (1) En Costa Rica esto no es excepción.

La conducta suicida va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio consumado, abarcando formas de presentación como el deseo de morir, el gesto suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan determinado, hasta el suicidio consumado (6).

Gráfico 1: Tasa y número absoluto de suicidios en Costa Rica, distribuida por año, 2000-2018.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 7 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019



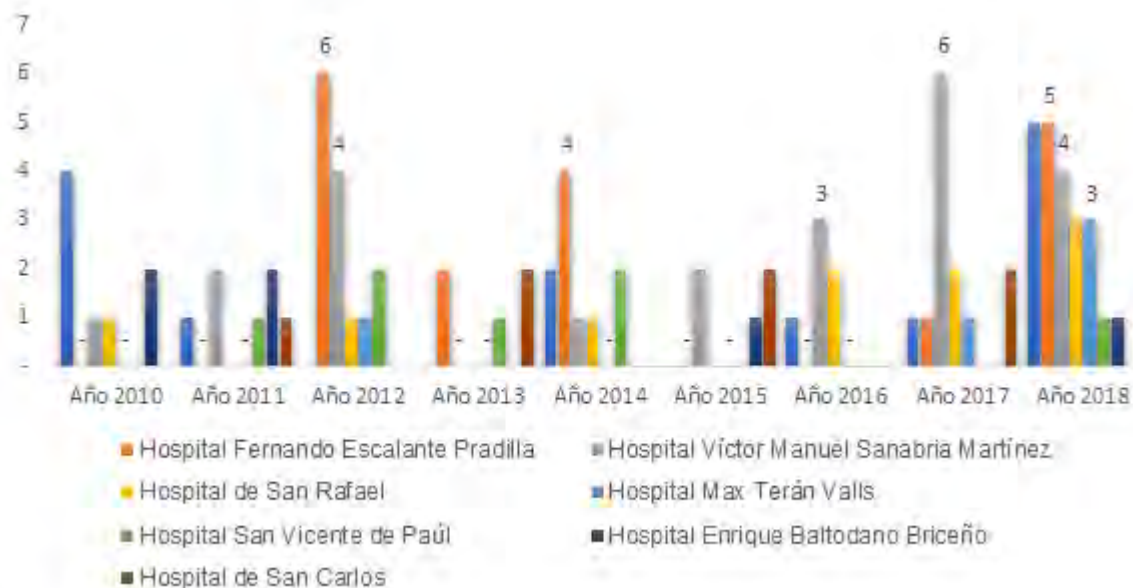
Datos expresados en tasa x 100000 habitantes

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud Estadística, Dirección de Planificación Poder Judicial Costa Rica 2019, INEC, 2019.

La tasa nacional de suicidios en Costa Rica pasó de 6,4 en el 2017 a 7,2 por cada 100 mil personas en el 2018 con un total de 361 casos. (9)

Costa Rica se encuentra entre los países con tasas de mortalidad por suicidio menor a 10 por cada 100.000 habitantes, reportando para el año 2017 una tasa de 6.4 x 100.000, sin embargo, es el segundo país con más suicidios de Centroamérica, solo superado por El Salvador. (6-10)

Gráfico 2: Egresos hospitalarios debidos a Historia personal de lesión autoinfringida intencionalmente, Hospitales Regionales C.C.S.S. 2010-2018




Total, general para el año 2018 (N=545 egresos), Total egresos Hospitales Regionales para el 2018, (n=24 un 4.4%) total de egresos HNP para el 2018 (n=385 un 71%).

Gráfico 3: Egresos hospitalarios debidos a Historia personal de lesión autoinfringida intencionalmente, Hospitales Especializados C.C.S.S. 2010-2018



Nota: datos expresados en términos absolutos, para efectos de gráfica se excluye el HNP. Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud 2019.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 9 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019


Total general para el año 2018 (545 egresos), Total egresos Hospitales Especializados 2018 (n=59 un 10.8%) total de egresos HNP para el 2018 (385 un 71%) (11).

Los datos de conducta suicida en las personas adolescentes y jóvenes son preocupantes, sobre todo entre el grupo de edad de los 15 a 24 años en quienes se ha establecido el suicidio entre la segunda y tercera causa de muerte a nivel mundial igual para ambos sexos. (12)

Según datos del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) en Costa Rica el grupo entre los 12 a 19 años, predomina en la población infantojuvenil que realiza suicidio, registrándose con una mayor incidencia a los 17 años. (13). El problema es de una gran magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos de suicidio (14), los cuales pueden ser tratados a tiempo.

Los factores, asociados a la conducta suicida, corresponden a eventos multifactoriales o multidimensionales (15-16) , aspectos que van desde la falta de esperanza, hasta la sensación de no pertenecer socialmente a un grupo, incluso el aislamiento social, además de la presencia de algunas enfermedades o trastornos mentales, el consumo de alcohol y drogas (16-17) donde la gran mayoría de estos factores tanto psicológicos como psicopatológicos pueden ser modificables clínicamente(17), por lo que es de suma importancia que tan pronto como se detecte una conducta suicida, se valore el riesgo y se pueda intervenir oportunamente, ya que la persona podría llevarlo a cabo (8).

Los factores de riesgo descritos en la literatura por la mayoría de los autores nacionales e internacionales, tanto para la ideación suicida como el suicidio, son fáciles de reconocer y se pueden tratar desde la atención primaria, sin embargo, existe una tendencia errónea a considerar que todas las intervenciones en salud mental requieren de un tercer nivel de atención con personal altamente especializado, pero la mayoría de los trastornos mentales entre ellos los intentos de autoeliminación pueden ser atendidos por el personal de salud no especializado, el paciente con conducta suicida es generalmente referido desde su captación a un tercer nivel de atención sin embargo su manejo debe iniciarse oportunamente al llegar al primer nivel de atención donde se debe reconocer y medir el riesgo, para así brindar los primeros auxilios emocionales.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 10 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

4. OBJETIVOS

Objetivo general:

Abordar tempranamente de manera integral a la persona en riesgo de autolesión, con trastornos de salud o crisis emocionales que acuden al establecimiento de salud, a fin de disminuir muertes prevenibles o años de vida con discapacidad.

5. FUNDAMENTACIÓN DEL LINEAMIENTO

Actualmente el proceso de atención de la persona con riesgo de suicidio es desarticulado y realizado principalmente mediante referencias entre las distintas disciplinas o de un nivel a otro, de manera que la atención / intervención que se brinda inicialmente resulta fragmentada y no aporta medidas iniciales adecuadas que ayuden a resolver la crisis sin necesidad de una intervención en un tercer nivel de atención.


El fortalecer el abordaje local tiene el beneficio de no separar a la persona de su red de apoyo familiar y comunitario, lo cual es un factor protector muy importante en la solución de su problemática.

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS puso en marcha en el año 2008 el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (MhGAP, por sus siglas en inglés); entre los recursos disponibles y la gran necesidad de estos servicios.

Se trata de una herramienta técnica sencilla, con una guía de intervención con ejemplos del manejo integrado de los trastornos mentales más importantes, aplicando protocolos para la toma de decisiones clínicas, que permite intervenciones farmacológicas y psicosociales desde el nivel de atención no especializada.

La ausencia de un abordaje inicial adecuado ha generado una tendencia de referir o trasladar al usuario al nivel superior para el internamiento como solución principal al problema, sin que se realice primeramente una evaluación adecuada y sin brindar ninguna intervención básica oportuna a nivel local.

El proceso descrito provoca una distorsión estigmatizante, traumática e inadecuada de la persona en riesgo y conlleva a la saturación de servicios del III nivel, sin una solución real para la persona usuaria. Una gran mayoría de los pacientes referidos al 3er nivel no requieren internamiento y su crisis se podían resolver a nivel local con medidas de soporte adecuadas, no necesariamente de tipo especializado, como las indicadas en el Manual MhGap de la OMS.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 11 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

No se dispone actualmente de un abordaje integrado a nivel institucional en la red de servicios para las personas en riesgo de autolesión o suicidio a pesar de contar con el recurso humano suficiente.

Actualmente el proceso de atención es desarticulado y principalmente mediante referencias entre las distintas disciplinas o de un nivel a otro, de manera que el diseño de la atención / intervención resulta fragmentado y carente de criterios evaluativos de resultado.

La ausencia de un abordaje diferenciado desde el primer nivel de atención ha generado una tendencia de referir o trasladar a la persona usuaria al nivel superior para el internamiento como la “solución” común, sin ninguna intervención básica local oportuna. Esta distorsión resulta estigmatizante, traumática y antiterapéutica, conllevando a la saturación de servicios de alto costo como lo es el III nivel, sin una solución real para la persona.

La hospitalización como intervención aislada no resuelve el problema porque se circunscribe a un abordaje inicial de una serie de factores de riesgo que deben ser atendidos gradualmente de manera ambulatoria.

Muchas personas en riesgo leve moderado de autolesión o conducta suicida, se puede resolver con una atención integral temprana en el nivel local sin la necesidad de trasladar a la persona y su familia fuera de su entorno. En este sentido se torna vital el enfoque centrado en la persona y curso de vida, que busca considerar todas las condiciones de su entorno y cómo estos distintos factores influyen en su salud.

6. DESCRIPCIÓN DEL LINEAMIENTO

La persona con riesgo suicida se constituye en una emergencia de salud como cualquier otra condición médica, para la cual se requiere un abordaje prioritario, inmediato e integral en el centro de salud donde se consulta, independientemente del nivel de complejidad.


La persona con riesgo suicida debe ser valorada siempre personalmente por el profesional de salud (artículos 19 y 41 del Código de la Niñez y la Adolescencia), debe recibir una atención inicial:

- Historia clínica completa
- Tratamiento y medidas básicas de acompañamiento y supervisión que involucren a su red familiar o de apoyo.

Para el abordaje inicial de las personas en riesgo de suicidio se instruye seguir los pasos indicados por la Organización Mundial de Salud en la guía de intervención mhGAP (<http://iris.paho.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=gk1JjVuv5CirVsCQqVVpbDZrpPiyxs0qW8QpBuu0Wkk>).

Evaluación:

- Indague si la persona ha intentado un acto médicamente grave de autolesión.
- Evalúe si existe un riesgo inminente de autolesión/suicidio.
- Investigue si está presente alguno de los trastornos mentales prioritarios.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 12 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

- Determine si hay dolor crónico.
- Evalúe la gravedad de los síntomas emocionales.

Manejo:

Active los protocolos:

- Acto médicamente grave de autolesión.
- Riesgo inminente de autolesión/suicidio
- Riesgo de autolesión/suicidio

Ofrezca y active el apoyo psicosocial con familiares y recursos formales e informales comunitarios.

Apoye a los cuidadores.

Brinde psicoeducación.

Seguimiento:

- Continúe el seguimiento durante 2 años, disminuyendo según mejoría.

La familia o acompañantes de la persona en riesgo deben recibir información y pautas que les faciliten participar en la contención de la crisis de tal forma que puedan apoyar con la supervisión y acompañamiento básicos requeridos a lo largo del proceso.

No se debe hacer una referencia automática de la persona que expresa riesgos de autolesión sin antes realizar una evaluación completa y establecer un abordaje inicial a nivel local.

Para la referencia a un nivel superior según complejidad (EISAM, Clínica, CAIS u Hospitales del área de referencia) se instruye seguir los criterios establecidos en el Manual MhGap en el tema de riesgo de suicidio.


En el segundo nivel el abordaje se debe realizar por un grupo interdisciplinario. Cada centro de salud debe establecer un equipo de intervención que además del profesional en medicina incluya a profesionales en enfermería, psicología y trabajo social.

Los centros de salud del segundo y tercer nivel deben conformar estos equipos multidisciplinarios para la atención de personas en riesgo de suicidio, y establecer consultas de emergencias en las agendas de los profesionales de este equipo.

En los servicios de emergencias deben asignarse camas para atención en crisis y manejo integral de personas en riesgo de suicidio.

7. RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO:

Dirección de Red de Servicios, Direcciones Regionales de Servicios de Salud
Directores de Hospitales Especializados, Nacionales, Regionales y Periféricos
Directores de Centros de Salud

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 13 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

Jefes de Servicios de Emergencias y Consulta Externa

Médicos Generales y Médicos especialistas en los servicios de Emergencias, hospitalización y Consulta Externa de los tres niveles de atención: Medicina Interna, Emergencias, Médicos de Familia, Psiquiatría, Pediatría, Gineco-obstetricia y otros.

Jefaturas de Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría y Medicina Interna

Profesional de enfermería (E1, E3), Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría y otras especialidades.

8. Responsables de verificar:

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL LINEAMIENTO.

Se realizará un proceso de monitoreo y evaluación de acuerdo con indicadores de producción y resultado en concordancia con la normativa institucional.


10. CONTACTO PARA CONSULTAS:

Dirección del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Manuel Antonio Chapuí, Pavas, (he_hnp@ccss.sa.cr; jlalvarez@ccss.sa.cr).

Dirección de Red de Servicios, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (corrdss@ccss.sa.cr; corraaip@ccss.sa.cr).

11. REFERENCIAS:

1. Organización Mundial de la Salud. (24 ago. 2018). Un reporte sobre la salud. Ciudad de la Salud, El suicidio. Recuperado en 26 de febrero de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Costa Rica. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. —San José, Costa Rica: El Ministerio, 2012. www.ministeriodesalud.go.cr
3. CID Comisión Interamericana de los derechos Humanos Organización de estudios Americanos OAS Violencia contra personas lesbianas Gays Bisexuales Trans e inter en Américas 2015.
4. Hernán-García M, Mena-Jiménez, Botello-Díaz B, Lineros-González C, García-Cubillana P. En Hernán et al (2012) Activos para la salud y promoción de la salud mental. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública).
5. Organización Mundial de la Salud. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CÁRCELES Y PRISIONES Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la Salud Ginebra 2007.
6. Bazán-López, José L, Olórtegui-Malaver, Víctor M, Vargas-Murga, Horacio B, & Huayanay-Falconí, Leandro. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Revista de Neuro-Psiquiatría, 79(1), 3-16. Recuperado en 19 de febrero de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003485972016000100002&lng=es&tlng=es.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 14 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

7. Aggleton, P. (2001) Working with young people. Implications for research and programming. *International Journal Adolesc Med Health*, 13(1):13-24.
8. Bedoya Cardona SUICIDIO Y TRASTORNO MENTAL (Suicide and Mental Disorder revistas.ces.edu.co › Inicio › Vol. 9, Núm. 2 (2016)
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Costa Rica Centroamerica 2019.
10. Blakemore, S. et al. (2010) The Rol of Puberty in the Adolescent Brain. *Human Brain Mapping* 31:926-933.
11. Caja Costarricense del Seguro Social Area de Estadística en Salud 2019
12. Blum, R. et al (2002) Vulnerability, Risk and Protection. *Journal of Adolescent Health*, 31S: 28-39.
13. Bodón, M. y Ríos, M. (2016). Suicidio: lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención. Argentina: UBA.
14. Bridge JA, Goldstein TR & Brent DA. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior.
15. Casey, B. y Jones, R. (2010) Neurobiology of the Adolescent Brain and Behavior: implications for substance use disorders. *Journal American Acad Child and Adolescent Psychiatry* Vol. 49 N° 12: 1189-1201.
16. Cifuentes, S.M. (2013). Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Recuperado de: [+suicidio. pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf](http://+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf)
17. Consejo Nacional de Rectores (Costa Rica). Programa Estado de la Nación Segundo informe estado de la justicia / PEN. -- 2 ed. -- San José C.R : Servicios Gráficos, AC ©.2017


12. ANEXOS

12.1 Definiciones:

a. Abordaje integral del riesgo suicida: Conjunto de acciones interdisciplinarias e interinstitucionales, coordinadas y orientadas a la promoción de factores protectores y la prevención, atención y seguimiento del riesgo suicida, las cuales parten de una valoración y consideración de todas las dimensiones de la persona o grupo con el que se trabaja.

Estas acciones van más allá del tratamiento farmacológico, e incluyen el abordaje psicosocial, tomando como participante activa a la persona o grupo a quien se dirigen las acciones y partiendo del contexto específico en que se desarrollan.

b. Autolesión/gesto suicida: Conducta potencialmente lesiva auto infligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte auto infligida no intencionada).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 15 de 2
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DDSS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO	CÓDIGO: LT.GM.DDSS. 17072019

e. Comportamiento suicida: diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho. Organización Mundial de la Salud (2014). El comportamiento suicida es un continuum de conductas.

f. Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte auto infligida con grado indeterminado de intencionalidad).

i. Ideación suicida: idea o pensamiento recurrente sobre quitarse la vida sin intentarlo. La ideación suicida es un constructo cognoscitivo directamente vinculado con el intento de suicidio.

j. Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva auto infligida 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.

o. Promoción de la salud mental: consiste en proporcionar a las personas y la comunidad los medios necesarios para mejorar su salud integral, incluida su salud mental, y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

m. Prevención: implica la adopción de medidas encaminadas a detectar y mitigar los riesgos asociados a comportamientos suicidas, así como impedir que se agraven las consecuencias físicas y psicosociales asociadas a esta problemática.