PLAN DE SALUD MENTAL CON ATENCIÓN EN EL RIESGO DE SUICIDIO DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES, ADULTOS MAYORES Y FUNCIONARIOS DE PRIMERA LÍNEA EN LA EMERGENCIA SANITARIA DEL DMQ.

**AÑO 2020**

**ÍNDICE**

 Año 2020

INDICE

[**1.** **ANTECEDENTES** 5](#_Toc49080262)

[**2.** **DEFINICIONES** 6](#_Toc49080263)

[**3.** **DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO** 8](#_Toc49080264)

[**4.** **VIOLENCIA** 16](#_Toc49080265)

[**4.1.** **Datos Estadísticos sobre Violencia** 17](#_Toc49080266)

[**5.** **DATOS DEL MUNICIPIO DE QUITO SOBRE LA POBLACIÓN VULNERABLE** 20](#_Toc49080267)

[**5.1.** **Adolescentes** 20](#_Toc49080268)

[**Tamizaje en adolescentes** 20](#_Toc49080269)

[**5.2.** **Adultos Mayores** 24](#_Toc49080270)

[**Tamizaje en adulto en deterioro cognitivo.** 24](#_Toc49080271)

[**5.3.** **Personal en Primera Línea de Atención** 28](#_Toc49080272)

[**6.** **MARCO LEGAL** 29](#_Toc49080273)

[**7.** **POBLACIÓN A INTERVENIR** 31](#_Toc49080274)

[**8.** **OBJETIVOS** 31](#_Toc49080275)

[**8.1.** **Objetivo General** 31](#_Toc49080276)

[**8.2.** **Objetivos Específicos** 31](#_Toc49080277)

[**9.** **PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO** 32](#_Toc49080278)

[**9.1.** **Fases de Implementación del Plan** 33](#_Toc49080279)

[**9.1.1.** **Fase de Coordinación** 33](#_Toc49080280)

[**9.1.2.** **Fase de Ejecución** 35](#_Toc49080281)

[**a.** **Componente Promoción de la Salud Mental** 35](#_Toc49080282)

[**b.** **Componente de Prevención Del Suicidio** 37](#_Toc49080283)

[**Flujograma de Atención** 42](#_Toc49080284)

[**c.** **Componente de Investigación** 42](#_Toc49080285)

[**d.** **Componente de Comunicación** 43](#_Toc49080286)

[**9.1.3.** **Fase de Evaluación** 54](#_Toc49080287)

[**e. Componente de Indicadores y Seguimiento** 55](#_Toc49080288)

[**10.** **PLAN DE GESTIÓN- ENTIDADES- RESPONSABILIDADES** 56](#_Toc49080289)

[**11.** **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 58](#_Toc49080290)

**INDICE DE TABLAS**

[Tabla 1 Mortalidad por Trastornos Mentales y del Comportamiento mayores de 5 años. DMQ 2018**.** 7](#_Toc49082542)

[Tabla 2 Causas de defunción por trastornos mentales y del comportamiento según sexo del fallecido. Hombres DMQ 2018**.** 8](#_Toc49082543)

[Tabla 3 Causas de defunción por trastornos mentales y del comportamiento según sexo del fallecido. Mujeres DMQ 2018**.** 9](#_Toc49082544)

[Tabla 4 Egresos hospitalarios por trastornos mentales y de comportamiento. DMQ 2018. Según edad**.** 11](#_Toc49082545)

[Tabla 5 Egresos Hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, según parroquia de residencia en mayores de 5 años. DMQ 2018**.** 11](#_Toc49082546)

[Tabla 6 Número de casos de suicidio cometidos en el Ecuador 2019, de los grupos etareos. Se considera el lugar de origen.**.** 12](#_Toc49082547)

[Tabla 7 Número de casos de suicidio en el Ecuador. 2019, por grupos etarios y provincias 13](#_Toc49082548)

[Tabla 8 Datos del número de muerte violentas por sexo a nivel nacional desde el año 2015 al 2019. 14](#_Toc49082549)

[Tabla 9 Defunciones en el año (t) por tipo de certificación y grupos de edad, según causas de muerte y sexo Año 2019 (p\*\*)**.** 14](#_Toc49082550)

[Tabla 10 Número de víctimas por femicidio a nivel nacional. 17](#_Toc49082551)

[Tabla 11 Femicidios por edad 17](#_Toc49082552)

[Tabla 12 Relación víctima- victimario 18](#_Toc49082553)

[Tabla 13 Porcentaje de muertes violentas 19](#_Toc49082554)

[Tabla 14 Población adolescente intervenida en la aplicación de la encuesta RAAPS. DMQ. 2017**.** 20](#_Toc49082555)

[Tabla 15 Población tamizada con resultados del nivel de riesgo y confirmados por Institución Educativa Municipal. Quito 2018**.** 21](#_Toc49082556)

[Tabla 16 Tamizaje aplicación de la encuesta RAAPS.DMQ 2019 23](#_Toc49082557)

[Tabla 17 Número de tamizajes durante los años 2017.2018 y 2019.**.** 24](#_Toc49082558)

[Tabla 18 Distribución por el Nivel de riesgo según el rango de edad. 2018**.** 26](#_Toc49082559)

[Tabla 19 Nivel de riesgo según Administración zonal MDMQ 2018 26](#_Toc49082560)

[Tabla 20 Análisis estadístico del nivel de riesgo por zona año 2019**.** 27](#_Toc49082561)

[Tabla 21 Grupos de apoyo realizados durante la emergencia sanitaria con el personal municipal de primera línea. 28](#_Toc49082562)

[Tabla 22 Principales factores de riesgo del suicidio 32](#_Toc49082563)

[Tabla 23 Actividades de Promoción de la salud mental del Municipio 36](#_Toc49082564)

[Tabla 24 Actividades de Prevención del suicidio del Municipio 40](#_Toc49082565)

**INDICE DE ILUSTRACIONES**

[Ilustración 1 Mortalidad por trastornos mentales. DMQ. 2018**.** 9](#_Toc49085192)

[Ilustración 2 Porcentaje de defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, según grupo de edad y sexo del fallecido/a.**.** 9](#_Toc49085193)

[Ilustración 3 Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ 11](#_Toc49085194)

[Ilustración 4 Femicidios según rango de edad 19](#_Toc49085195)

[Ilustración 5 Resultados de los riesgos por áreas**.** 21](#_Toc49085196)

[Ilustración 6 Distribución de las áreas con mayor riesgo. 23](#_Toc49085197)

[Ilustración 7 Incidencia de factores de riesgo en adolescentes. DMQ. 2019 24](#_Toc49085198)

[Ilustración 8 Detalle de resultado de Adultos Mayores según Administración Zonal. MDMQ, 2017. 25](#_Toc49085199)

[Ilustración 9 Tamizaje de Adulto Mayor en Alto Riesgo según el rango etario.2017**.** 26](#_Toc49085200)

1. **ANTECEDENTES**

La salud mental, es entendida como el estado de desarrollo integral de la persona, en que pueden armonizarse los distintos elementos que le constituyen (físicos, cognitivos, emocionales, ideológicos, espirituales, entre otros) permitiendo que se adapte al medio en el que se desenvuelve y se relacione adecuadamente con otros y consigo mismo, lo cual implica la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades, y permitirles alcanzar sus propios objetivos (OMS, 2004). En este sentido, incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente, lo cual construye a la salud mental positiva.

La salud mental de una persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, la estructura y recursos de la sociedad y los valores culturales, experiencias de la vida diaria, experiencias en la familia y la escuela, en las calles y en el trabajo (Lehtinen, Riikonen & Lahtinen, 1997; Lahtinen et al., 1999); así también por rasgos de personalidad, factores genéticos y desequilibrios bioquímicos que inciden negativamente en la salud mental.

Los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo importantes de otras enfermedades y de lesiones no intencionales o intencionales, hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan y el consumo nocivo de alcohol contribuye a muchos suicidios. Aumentan el riesgo de contraer otras enfermedades como la infección por VIH, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, y viceversa (Organización Panamericana de la Salud).

El Observatorio Social del Ecuador sitúa al suicidio en adolescentes como un evento de salud alarmante, debido a que los fallecimientos presumiblemente responden a causas evitables como la depresión, el maltrato en el ámbito familiar y escolar (OSE, 2014), así como el consumo de alcohol y de drogas.

A nivel internacional se ha reconocido la necesidad de abordar esta problemática. Así, se ha declarado al 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, como un mecanismo para concienciar y promover la generación de programas de política pública para la prevención.

En 2014, la OMS publicó el informe “La Prevención del Suicidio, un Imperativo Global”, en el cual resalta la necesidad de los países de considerar a la prevención del suicidio como una prioridad en sus programas, ya que con intervenciones oportunas y eficaces (basadas en datos científicos), tratamiento y apoyo pueden prevenirse tanto suicidios como tentativas. La carga del suicidio no recae solo en el sector de la salud, sino que tiene repercusiones múltiples sobre otros sectores y sobre la sociedad en su conjunto. Por ello, plantea que para prevenir eficazmente el suicidio, los países deben emplear un enfoque multisectorial que aborde este problema de forma integral.

Las cifras de la OMS señalan lo siguiente:

* Los trastornos mentales representan el 25.3 % y el 33.5 % de años perdidos por discapacidad en países de ingresos bajos y medios.
* La esquizofrenia y depresión profunda, tienen un riesgo global de muerte de 1.6 y 1.4 veces mayor que población general.
* Un promedio de entre 9.3 % y el 23.0 % de personas con 1 o más enfermedades crónicas cursan comorbilidad con depresión.
* El impacto mundial acumulado de las pérdidas económicas por trastornos mentales entre 2011 y 2030 es de US$ 16,3 billones.

Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años y se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales.

1. **DEFINICIONES**

Promoción de la salud mental: Acciones que crean entornos y condiciones de vida que propician la salud mental y permiten a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. (OMS, 2016).

Prevención de la salud mental: La prevención está dirigida a evitar la enfermedad y reducir el impacto de la misma en términos psicopatológicos, sociales y de recurrencia, se la realiza a través de procesos y procedimientos continuos que permitan desarrollar habilidades, capacidades y toma de decisiones en las personas con el fin de evitar la enfermedad.

Factores de protección: Hacen referencia a aquellas condiciones que mejoran la resistencia de las personas frente a los riesgos y contribuyen a evitar los trastornos o reducir su impacto. (OMS J. R.-A., 2013)

Factores de riesgo: La noción de riesgo está directamente relacionada con la de vulnerabilidad. Es la probabilidad latente de que ocurra un hecho que produzca ciertos efectos, la combinación de la probabilidad de la ocurrencia de un evento y la magnitud del impacto que puede causar.

Factores psicológicos que tiene que ver con la salud mental del individuo, el manejo de las emociones, la autoestima, entre otros.

Factores económicos: se refiere a los recursos económicos con que cuenta una persona para satisfacer sus necesidades, condiciones de pobreza o extrema pobreza que resultan un factor de riesgo que puede incidir en la violencia.

Factores sociales y culturales: Se relaciona a la pertenencia o identificación con una clase social, sus prácticas y sus comportamientos. De igual manera, se considera la inserción a la educación, acceso a la salud, servicios básicos, entre otros.

Factores sociodemográficos: se puede afirmar que una población está en mayor o en menor medida expuesta a riesgos demográficos, catástrofes naturales en función de su relación y ubicación en el territorio físico que habita.

Vulnerabilidad: Cualquier circunstancia que implica falta o disminución de la capacidad de respuesta, protección, abrigo o defensa frente a un riesgo, o de mitigar o evitar sus consecuencias.

Vulnerabilidad social: se refiere a las condiciones sobre todo de acceso y de cómo los habitantes de un determinado territorio se producen socialmente, cómo es el acceso a educación, salud, vivienda, servicios públicos, niveles de pobreza, marginación etc.

Vulnerabilidad económica: significa aquellas condiciones de reproducción material como son los ingresos percibidos, el acceso al empleo, pertenencia a un determinado estrato económico.

Vulnerabilidad demográfica: tiene que ver con la localización de la población (zona urbana, zona rural), el número de habitantes por territorio, condiciones climáticas, ocurrencia de fenómenos naturales, entre otros.

Vulnerabilidad ideológica: alude a la forma y concepción del mundo y el medio ambiente donde se habita y con el cual se relaciona y la posibilidad de enfrentar los problemas. La pasividad, fatalismo, presencia de mitos, aumentan la vulnerabilidad de la población.

Vulnerabilidad institucional: la obsolescencia y la rigidez de las instituciones, en las cuales la burocracia, la prevalencia de la decisión política, el dominio de criterios personalistas, impiden respuestas adecuadas y ágiles a la realidad existente y demoran el tratamiento de los riesgos o sus efectos.

Depresión: Es un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos – esferas de los sentimientos y emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida –, aunque, en mayor o menor grado, pueden estar presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica de la persona por una afectación en su esfera afectiva. (Alberdi, Taboada, Castro, & Vásquez, 2006).

Suicidio: Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil. (OMS, 1976).

1. **DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO**

Atendiendo los problemas de salud mental en el DMQ y tomando como referencia los datos de mortalidad en el DMQ generados por el MSP, se identifica como causas relacionadas a la salud mental las siguientes:

Tabla 1 Mortalidad por Trastornos Mentales y del Comportamiento mayores de 5 años. DMQ 2018**.**

|  |
| --- |
| Mortalidad por Trastornos Mentales y del Comportamiento mayores de 5 años |
| Defunciones Totales | 10.421 |
| Defunciones por Trastornos Mentales y del Comportamiento | 315 |
| Defunciones por el Resto de Causas | 10.106 |
| % defunciones por Trastornos Mentales y del Comportamiento | 3,0% |
| % defunciones por el Resto de Causas | 97,0% |

 Fuente: INEC - Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

 Elaboración: Unidad de Información e Investigación de la Salud

Ilustración 1 Mortalidad por trastornos mentales. DMQ. 2018**.**

 Fuente: INEC - Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

 Elaboración: Unidad de Información e Investigación de la Salud

El 3.0% de los casos de las defunciones totales son por trastornos mentales y del comportamiento, del resto de causas de muerte.

Ilustración 2 Porcentaje de defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, según grupo de edad y sexo del fallecido/a.**.**



 Fuente: INEC - Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

 Elaboración: Unidad de Información e Investigación de la Salud

En relación a los porcentajes de defunciones por sexo y edad, las edades comprendidas entre los 11 y 65 años mueren más varones que mujeres, en cambio entre los 5 a 10 años de edad son las mujeres.

Tabla 2 Causas de defunción por trastornos mentales y del comportamiento según sexo del fallecido. Hombres DMQ 2018**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Causa | Frecuencia | % | Tasa\*100.000 hombres |
| X70 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación | 132 | 60,0% | 10 |
| G40 Epilepsia | 32 | 14,5% | 2 |
| X80 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado | 12 | 5,5% | 1 |
| F01 Demencia vascular | 9 | 4,1% | 1 |
| X69 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, | 7 | 3,2% | 1 |
| X74 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas | 7 | 3,2% | 1 |
| X78 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante | 6 | 2,7% | 0 |
| F03 Demencia , no especificada | 4 | 1,8% | 0 |
| Y09 Agresión por medios no especificados | 3 | 1,4% | 0 |
| X72 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta | 2 | 0,9% | 0 |
| F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactiva | 1 | 0,5% | 0 |

 Fuente: INEC - Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

 Elaboración: Unidad de Información e Investigación de la Salud

Haciendo un análisis con el gráfico N°2, donde se puede evidenciar que los hombres registran un mayor caso de defunciones, se puede analizar que las principales causas de muerte son las lesiones auto infligidas por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (suicidio).

Tabla 3 Causas de defunción por trastornos mentales y del comportamiento según sexo del fallecido. Mujeres DMQ 2018**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Causa | Frecuencia | % | Tasa\*100.000 habitantes |
| F01 Demencia vascular | 20 | 6,3% | 1 |
| F03 Demencia , no especificada | 25 | 7,9% | 1 |
| F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactiva | 1 | 0,3% | 0 |
| F20 Esquizofrenia | 1 | 0,3% | 0 |
| F41 Otros trastornos de ansiedad | 1 | 0,3% | 0 |
| F50 Trastornos de la ingestión de alimentos | 1 | 0,3% | 0 |
| F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia | 1 | 0,3% | 0 |
| G40 Epilepsia | 45 | 14,3% | 2 |
| X62 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos] | 1 | 0,3% | 0 |
| X64 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicos | 2 | 0,6% | 0 |
| X67 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a gases  | 1 | 0,3% | 0 |

Fuente: INEC – Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

 Elaboración: Unidad de Información e Investigación de la Salud

Las principales causas de muerte en las mujeres son por demencia vascular, demencia no especificada, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactiva.

Ilustración 3 Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ



 Fuente: INEC - Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

 Elaboración: Unidad de Información e Investigación de la Salud

Haciendo un análisis general de las causas de muerte en la población del DMQ, se puede determinar que el envenenamiento auto infligido intencionalmente por drogas, medicamentos o sustancias y el envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y alucinógenos son los principales medios que usan para quitarse la vida.

Los reportes de egresos registrados en las Instancias de Salud, nos muestran la siguiente realidad.

Tabla 4 Egresos hospitalarios por trastornos mentales y de comportamiento. DMQ 2018. Según edad**.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnóstico | 11 - 19 | 20 - 64 | 5 - 10 | 65 y más | Total |
| Epilepsia | 19,8% | 10,9% | 77,2% | 19,4% | 16,4% |
| Episodio depresivo | 25,2% | 14,5% | 1,5% | 10,8% | 15,5% |
| Otros trastornos de ansiedad | 6,9% | 9,8% | 1,5% | 7,5% | 8,6% |
| Trastorno afectivo bipolar | 3,4% | 10,4% | 0,0% | 5,3% | 8,0% |
| Trastorno depresivo recurrente | 3,9% | 9,7% | 0,0% | 5,6% | 7,7% |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol | 2,5% | 9,2% | 0,0% | 3,9% | 6,9% |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias  | 6,8% | 7,3% | 0,7% | 0,8% | 6,2% |
| Esquizofrenia | 2,4% | 7,2% | 0,0% | 4,7% | 5,7% |

Fuente: INEC - Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

Elaboración: Unidad de Información e Investigación de la Salud

Este cuadro nos permite identificar las principales causas de egresos hospitalarios de la población quiteña, con trastornos mentales y del comportamiento según el grupo de edad existe un mayor número de casos de epilepsia con un 16, 4%, seguido con un 15,5% por episodios depresivos, y un 8,6% trastornos de ansiedad, el resto de trastornos están relacionados con episodios depresivos, de ansiedad y el consumo de alcohol y otras drogas.

Tabla 5 Egresos Hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, según parroquia de residencia en mayores de 5 años. DMQ 2018**.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Código y descripción de parroquia | Frecuencia | Porcentaje |
| 170150 Quito\* | 783 | 25,1% |
| 170108 Chillogallo | 178 | 5,7% |
| 170101 Belisario Quevedo | 175 | 5,6% |
| 170156 Conocoto | 166 | 5,3% |
| 170106 Cotocollao | 165 | 5,3% |
| 170155 Calderón (Carapungo) | 146 | 4,7% |
| 170102 Carcelén | 94 | 3,0% |
| 170121 La Magdalena | 92 | 2,9% |
| 170103 Centro Histórico | 87 | 2,8% |
| 170112 Iñaquito | 78 | 2,5% |
| 170111 Guamaní | 72 | 2,3% |
| 170109 Chimbacalle | 65 | 2,1% |
| 170127 Rumipamba | 54 | 1,7% |
| 170105 Comité Del Pueblo | 48 | 1,5% |
| 170131 Solanda | 47 | 1,5% |
| 170157 Cumbaya | 47 | 1,5% |
| 170113 Itchimbia | 45 | 1,4% |
| 170126 Quitumbe | 41 | 1,3% |
| 170129 San Isidro Del Inca | 40 | 1,3% |
| 170124 Ponceano | 39 | 1,3% |
| 170130 San Juan | 38 | 1,2% |
| 170184 Tumbaco | 37 | 1,2% |
| 170177 Pomasqui | 36 | 1,2% |

Fuente: INEC – Base de egresos hospitalarios en el DMQ

Elaboración: Unidad de Información e Investigación de la Salud

\*"parroquia Quito" asignada cuando el usuario no detalló su parroquia de residencia.

La parroquia donde se presentan mayores casos de egresos por trastornos mentales no está identificada ya que la población no detalla la información, sin embargo, las parroquias de Chillogallo, Belisario Quevedo, Conocoto, Cotocollao y Calderón se encuentran dentro de los sitios con más casos de egresos.

Tabla 6 Número de casos de suicidio cometidos en el Ecuador 2019, de los grupos etarios. Se considera el lugar de origen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAÍS DE ORIGEN | 0.No definida | 1.Niños y niñas (0 a 11 años) | 2.Adolescentes (12 a 17 años) | 3.Jóvenes (18 a 29 años) | 4. Adultos (30 a 64 años) | 5.Personas Adultas Mayores | TOTAL GENERAL |
| **COLOMBIA** |   |   |   | 2 | 1 | 1 | 4 |
| **CUBA** |   |   |   |   | 1 |   | 1 |
| **ECUADOR** | 1 | 11 | 92 | 243 | 319 | 60 | 726 |
| **NO DETERMINADO** |   |   |   |   | 1 |   | 1 |
| **OTROS** |   |   |   | 1 | 1 |   | 2 |
| **PERÚ** |   |   |   | 1 |   |   | 1 |
| **VENEZUELA** |   |   |   | 6 | 3 |   | 9 |
| **Total General** | 1 | 11 | 92 | 253 | 326 | 61 | 744 |

Los datos disponibles de presuntos suicidios (enero 2015-agosto 2019) de los registros policiales de la Dirección Nacional contra la Vida, Muertes, Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASE)- Ministerio de Gobierno. Se considera el número de personas fallecidas por un presunto suicidio y que fue generada un acta de levantamiento de cadáver.

Tabla 7 Número de casos de suicidio en el Ecuador. 2019, por grupos etarios y provincias

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROVINCIAS | 0.No definida | 1.Niños y niñas (0 a 11 años) | 2.Adolescentes (12 a 17 años) | 3.Jóvenes (18 a 29 años) | 4.Adultos (30 a 64 años) | 5.Personas adultas Mayores | TOTAL GENERAL |
| AZUAY |   | 3 | 12 | 27 | 21 | 1 | 64 |
| BOLÍVAR |   | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 10 |
| CAÑAR |   | 2 | 1 | 1 | 8 | 2 | 14 |
| CARCHI |   |   | 1 | 3 | 6 |   | 10 |
| CHIMBORAZO |   | 2 | 2 | 7 | 9 | 4 | 24 |
| COTOPAXI |   |   | 9 | 22 | 12 | 2 | 45 |
| EL ORO |   |   | 1 | 10 | 18 | 4 | 33 |
| ESMERALDAS |   |   | 2 | 4 | 9 | 1 | 16 |
| GUAYAS |   |   | 15 | 32 | 64 | 11 | 127 |
| IMBABURA |   |   | 3 | 7 | 3 | 1 | 14 |
| LOJA |   |   | 5 | 8 | 4 |   | 17 |
| LOS RIOS |   |   | 2 | 14 | 21 | 3 | 40 |
| MANABÍ |   |   | 3 | 14 | 29 | 8 | 54 |
| MORONA SANTIAGO |   |   |   | 1 |   |   | 1 |
| NAPO |   | 1 | 1 | 1 |   |   | 3 |
| ORELLANA |   |   |   | 2 | 4 |   | 6 |
| PASTAZA |   | 1 | 1 | 3 | 1 |   | 6 |
| PICHINCHA | 1 |   | 20 | 65 | 76 | 14 | 176 |
| SANTA ELENA |   |   |   | 4 | 4 | 2 | 10 |
| SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS |   |   | 1 | 3 | 11 | 4 | 19 |
| SUCUMBIOS |   |   | 2 | 5 | 4 | 1 | 12 |
| TUNGURAHUA |   | 1 | 8 | 16 | 11 | 1 | 37 |
| ZAMORA CHINCHIPE |   |   | 2 | 2 | 2 |   | 6 |
| TOTAL GENERAL | 1 | 11 | 92 | 253 | 326 | 61 | 744 |

 Fuente: INEC - casos de suicidio en el Ecuador. 2019, por grupos etarios y provincias

En el Ecuador se presentan algunos límites en el análisis de la información sobre suicidios, la mayoría de la información disponible proviene de fuentes administrativas recopiladas y analizadas por el Instituto de Estadísticas y Censos.

La presunción de suicidios en niños, niñas y adolescentes para septiembre de 2019, no muestra que su variación es marginal. A lo que va del año, el número de reportes por presunción de muertes violentas auto infligidas, comparado con el año 2014 marca una alerta que el suicidio no se encuentra en reducción.

Tabla 8 Datos del número de muerte violentas por sexo a nivel nacional desde el año 2015 al 2019.

|  |  |
| --- | --- |
| Años | Muertes violentas (t+1)1/ |
| **SuicidiosCIE-9 (950-959)CIE-10 (X60 - X84)** |
| **Total** | **Hombre** | **Mujer** |
| 2015 | 1.084 | 816 | 268 |
| 2016 | 1.233 | 963 | 270 |
| 2017 | 1.202 | 958 | 244 |
| 2018 | 1.221 | 955 | 266 |
| 2019 (p\*\*) | 1.195 | 949 | 246 |
| p\*\*) cifras provisionales: corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de las defunciones generales ocurridas en el 2019, y que están sujetos a ajustes por registros posteriores. |
| Fuente: INEC, Registro estadístico de defunciones generales, años 1990-2019. |

Tabla 9 Defunciones en el año (t) por tipo de certificación y grupos de edad, según causas de muerte y sexo Año 2019 (p\*\*)**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lista especial de tabulación 6/67 (Décima Revisión CIE - 10) | Tipo de certificación | Grupos de edad  |  Sin información |
| **Con certificación médica** | **Sin certificación médica** |
| **5 - 9 años** | **10 - 14 años** | **15 - 19 años** | **20 - 49 años** | **50 - 59 años** | **60 y más años** | **Ignorado** |
| 5.11 Lesiones auto infligidas intencionalmente | Total |  1.193 |  2 |  3 |  60 |  167 |  705 |  103 |  156 |  1 |
| Hombre |  947 |  2 |  2 |  37 |  108 |  572 |  91 |  138 |  1 |
| Mujer |  246 |  - |  1 |  23 |  59 |  133 |  12 |  18 |  - |

Fuente: INEC, Registro estadístico de defunciones generales, año 2019

1. **VIOLENCIA**

El fenómeno de la violencia, ha sido ampliamente reconocido como un problema social, de salud y de seguridad ciudadana de gran magnitud, tanto por los devastadores efectos en la calidad de vida de las víctimas y las/los observadores/es, así como por sus consecuencias en la sociedad (El Comercio, 2019).

De acuerdo a los indicadores de Seguridad Ciudadana la variación de homicidios intencionales ocurridos en Quito entre el año 2017 y 2018 presenta un 8% de incremento hasta noviembre de 2018. Entre enero y noviembre de 2018 en Quito han ocurrido 108 homicidios intencionados, de los cuales el mayor porcentaje (50%) corresponden a asesinatos, le siguen con un 42,6% los homicidios, entre estos delitos también se reportan 7 femicidios que corresponden al 6,5% del total de homicidios intencionados (El Comercio, 2019).

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través de la Secretaría Metropolitana de Salud, formula acciones de promoción y protección de la salud, coherentes con la realidad y dinámica territorial; para el efecto, se promueve acciones de información, educación y comunicación social para facilitar cambios de conducta en personas y grupos de población por ciclo de vida, encaminados a la promoción y protección de la salud, especialmente en los grupos de atención prioritaria, que permitan el desarrollo y envejecimiento activo y saludable; así como el fomento de estilos de vida que favorezcan comportamientos y la creación de entornos, espacios y ambientes saludables.

La Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, en coordinación con otras dependencias municipales competentes, desarrollan acciones de prevención de las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia en el Distrito Metropolitano de Quito como problemas prioritarios de salud pública, promoviendo la participación de la ciudadanía en las acciones emprendidas, entre otros.

La ejecución de los proyectos se implementa en coordinación con las nueve Administraciones Zonales, cuyas funciones es descentralizar los organismos municipales, así como también mejorar el sistema de gestión participativa, las mismas que contemplan diferentes actividades en sus Planes Operativos Anuales.

En este sentido, desde la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Promoción, Prevención y Vigilancia de la Salud, con su componente de Salud Mental viene desarrollando acciones enfocadas en la promoción de la salud mental y prevención de trastornos psicológicos. Tomando en cuenta el objetivo del presente **Plan de** **atención en el riesgo de suicidio de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios de primera línea en la emergencia sanitaria,** desde el componente se ha venido desarrollando acciones enfocadas en la prevención a través de la detección temprana de conductas de riesgo en las cuales se encuentra el suicidio, este proceso nos permite que la población vulnerable reciba una atención oportuna e inmediata.

* 1. **Datos Estadísticos sobre Violencia**

En el caso del Distrito Metropolitano de Quito la violencia se da principalmente en un conjunto de sistemas y factores sociales dentro de la comunidad, las relaciones sociales y en la individualidad (Montalvo).

En Quito el 47% de intervenciones policiales son emergencias de violencia social, entendidas por delitos físicos, psicológicos y sexuales, entre familia (padres, hijos y esposos), y en las malas relaciones entre vecinos con temas cotidianos (Ministerio de Gobierno). Este dato se da a pesar que según el COE Metropolitano 9 de cada 10 personas no denuncian la violencia familiar, por lo que los índices de violencia en Quito son alarmantes, esto se da por la normalización de la violencia en el individuo, en la familia y a nivel social. Según las estadísticas presentadas, 5 de cada 10 personas encuestadas fueron víctimas de una o varias formas de violencia intrafamiliar, de ese número el 62% son mujeres. 1 de cada 10 personas encuestadas han sido víctimas de violencia física, 7 de cada 10 agresiones físicas son de la pareja actual o ex pareja. Así mismo 5 de cada 10 personas encuestadas son víctimas de violencia psicológica en el último año (Quito Informa, 2018).

Así mismo la violencia de género en Ecuador sigue con la estadística mencionada en 2011 por el INEC, donde 6 de cada 10 mujeres sufren o han sufrido de violencia de género, siendo la violencia psicológica la que más persiste, seguida por la violencia física, la sexual y la patrimonial en ese orden (Expreso, 2019). En el 2019 el ECU-911 registró que en promedio cada una hora recibe 14 llamadas relacionadas a violencia, así mismo en el 2020 en el transcurso de un mes se registraron 6819 llamadas por violencia de género (La Hora, 2020).

La Fiscalía General del Estado alerta sobre las altas cifras estipuladas a partir del 2014 sobre femicidios en el Ecuador.

Tabla 10 Número de víctimas por femicidio a nivel nacional.



Fuente: Fiscalía General del Estado. Conformación del Subcomité Técnico de Validación de Femicidios. 2020

Tabla 11 Femicidios por edad

****Fuente: Fiscalía General del Estado. Conformación del Subcomité Técnico de Validación de Femicidios. 2020

Ilustración 4 Femicidios según rango de edad

****

Fuente: Fiscalía General del Estado. Conformación del Subcomité Técnico de Validación de Femicidios. 2020

Asimismo, se presenta información de la relación que tenía la víctima- victimario.

Tabla 12 Relación víctima- victimario

****

Fuente: Fiscalía General del Estado.Conformación del Subcomité Técnico de Validación de Femicidios. 2020

En el periodo del 2014 al 2020 ha existido un alto porcentaje de muertes violentas en el Ecuador.

Tabla 13 Porcentaje de muertes violentas

****

Fuente: Fiscalía General del Estado. Conformación del Subcomité Técnico de Validación de Femicidios. 2020

1. **DATOS DEL MUNICIPIO DE QUITO SOBRE LA POBLACIÓN VULNERABLE**
	1. **Adolescentes**

**Tamizaje en adolescentes**

La población con la cual se ha venido interviniendo desde el 2017 son los estudiantes de las 20 Instituciones Educativas Municipales.A través de la aplicación de la Encuesta Rápida para Adolescentes (RAAPS), la cual mide riesgo en 5 áreas: autocuidado, violencia, drogas, conductas sexuales de riesgo y el emocional se aplica previo a una sensibilización acerca de los factores de protección y de riesgo y con autorización de los padres de familia.

En el año 2017, se tamizó el 113.51% que corresponde a 3016 estudiantes de 7 Unidades Educativas Municipales.

Tabla 14 Población adolescente intervenida en la aplicación de la encuesta RAAPS. DMQ. 2017**.**

|  |
| --- |
| *Población cobertura a la aplicación de la encuesta RAPPS, en la población adolescente del D,Q-2017* |
| UEM | **Adolescentes programados** | **Adolescentes alcanzados** | **ALTO RIESGO** | **BAJO RIESGO** | **SIN RIESGO** | **Total** |
| ALFREDO PEREZ GUERRERO | 155 | 98 | 29-  | 56 | 13 | 98 |
| FERNÁNDEZ MADRID | 800 | 844 | 80 | 455 | 309 | 844 |
| HUMBERTO MATA MARTINEZ | 143 | 175 | 38 | 102 | 35 | 175 |
| NUEVE DE OCTUBRE | 150 | 217 | 78 | 116 | 23 | 217 |
| RAFAEL ALVARADO | 437 | 478 | 43 | 151 | 284 | 478 |
| SAN FRANCISCO DE QUITO | 541 | 439 | 105 | 218 | 116 | 439 |
| SEBASTIAN DE BENALCAZAR | 744 | 765 | 118 | 424 | 223 | 765 |
| Total | **3000** | **3016 - 100%** | **491 - 16.28%**  | **1522 - 50.46%** | **1003 - 33.26%** | **3016 - 100%** |

 *Fuente: Sistema de información IYMFR.* Elaborado por: Salud Mental

Como se puede evidenciar en el cuadro anterior, de acuerdo al número de adolescentes de las Unidades Educativas Municipales tamizados en el año 2017 (mediante encuesta RAAPS) que son 3016 personas - 100%, tenemos el 16.28% que equivale a 491 personas encontradas en alto riesgo de experimentar problemáticas asociadas a la adolescencia.

Ilustración 5 Resultados de los riesgos por áreas**.**

 *Fuente: Sistema de información IYMFR.*   *Elaborado por: Salud Mental*

Del proceso de tamizaje se logra evidenciar que el mayor riesgo que presentan los adolescentes son en la pregunta 15 donde hacen referencia el haber tenido relaciones sexuales de riesgo con un 35%, seguida de otro factor de riesgo que son los problemas emocionales con un 28.7% donde se han presentado episodios depresivos, ideación suicida, intentos autolíticos. Otro factor son el autocuidado o problemas alimentarios con un 6.6%, consumo de alcohol y otras drogas con un 2.9% y violencia con un 2.06%.

En el año 2018 se realizó el tamizaje a 3.183 adolescentes de 9 Instituciones Educativas Municipales.

Tabla 15 Población tamizada con resultados del nivel de riesgo y confirmados por Institución Educativa Municipal. Quito 2018**.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AMZ | Unidad Educativa | N° Población Tamizada | Población Alto riesgo | N° Población Bajo Riesgo  | N° Población Sin riesgo | N° Población Confirmados  |
|
|  Quitumbe  | U.E JULIO ENRIQUE MORENO  | 586 | 66 | 186 | 334 | 34 |
| U.E OSWALDO LOMBEYDA  | 228 | 32 | 80 | 116 | 15 |
|  Eloy Alfaro  | C. JOSE RICARDO CHIRIBOGA  | 253 | 51 | 124 | 78 | 21 |
|  La Delicia  | C. COTOCOLLAO  | 76 | 12 | 32 | 32 | 6 |
| U.E. EUGENIO ESPEJO  | 628 | 91 | 303 | 234 | 27 |
|  Los Chillos  | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | 216 | 28 | 47 | 141 | 19 |
| MANUEL CABEZA DE VACA  | 251 | 34 | 67 | 150 | 24 |
| PEDRO PABLO TRAVERSARI  | 195 | 24 | 41 | 130 | 20 |
|  Calderón  | C. CALDERON  | 750 | 115 | 315 | 320 | 64 |
| TOTAL | 9 UEM | 3183 | 453 - 14.23% | 1195 - 37.54% | 1535 - 48.23% | 230 |

 Fuente: Sistema de información IYMFR. Elaborado por: Salud Mental

Como se puede evidenciar en el cuadro anterior, de acuerdo al número de adolescentes de las Unidades Educativas Municipales tamizados en el año 2018 (mediante encuesta RAAPS) que son 3183 personas - 100%, tenemos el 14.23% que equivale a 453 personas encontradas en alto riesgo de experimentar problemáticas asociadas a la adolescencia.

Ilustración 6 Distribución de las áreas con mayor riesgo.

 Fuente: Sistema de información IYMFR. Elaborado por: Salud Mental

Como se evidencia, el área de mayor riesgo en adolescentes de las Unidades Educativas Municipales son problemas emocionales con 90.43%, relacionados a la depresión e intentos autolíticos, seguido de riesgo de violencia con un 10%, drogas con un 3.91% y conductas sexuales de riesgo con 2.60%, en autocuidado no se identificó ningún riesgo.

En el año 2019, se tamizó a 4 Instituciones Educativas Municipales.

Tabla 16 Tamizaje aplicación de la encuesta RAAPS.DMQ 2019

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADMINISTRACIONES ZONALES | UNIDADES EDUCATIVAS MUNICIPALES | N° de Tamizados | N° Población de Alto riesgo | N° Población de Bajo riesgo | N° Población Sin Riesgo | Confirmados |
| LA MARISCAL | INTIYÁN | 45 | 11 | 21 | 13 | 11 |
| CALDERÓN | CALDERÓN | 213 | 26 | 187 | 0 | 15 |
| MANUELA SAENZ | ANTONIO JOSÉ DE SUCRE | 612 | 100 | 202 | 310 | 54 |
| ELOY ALFARO | JOSÉ RICARDO CHIRIBOGA | 250 | 74 | 107 | 69 | 34 |
| TOTAL | 4 UEM | 1120 - 100% | 211 - 18.84% | 517 - 46.16% | 392- 35% | 114 |

Como se puede evidenciar en el cuadro anterior, de acuerdo al número de adolescentes de las Unidades Educativas Municipales tamizados en el año 2019 (mediante encuesta RAAPS) que son 1120 personas - 100%, tenemos el 18.84% que equivale a 211 personas encontradas en alto riesgo de experimentar problemáticas asociadas a la adolescencia.

Ilustración 7 Incidencia de factores de riesgo en adolescentes. DMQ. 2019

***Fuente:*** *Sistema de información IYMFR.* ***Elaborado por:*** *Salud Mental*

Se puede identificar el tipo de riesgo **emocional** con el 80% que equivale a 169 adolescentes, con el 9% conductas sexuales de riesgo que equivale a 20 personas, con el 6% consumo de sustancias que equivale a 12 personas y con el 5% que equivale a 10 adolescentes identificados en alto riesgo en las Unidades Educativas Municipales intervenidas.

* 1. **Adultos Mayores**

**Tamizaje en adulto en deterioro cognitivo.**

Durante los años 2017, 2018 y 2019 se realizó la detección de riesgo en la población adulta mayor del Distrito Metropolitano de Quito de los puntos 60 y piquito donde prioritariamente se trabajó con problemáticas asociadas al deterioro cognitivo propio del ciclo evolutivo de esta población. Se estableció realizar la aplicación del reactivo psicológico Mini Examen Cognoscitivo (MMSE *siglas en inglés*) en la población de Adultos Mayores, con el fin de identificar tempranamente a aquellos individuos que puedan presentar indicios de factores de riesgo que inciden en el deterioro cognitivo.

En el año 2017 y 2018 los psicólogos técnicos de territorio cumplieron con las metas asignadas por la Secretaría de Salud, sin embargo, en el año 2019 los técnicos de territorio no pudieron ser contratados en su mayoría, solo 2 administraciones pudieron ejecutar su proyecto. A continuación, se detalla el número de personas tamizadas durante este periodo:

Tabla 17 Número de tamizajes durante los años 2017.2018 y 2019.**.** 

 ***Fuente:*** *Sistema de información IYMFR.*  ***Elaborado por:*** *Salud Mental*

De acuerdo a la información que se pudo recabar en el año 2017, como se indica en el cuadro “Detalle de resultado de Adultos Mayores según Administración Zonal. MDMQ, 2017” se pudo observar que los niveles de riesgo por Administración Zonal, en los cuales se ha identificado que el mayor índice de alto riesgo se encuentra en la AMZ Calderón 34,28% y 2,58% respectivamente, seguida de la AMZ Tumbaco con un valor del 30,10% para los altos riesgos. Por otro lado, en promedio, el 79% de los adultos mayores que asisten a los centros de atención de las AMZ de La Mariscal y Eugenio Espejo no presentan riesgo de deterioro cognitivo. Considerando la ubicación urbana de los centros, éste factor demográfico puede ser importante, en relación a la estimulación, la movilidad y a un mayor acceso a servicios dentro de estas zonas que puede funcionar como factores protectores.

Ilustración 8 Detalle de resultado de Adultos Mayores según Administración Zonal. MDMQ, 2017.

****

***Fuente:*** *Sistema de información IYMFR).* ***Elaborado por:*** *Salud Mental*

Así mismo al distribuir los resultados según el grupo etario, se observan diferencias importantes. El gráfico “Tamizaje de Adulto Mayor en Alto Riesgo según el rango etario” muestra una tendencia a aumentar el alto riesgo conforme avanza la edad. No obstante, al llegar a los 85 años, los resultados son similares y se mantienen constantes entre los 90-95 años.

Ilustración 9 Tamizaje de Adulto Mayor en Alto Riesgo según el rango etario.2017**.**



***Fuente:*** *Sistema de información IYMFR.* ***Elaborado por:*** *Salud Mental*

A su vez en el año 2018 como se puede observar en la tabla “Distribución por el Nivel de riesgo según el rango de edad” el mayor porcentaje encontrado en niveles de riesgo alto y patología se encuentra en las edades comprendidas entre los 75-79 años.

Tabla 18 Distribución por el Nivel de riesgo según el rango de edad. 2018**.**



***Fuente:*** *Sistema de información IYMFR.* ***Elaborado por:*** *Salud Mental*

También se pudo observar que como indica la tabla “Nivel de riesgo según Administración zonal MDMQ 2018” en relación a la administración zonal donde se realizó el tamizaje, se encuentra que la administración Tumbaco, tiene el mayor porcentaje de patología y alto riesgo, seguido de la administración zonal Los Chillos con un 26.31% de patologías presentadas y las administraciones zonales Quitumbe y la Delicia con un 14.91% de altos riesgos cada una.

Tabla 19 Nivel de riesgo según Administración zonal MDMQ 2018



***Fuente:*** *Sistema de información IYMFR. E****laborado por:*** *Salud Mental*

A su vez en el año 2019 el tamizaje distrital se lo realizó en dos administraciones zonales ubicado en la zona urbana en la Mariscal y la zona rural en Calderón, de la población tamizada se pudo encontrar un 12% de adultos mayores en alto riesgo, un 30% en bajo riesgo y un 58% sin riesgo en deterioro cognitivo. El cumplimiento de la meta distrital 2019, fue del 7% debido a la falta de técnicos en territorio.

De los tamizados en la zona de la Mariscal se pudo evidenciar mayor riesgo en la escala de memoria, donde todos los casos con alto riesgo presentaron dificultad, seguido de orientación espacial, orientación temporal y dibujo donde también se evidencia problemáticas.

En la zona de Calderón se evidencia el mayor porcentaje de riesgo en atención y cálculo en donde la mayoría presenta problemáticas, así mismo en dibujo, escritura y lectura presenta altos índices de riesgo, en las escalas de memoria y orientación temporal presentan riesgo con menor incidencia en la zona de Calderón.

Tabla 20 Análisis estadístico del nivel de riesgo por zona año 2019**.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ADMINISTRACIONES ZONALES | N° de Tamizados | N° Población de Alto riesgo | N° Población de Bajo riesgo | N° Población Sin Riesgo |
| LA MARISCAL | 89 | 3 | 31 | 55 |
| CALDERÓN | 91 | 18 | 24 | 49 |
| TOTAL | 180 - 100% | 21 - 11.67% | 55 - 30.56% | 104 - 57.77% |

***Fuente:*** *Sistema de información IYMFR.* ***Elaborado por:*** *Salud Mental*

Como se puede evidenciar en el cuadro anterior, de acuerdo al número de adultos mayores intervenidos en los puntos de 60 y piquito que pertenecen a los programas de la Unidad Patronato Municipal San José tamizados en el año 2019 (mediante Examen de Funciones MINIMENTAL) que son 180 personas - 100%, tenemos el 11.67% que equivale a 21 personas encontradas en alto riesgo de sufrir deterioro cognitivo.

De acuerdo al análisis en relación al nivel de riesgo y la edad en los años 2017, 2018 y 2019, se puede evidenciar que el no tener un nivel formativo puede incidir en que los adultos mayores puedan llegar a tener una patología o un alto nivel de riesgo.

 Las administraciones zonales que presentan porcentajes mayores de alto riesgo de deterioro cognitivo incluso sobre el promedio distrital en el año 2017, se encuentran en las administraciones zonales: Tumbaco, Calderón, Los Chillos, Quitumbe y en el 2018 se encuentra que la administración zonal Tumbaco, tiene el mayor porcentaje de patología y alto riesgo, seguido de la administración zonales Los Chillos Quitumbe y la Delicia. A su vez en el año 2019 Calderón registra mayor incidencia.

Durante los 3 años, a las personas encontradas en riesgo se realizó un proceso de derivación a las Unidades Metropolitanas de Salud y grupos de apoyo con los técnicos de las Administraciones Zonales, así mismo se realizaba un proceso de promoción de la salud mental. En estos espacios se pudo identificar que la población también requiere una intervención en problemáticas asociadas a los trastornos emocionales.

Durante el año 2020 se tenía planificado que los técnicos apliquen la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, sin embargo, por la emergencia sanitaria no se pudo ejecutar.

* 1. **Personal en Primera Línea de Atención Sanitaria**

Durante los meses de abril a julio 2020, desde el componente de salud mental se ha venido trabajando en procesos terapéuticos como son grupos de apoyo, talleres y capacitaciones que promuevan estrategias de afrontamiento en salud mental para personal que trabaja en primera línea, considerando la carga emocional que representa sus funciones. Hasta el momento se ha intervenido con 639 funcionarios de diversas áreas en tema de manejo de emociones, manejo de estrés y herramientas de autocuidado.

Tabla 21 Grupos de apoyo realizados durante la emergencia sanitaria con el personal municipal de primera línea.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mes  | Institución | Tema | Número de participantes |
| Abril | Premaq | Grupo de apoyo - Manejo de emociones | 34 |
| Mayo | SERD - DECE 20 UEM  | Capacitación en Teleasistencia | 83 |
| UEM Chiriboga | Grupo de apoyo - Manejo de emociones | 24 |
| UEM Julio Moreno | Grupo de apoyo - Manejo de emociones | 5 |
| UEM Bicentenario | Grupo de apoyo - Manejo de emociones | 106 |
| SERD - DECE 20 UEM  | Capacitación sobre violencia (CEJ) | 69 |
| Premaq | Grupo de apoyo - Manejo de estrés y autocuidado | 33 |
| Fauna Urbana | Grupo de apoyo | 45 |
| Junio | AZ. Calderón  | Grupo de apoyo - Manejo de emociones | 11 |
| ECU 911 | Grupo de apoyo - Manejo de emociones | 104 |
| AZQ | Grupo de apoyo - Manejo de emociones | 32 |
| Julio  | SERD – DOCENTES DE LOS DECES 20 UEM  | Grupo de apoyo - Manejo de emociones | 82 |
| Casa de la Mujer | Grupo de apoyo - Manejo de emociones | 11 |
|   |   | Total | 639 |

***Fuente:*** *Sistema de información IYMFR.* ***Elaborado por:*** *Salud Mental*

1. **MARCO LEGAL**

La Constitución del Ecuador, en el Art. 66 garantiza a la población su derecho a la estabilidad física, psíquica, moral y sexual, así mismo determina aspectos íntimamente relacionados con la salud mental. El derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado… c) La prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes; también señala a algunas de las problemáticas de salud en temas de salud pública en su Art. 3, 35 y 364.

La Ley Orgánica de Salud hace énfasis en el Art. 3 donde se ubica a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades

 En el Art. 35 se hace especial referencia a los grupos de atención prioritaria que deben recibir las personas y grupos en riesgo, quienes recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

Uno de los grandes avances en la constitución es el Art. 364, donde se cita a las adicciones como problema de salud pública y la responsabilidad del Estado de desarrollar programas coordinados de información, prevención, tratamiento y rehabilitación en este ámbito.

El Código de la Niñez y Adolescencia en el artículo 12 establece el principio de prioridad absoluta por el cual en la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran. En ese sentido, el artículo 27 señala que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. Este derecho comprende, entre otros aspectos, el acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios; el vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional; el acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre. En este marco, en este artículo se prohíbe la venta de estupefacientes, substancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes.

En el COOTAD, una de las funciones encargadas a los Gobiernos Autónomos Descentralizados es el diseño y la implementación de políticas de promoción y construcción de equidad e inclusión en el territorio, considerando sus competencias constitucionales y legales. En este sentido, deben promover los sistemas de protección integral a los niños, niñas y adolescentes, como parte de los grupos de atención prioritaria (artículo 41 literales b y g).

De acuerdo al Código Municipal, libro II.1, sección I Art. 217, el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito desarrollará políticas, programas y proyectos de salud en el Distrito referentes a la promoción y protección de la salud, orientados a garantizar el derecho a vivir en condiciones y ambientes saludables, el derecho a la ciudad, a un desarrollo y envejecimiento activo y saludable en los diferentes momentos del ciclo vital de sus habitantes. Las acciones en este campo se desarrollarán considerando los principios del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social previstos en la Constitución. *“****Art. 2.1.8. Acciones de promoción y protección de la salud.*** *El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través de la Secretaría responsable de la salud, formulará acciones de promoción y protección de la salud, coherentes con la realidad y dinámica territorial. Para el efecto, se promoverá: 1. Acciones de información, educación y comunicación social para facilitar cambios de conducta en personas y grupos de población por ciclo de vida, encaminados a la promoción y protección de la salud, especialmente en los grupos de atención prioritaria, que permitan el desarrollo y envejecimiento activo y saludable; así como el fomento de estilos de vida que favorezcan comportamientos y la creación de entornos, espacios y ambientes saludables;* ***Art. 2.1.10.Acciones de prevención de la enfermedad.*** *La Secretaría responsable de la salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, en coordinación con otros organismos municipales competentes, desarrollará acciones de prevención de las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia en el Distrito Metropolitano de Quito como problemas prioritarios de salud pública, promoviendo la participación de la ciudadanía en las acciones emprendidas, entre otros, en los siguientes ámbitos:* ***b.*** *Prevención de enfermedades no transmisibles, tales como: problemas cardiovasculares, osteoarticulares, hipertensión, sobrepeso, diabetes, cáncer, lesiones debido a accidentes y violencia, entre otras, a través de la implementación y fortalecimiento de programas y acciones orientados a prevenir y controlar factores de riesgo;* ***d.*** *Prevención de problemas nutricionales, en el ámbito de la seguridad alimentaria;* ***e.*** *Monitoreo y seguimiento de la situación de salud en general y los problemas de salud mental de la población del Distrito Metropolitano de Quito; y,* ***f.*** *Otros de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población”.*

1. **POBLACIÓN A INTERVENIR**

El presente plan va dirigido a las personas habitantes del DMQ, con enfoque de derechos e inclusión de grupos de atención prioritaria.

1. **OBJETIVOS**
	1. **Objetivo General**

Prevenir el riesgo de problemas de la salud mental con énfasis en el suicidio en niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria del DMQ, a través de un abordaje especializado e integral a fin de disminuir los factores de riesgo y promover los factores de protección.

* 1. **Objetivos Específicos**
* Implementar acciones de promoción de la salud mental, para fortalecer los factores de protección en niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria del DMQ.
* Detectar tempranamente conductas de riesgo y prevenir casos de suicidio.
* Fortalecer conocimientos en familiares y personas cuidadoras de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran el alto riesgo por la emergencia sanitaria, a su vez entregar herramientas a los funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria del DMQ acerca del suicidio y los signos de alerta.

1. **PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

El suicidio es un grave problema de Salud Pública, y compone un problema complejo y multifactorial, y que no se debe a una causa única, y en la interviene factores psicológicos, sociales, biológicos, sociales, culturales y ambientales. Lograr una respuesta para prevenir el suicidio es la identificación temprana de factores de riesgo y la atenuación de los mismos con el fortalecimiento de los factores de protección.

Dados los múltiples factores que intervienen, las actividades de prevención requieren un enfoque multisectorial que aborde los diversos grupos de población y de riesgo y sus contextos a lo largo de todo el ciclo de vida.

Tabla 22 Principales factores de riesgo del suicidio

|  |  |
| --- | --- |
| SISTEMAS DE SALUD | Barreras para obtener acceso a la atención de salud |
| SOCIEDAD  | Acceso a medios utilizables para suicidarse |
| Notificación inapropiada por los medios de difusión |
| Estigma asociado a comportamientos de búsqueda de ayudas |
| COMUNIDAD  | Desastres, guerras y conflictos |
| Estrés por desplazamientos y aculturación |
| Discriminación |
| Traumas o abuso |
| RELACIONES  | Sentido de aislamiento y falta de apoyo social |
| Conflictos en las relaciones, disputas, pérdidas |
| INDIVIDUO   | Intento de suicidio anterior |
| Trastornos mentales |
| Consumo nocivo de alcohol |
| Pérdida de trabajo y financiera |
| Desesperanza |
| Dolor crónico |
| Antecedentes familiares de suicidio |
| Factores genéticos y biológicos |

Fuente: Organización Mundial de la salud 2014

La metodología propuesta es un sistema de Coordinación - Ejecución- Evaluación donde cada una de las fases comprende actividades que se complementan unas con otras, con la finalidad de crear un ciclo de acciones que contribuya a establecer una intervención integral.

Esta estrategia apunta a la prevención de enfermedades mentales, con énfasis en el suicidio de niños/as, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria considerando que, en este grupo y por las condiciones actuales, las enfermedades mentales son una de las principales causas de muerte prevenible; por lo tanto, de alta prioridad de atención.

Los programas preventivos en los establecimientos educativos, de salud y comunidad en general deben fortalecerse a desarrollar las mejores condiciones posibles, por lo tanto, se deben implementar estrategias preventivas en coordinación con otras Instancias del Sistema Nacional de Salud y Educación que contribuyan a la promoción y prevención de la salud mental.

* 1. **Fases de Implementación del Plan**



* + 1. **Fase de Coordinación**

Las actividades de prevención del suicidio, requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad tanto públicos como privados, incluidas áreas de salud, educación, trabajo, justicia, defensa, así como los responsables de las leyes, la política y los medios de comunicación. El trabajo debe ser integral y sinérgico debido a que ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del suicidio. La estrategia para la prevención de esta problemática consiste en la evaluación y el manejo de los factores de riesgo, donde se promueven estrategias y herramientas aplicables a nivel individual, grupal y comunitario.

A nivel de la población del DMQ esta estrategia tiene el objetivo de trabajar en promoción de la salud mediante diversos medios presenciales y/o virtuales como talleres, ferias, casas abiertas y actividades de información, educación y comunicación de manera participativa y alentar a los medios de difusión a que sean responsables a la hora de informar sobre el tema de suicidio. Así mismo trabaja en prevención de la enfermedad por los mismos canales para reducir los factores de riesgo y problemas en salud mental identificando potenciales riesgos mediante tamizaje a la población, confirmación de la problemática y derivación a la instancia respectiva según la necesidad de atención a la persona.

1. **Identificación de niños/as, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria del DMQ que se encuentren en riesgo**

La identificación de necesidades puede presentarse mediante demanda propia o por parte de Instituciones públicas, privadas y comunidad en general del DMQ.

Se coordina el primer acercamiento con representantes de las diferentes instancias, para trabajar en temas de promoción de la Salud Mental, es decir se plantean temáticas que vaya entorno a la prevención de problemáticas de salud mental con énfasis en el suicidio.

**Antes de las actividades:**

Para el desarrollo de las actividades se dispone de un plan de implementación, donde se combinan aspectos conceptuales y prácticos de la problemática identificada en salud mental, se integran expectativas de los participantes y se generan espacios de intercambio y construcción de conocimientos de análisis y reflexión de las acciones a implementar. Se establecen las problemáticas principales en salud mental que pueden provocar enfermedades mentales con énfasis en el suicidio de niños/as, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria del DMQ.

Se realizarán mesas de trabajo entre los profesionales de salud mental parte del proyecto conjuntamente con los actores aliados de las Instancias Municipales y actores de la comunidad, para la coordinación e implementación del plan de prevención quienes son:

* Secretaría Metropolitana de Educación, Recreación y Deporte
* Unidades Educativas Municipales
* Administraciones Zonales
* Secretaría de Territorio
* Secretaría de Inclusión
* Secretaría de Comunicación
* Líderes Barriales
* Unidad Patronato Municipal San José
* Instituciones Metropolitanas que trabajan en primera línea (AMT, AMC, ECU 911, BOMBEROS, EMGIRS, POLICÍA NACIONAL, entre otros)
* Consejo de Protección de derechos
* Ministerio de Salud Pública
* Ministerio de Educación
* Ministerio de Inclusión Económica y Social
* Centros de Equidad y Justicia
* Organizaciones Sociales
* Organizaciones de Situación de Movilidad Humana
* Entre otros.
	+ 1. **Fase de Ejecución**
1. ***Componente Promoción de la Salud Mental***

La promoción, tal como se la define en la Carta de Ottawa, constituye una política que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, percibiéndose a la salud como un concepto positivo, como una fuente de riqueza de la vida cotidiana, cuyos prerrequisitos son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema saludable, la justicia social, la equidad y que supone la acción coordinada de elementos diversos como: legislación, medidas fiscales, cambios organizacionales, acción intersectorial y participación concreta y efectiva de la comunidad.

La promoción de la salud, se plantea como intersectorial, ya que motiva a la participación de todos los sectores o partes de la comunidad (ciuda­danos individuales, empresas, instituciones gubernamentales, comunidades de fe y organi­zaciones no gubernamentales como las que prestan servicios sociales y de salud, organiza­ciones sociales y culturales, etc.) en la realización de cambios que fomenten la salud en sus programas, políticas y prácticas (OPS, 2014).

La estrategia de prevención de suicidio plantea intervenir de manera conjunta, en donde se pueda poner en marcha servicios integrales, continuos y accesibles para la atención a las diferentes poblaciones o comunidad con problemas de salud mental en el propio entorno donde viven. Responder a las múltiples necesidades y reconocer los factores de riesgo que pueden ser un determinante para generar algún tipo de trastorno y llegar al suicidio de niños/as, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria del DMQ.

**ACCIONES A REALIZAR:**

-Promover iniciativas en la creación de ordenanzas, políticas públicas locales y espacios para lograr la integración de las distintas organizaciones o estructuras comunitarias en todas las actividades de promoción y prevención de la salud mental.

-Obtener y actualizar permanente un mapeo de actores y sectores claves gubernamentales y no gubernamentales vinculados al trabajo con niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran la primera línea por la emergencia sanitaria.

-Elaborar planes, proyectos, gestiones financieras y sociales para el beneficio colectivo de familias y comunidades desde la gestión territorial en promoción de la salud.

-Trabajar con líderes comunitarios y comités barriales, para la realización de intervenciones de educación para la salud, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en los niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios en primera línea por la emergencia sanitaria.

-Fomentar actividades sociales, culturales, recreativas realistas que se ajusten a los recursos de la comunidad, empleando canales de comunicación que ya existan, como canciones, escenificaciones o relatos y adaptarse a ellos en las temáticas de prevención del suicidio, para que llegue de mejor manera el mensaje.

-Desarrollar técnicas específicas para un modelo de integración de cuidados mediante medios tecnológicos orientado a la prevención del suicidio (website, correo electrónico, plataformas, mensajes de texto, entre otros).

-Crear líneas de ayuda telefónica en donde se extienda servicios con e-mail, chat y divulgación en redes sociales. La oportunidad de permanecer en el anonimato y recibir información adaptada facilita y anima a que la gente quiera pedir ayuda. De esta forma la salud mental en línea puede aportar ayuda accesible y disminuir la barrera de acceso a la asistencia sanitaria.

***Prevención del suicidio desde una perspectiva de género:***

La estrategia de prevención de suicidio del DMQ plantea intervenir de manera integral y conjunta, en donde se pueda poner en marcha servicios continuos y accesibles para la atención a las diferentes poblaciones y por esta razón se considera de gran importancia mencionar y sobre todo trabajar el suicidio desde una perspectiva de género debido a las diferencias en los métodos de suicidio utilizados por hombres y mujeres y su relación con los roles de género ya que estos muestran que el empleo de métodos más violentos por parte de hombres se explica por el hecho de que se han asumido a sí mismos como más violentos e impulsivos que las mujeres, debido a la imagen de controlador de la situación, suelen mostrarse menos dispuestos a buscar ayuda. Por su parte, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio, lo consuman menos.

En relación a esto, las investigaciones sostienen que la dimensión simbólica del acto como llamada de atención, aunque inconsciente, tiene un peso explicativo en el caso de aquellas mujeres socializadas a través de roles que les han exigido de manera decisiva responsabilidades vinculadas al cuidado de los enfermos, de los hijos, del propio hombre, y por lo tanto vinculadas al cuidado de los afectos y las relaciones interpersonales (Martínez, 2019).

Así mismo se existe información sobre las vivencias masculinas y femeninas de la imagen corporal y su relación con diferentes etapas del fenómeno del suicidio. En este sentido, se ha encontrado que la imagen corporal constituye una preocupación fundamental para las mujeres y, por tanto, los sentimientos de insatisfacción en relación a ella pueden constituir una de las razones para la ideación suicida. Y, por otro lado, según Alejandro (Martínez, 2019), la práctica de la homofobia ha conllevado en algunas personas sentimientos de represión, inadecuación, incapacidad, temor, culpa y vergüenza. Como consecuencia, en determinados momentos, la persona se aísla, con la consecuente ausencia de sentimientos de pertenencia y de búsqueda de ayuda. Todas estas vivencias negativas han dificultado los espacios de socialización, como la propia familia, la escuela o la comunidad, y se han esgrimido para explicar el intento por acabar con la vida por mano propia de las personas.

Por último, es importante mencionar las dimensiones de la categoría de “género” que tradicionalmente se han concebido de una manera determinista. Un ejemplo de ello es la relación entre el suicidio y el embarazo no deseado en el caso de las adolescentes. Aquí se problematiza la feminidad reducida a la maternidad, el hecho de que la sociedad patriarcal ha definido la identidad femenina a partir de un rol reproductivo. Como consecuencia, se presiona socialmente a la mujer para que demuestre su feminidad a través de la reproducción, lo que tiene implicaciones negativas para la salud mental de aquellas que tienen problemas de infertilidad, abortan o han pospuesto la maternidad en el marco de sus proyectos profesionales, esto se debe a un proceso de construcción patriarcal (relaciones familiares, laborales, etc.) que ha definido hegemónicamente un concepto de mujer deseable para el hombre y la familia, que determina aspectos como el afecto, el encierro en el hogar, el rol del cuidado a la familia, al hombre, etc. De esta forma, lo que constituye una diferencia biológica puede ser comprendido con ayuda de la categoría “género”, pues, en el contexto de la sociedad patriarcal, la maternidad se ha convertido en una etiqueta de la otredad para evaluar la feminidad, así como un referente a partir del cual las mujeres se juzgan a sí mismas (Martínez, 2019).

Por lo cual los fenómenos más recurrentes que pueden desembocar en el atentar en contra de la vida, son la desigualdad de género; el abuso o trauma; el matrimonio insatisfactorio; el género masculino y la violencia contra la mujer. En cambio, la distinción conceptual hombre/mujer, que no necesariamente implica por sí misma la adopción de un enfoque de género, se emplea al referirse o caracterizar al comportamiento suicida, los fenómenos de depresión/ansiedad, el método usado, los factores sociodemográficos, el sexo y la etnia/raza/ color.

**Por tanto, se consideran las siguientes acciones en el trabajo de promoción del DMQ considerando el enfoque de género:**

-Fomentar actividades en donde se pueda comprender los procesos a través de los cuales las construcciones sociales de género median la forma en que los seres humanos nos pensamos y sentimos.

-Trabajar con niños, niñas y adolescentes con enfoque de género desde una perspectiva constructiva, ayudando a comprender cómo a veces si no prestamos mucha atención a cómo está organizada la sociedad en la que vivimos.

-Obtener y actualizar datos estadísticos mediante la investigación de tipo epidemiológico entre la relación del suicidio y género como parte del proceso de transformación diferencial de la vida de hombres y mujeres.

-Facilitar los canales de comunicación y mejorar la detección de la violencia de género en mujeres a las que les ha sido detectado riesgo de suicidio

-Apoyar en la comunidad a las personas violentadas por su género, el seguimiento a las personas con conductas suicidas previas, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de las personas con trastornos mentales, con adicciones y/o con tentativas previas de suicidio.

-Promover campañas informativas, de difusión de sus resultados y sensibilización sobre prevención del suicidio con una perspectiva de género, para el conocimiento generalizado de la población. Esta campaña ayudaría tanto, a las víctimas (que encontrarían explicación a su conducta y podrían minimizar la culpa y el miedo) como a los profesionales que estén en contacto con ellas.

Las estrategias de promoción están diseñadas para llegar a la mayor parte de la población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio, al eliminar barreras a la atención y aumentar el acceso a la ayuda se va a fortalecer los procesos protectores como el apoyo social y se va a modificar el entorno físico. Por tal razón, se trabajarán varias temáticas mediante diferentes estrategias como talleres vía presencial o virtual, focus group, estrategias IEC, etc. Con la población vulnerable y con las personas cercanas a las mismas, se capacita en temáticas específicas, que son las siguientes:

* Concientización acerca de la salud mental y la importancia de que se incluya este tema dentro de las mallas curriculares de escuelas y colegios.
* Trastornos debidos al consumo de sustancias y el suicidio.
* Factores de riesgo y de protección.
* Violencia
* Trastornos mentales
* Relaciones Interpersonales
* Discriminación
* Eliminación de estigma
* Información responsable por los medios de difusión
* Fortalecimiento de conductas de protección en niños, niñas.
* Mejorar la información acerca del suicidio

Por otro lado, parte de la promoción de salud mental para la prevención de suicidio es el trabajo conjunto con las diferentes instancias y profesionales para mostrar mayores resultados positivos:

* Creación de programas intersectoriales de prevención
* Capacitación a los responsables de las Unidades de Salud de las Administraciones Zonales del DMQ.
* Capacitación del personal de salud
* Intervenciones preventivas en las Unidades Educativas y programas que brinden atención a poblaciones vulnerables.
* Capacitación a profesionales que integran los DECE y departamentos de Inspección que se encargan del talento humano.
* Sistemas de ayuda en situaciones de crisis
* Trabajo Investigación a nivel del distrito Metropolitano los factores de riesgo y protección a nivel del DMQ, o un análisis de las intervenciones con los medios de comunicación.
* Trabajos conjuntos con las Universidades del DMQ en donde se establezcan planificaciones de estructura curricular.
* La Secretaría de Salud y la academia establezcan proyectos de prevención del suicidio en donde exista vinculación a la comunidad.

Tabla 23 Actividades de Promoción de la salud mental

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **POBLACIONES** | **METODOLOGÍA** | **ACTIVIDADES** | **TEMAS** | **INSTITUCIONES INVOLUCRADAS** |
| **NIÑOS Y NIÑAS (Padres de familia)** | -Dinámica-Participativa-Sensibilización | -Talleres niños y niñas.-Talleres Padres de familia-Material Educomunicacional |  1.Conductas de autoprotección2.Derechos Humanos3.Manejo de emociones | * Secretaría de Salud
* Secretaría de Educación
* Centro de Equidad y Justicia
 |
| **ADOLESCENTES** | -Dinámica-Participativa-Sensibilización | -Talleres adolescentes.-Talleres Padres de familia-Material Educomunicacional | -Manejo de conflictos y proyecto de vida.-Derechos humanos y violencia-Consumo de sustancias. | * Secretaría de Salud
* Secretaría de Educación
* Centro de Equidad y Justicia
* SIPAQ
 |
| **ADULTOS MAYORES** | -Dinámica-Participativa-Sensibilización | -Talleres adultos mayores.-Capacitación a talleristas.-Material Educomunicacional | -Hábitos saludables y manejo de emociones en el adulto mayor.-Eliminación de estigma e identificación de la problemática en el adulto mayor.-Derechos humanos y violencia. | * Secretaría de Salud
* Unidad Patronato Municipal San José
* Centro de Equidad y Justicia

  |
| **FUNCIONARIOS EN PRIMERA LÍNEA** | -Dinámica-Participativa-Sensibilización | -Talleres funcionarios.-Material Educomunicacional. | Autocuidado y Manejo del estrés. | * Secretaría de Salud
* USSO
* Instituciones participantes
 |

1. ***Componente de Prevención Del Suicidio***

La prevención es la detección oportuna, la cual permite descubrir problemas de salud mental que tengan incidencia en la comunidad, la prevención se la realiza a través de estrategias y procesos continuos, mismos que deben estar orientadas a modificar los hábitos y conductas de los individuos, así como también las determinantes sociales de la salud los cuales se focalizan en mejorar las condiciones de vida.

La prevención está dirigida a evitar la enfermedad y reducir el impacto de la misma en términos psicopatológicos, sociales y de recurrencia, se la realiza a través de procesos y procedimientos continuos que permitan desarrollar habilidades, capacidades y toma de decisiones en las personas con el fin de evitar la enfermedad.

La intervención de salud mental como prevención del suicidio se ha dividido en cuatro poblaciones prioritarias del DMQ como son niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria con el fin de promover la Salud Mental.

**Antes de las actividades**

La ejecución de la metodología a ejecutarse debe ser previamente coordinada con los diferentes actores e instancias municipales y gubernamentales. Se debe establecer cronograma, agenda de trabajo, lugar, número de participantes y los materiales a utilizar. Para evitar un sesgo en la información recopilada y asegurar la confiabilidad de las respuestas, es necesario realizar un proceso de sensibilización con la población a tamizar. La idea es fomentar la confianza, asegurar el manejo responsable y confidencial de la información debido a lo sensible del tema y además explicar claramente los objetivos del proceso.

**Objetivos del tamizaje:**

* Evaluar el estado de salud mental de la población de responsabilidad municipal y comunidad en general.
* Obtener datos que permitan realizar un diagnóstico y la priorización de la atención a personas en riesgo.
* Obtener datos para generar una línea de base en relación a problemas de salud mental.
* Desarrollar estrategias preventivas relacionadas a las problemáticas mayormente detectadas.

1. Tamizaje y detección temprana, a partir de herramientas psicológicas que serán aplicadas a las distintas poblaciones del DMQ con las que se trabaja. Dichas herramientas psicológicas apuntan a los siguientes problemas de salud mental: cansancio laboral (burnout), consumo de alcohol y drogas, depresión, violencia y conductas sexuales de riesgo (RAAPS) dependiendo el tipo de población a intervenir como son niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personal en primera línea. Una vez obtenidos los datos, éstos deberán ser sistematizados con el objetivo de orientar la toma de decisiones en relación a las intervenciones a realizar en salud mental en el DMQ.

En caso de identificarse trastornos alimentarios se realizará un trabajo integral coordinado con PREMAQ, SIPAQ, psicología y psiquiatría.

De ser el caso se utilizarán pruebas complementarias, las cuales son una serie de herramientas psicológicas de las cuales se recomienda el uso posterior al tamizaje y/o entrevistas psicológicas, cuando se requiera una evaluación más exhaustiva de casos específicos, como podrán ser: conductas o pensamientos agresivos, acoso escolar, depresión, pensamientos suicidas, consumo problemático de alcohol y otras drogas, maltrato a personas mayores, sentimiento de sobrecarga a cuidadores y excesivo cansancio laboral.

2.- Una vez obtenidos los resultados se trabajará de acuerdo a los siguientes niveles:

* **RIESGO BAJO:** Psicoeducación - Promoción

La psicoeducación preventiva se la realiza a través de estrategias y procesos continuos, mismos que deben estar orientadas a modificar los hábitos y conductas de los individuos, así como también las determinantes sociales de la salud los cuales se focalizan en mejorar las condiciones de vida (talleres, ferias, casas abiertas, medios de comunicación como redes sociales).

* **RIESGO MEDIO**: Trabajar en grupos de apoyo con personas que presentan características o riesgos similares.

Manejo de Grupos de Apoyo: Implementación de grupos que comparten una misma problemática de salud mental bajo una intervención terapéutica.

Incorporar a las personas a actividades de Promoción de la Salud Mental que son estrategias y procesos continuos, mismos que deben estar orientadas a modificar los hábitos y conductas de los individuos, mediante talleres, casas abiertas, ferias, capacitaciones y comunicación en radio y redes sociales.

* **RIESGO ALTO:** Derivación a los servicios especializados, para atención psicológica individual, como son las Unidades Metropolitanas de Salud, Anexos IESS, Centros de Equidad y Justicia-CEJ, Servicio Integral de Prevención de Adicciones-SIPAQ, centros de Salud y Hospitales de la Red Pública de Salud o de consultorios Universitarios donde se dé el seguimiento tanto por psicología como por psiquiatría.
* Intervención o asesoramiento psicológico individual de 6 a 12 sesiones máximo: la terapia breve surge como una alternativa de intervención de resultados favorables en la práctica clínica en salud pública. Se define como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los pacientes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para un afrontamiento adecuado, en un número determinado de sesiones.

Grupos de apoyo entres 3 a 6 sesiones máximo: los grupos se van a establecer de acuerdo a los factores de riesgo identificados en cada persona, las temáticas pueden ser: violencia, trastornos emocionales, trastornos alimentarios, consumo problemático como parte de la prevención del suicidio, entre otros.

3.- Derivación y seguimiento de los casos de niños/niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria del DMQ, que formen parte de procesos psicológicos terapéuticos, debido a que a menudo carecen de apoyo social, familiar y pueden sentirse aislados. El seguimiento y el apoyo comunitario son eficaces para reducir los suicidios y los intentos de suicidio a pesar de estar en algún tipo de tratamiento; este acompañamiento se da por medio de llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos, para establecer y promover el contacto continuo.

Es importante conseguir el apoyo de la comunidad, con la participación de familiares, amigos, colegas, centros de crisis o centros de salud mental locales en la asistencia posterior al tratamiento porque estos pueden supervisar regularmente a las personas y promover la adhesión a los procesos terapéuticos e incluirles constantemente en actividades de promoción y prevención de la salud mental.

Cabe mencionar que parte importante de la intervención del equipo de psicólogos es la creación de una línea de atención emergente, para casos que presenten alto riesgo en intentos o pensamientos suicidas, con la finalidad de dar soporte y reducir el peligro inminente hasta que se establezcan procesos psicológicos en instituciones especializadas.

Tabla 24 Actividades de Prevención del suicidio

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POBLACIONES** | **ACTIVIDADES** | **ACCIONES A REALIZAR** | **INSTITUCIONES INVOLUCRADAS** |
| Niños/as | Identificación del riesgo | Institución identifica situación de riesgo y reporta a SS.Atención y/o derivación a centro especializado.Seguimiento | Unidades Educativas de todo el DMQSecretaría de EducaciónUnidades Metropolitanas de SaludCentro de Equidad y JusticiaSecretaria de Salud |
| Adolescentes | Identificación del riesgo | Tamizaje encuesta RAAPSIdentificación del riesgoEntrevista confirmatoriaAtención y/o derivación a centro especializadoSeguimiento | Unidades Educativas de todo el DMQSecretaría de EducaciónUnidades Metropolitanas de SaludCentro de Equidad y JusticiaSecretaria de Salud |
| Grupos de apoyo  | Descarga emocional.Psicoeducación en el tema común identificado. |
| Adulto Mayor | Identificación del riesgo | Tamizaje Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.Entrevista confirmatoriaAtención y/o derivación a centro especializadoSeguimiento | Patronato San JoséSecretaria de SaludUnidades Metropolitanas de Salud |
| Grupos de apoyo  | Descarga emocional.Psicoeducación en el tema común identificado. |
| Funcionarios en primera línea | Grupos de apoyo  | Descarga emocionalDerivación a centro especializado de existir personal que requiera atención individual | * Secretaría de Salud
* USSO
* Instituciones participantes
 |

**Flujograma de Atención**



1. ***Componente de Investigación***

Mediante un trabajo interinstitucional entre la Secretaría de Salud, la Academia (Universidad) y el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, se analizará los datos generados mediante el tamizaje, las encuestas y los criterios de los profesionales intervinientes, con el fin de tabular y analizar datos a nivel macro en el Distrito Metropolitano de Quito.

Este componente tiene el propósito de investigar los factores de riesgo más frecuentes, asociados al intento de suicidio o al acto como tal, debido a que el comportamiento suicida está determinado por un gran número de causas complejas, tales como: pobreza, desempleo, pérdida de seres queridos, discusiones, ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales; también pueden existir otros factores que tienen una influencia marcada, entre los cuales figuran: antecedentes familiares de suicidio, abuso en el consumo de alcohol y estupefacientes, maltratos en la infancia, aislamiento social y determinados trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia, así como las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante.

Por lo cual, la pronta identificación de los riesgos más frecuentes que provocan este nivel de afectación en las personas y el tratamiento adecuado a los individuos con trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Por otra parte, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria para tales fines contribuye a disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo.

Con el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana se digitalizará los reactivos psicológicos y la información levantada, con el fin de analizar acerca de los disparadores de la problemática, evaluación del proceso y verificadores de eficacia del proyecto.

Asimismo, se trabajará en conjunto con las Universidades de la ciudad de Quito, tanto para la obtención como el análisis de los datos obtenidos, con los cuales se realizarán publicaciones con investigaciones a nivel cuantitativo y cualitativo acerca del procedimiento, el alcance y los resultados de la ejecución del Plan de Salud Mental con atención en el riesgo suicida. Las investigaciones se las realizará en base a los resultados que vaya arrojando el plan, en los cuales se enfocarán en los factores de riesgo más frecuentes que desencadenan una conducta suicida o el pasaje al acto en la población del Distrito Metropolitano de Quito, se realizará en base al grupo etario y la zona donde pertenece la persona en riesgo.

1. ***Componente de Comunicación***

Las actividades diseñadas serán desarrolladas de manera sistemática y organizada, así mismo la transmisión de los mensajes serán diseminados de forma progresiva, se diseñarán productos comunicacionales y mensajes claves, es importante tomar en cuenta que “los medios de comunicación masiva contribuyen en gran parte a fijar las maneras de pensamiento de la sociedad" (Carpizo en Castillo, 2006), que siempre va a haber al otro lado una persona o un individuo recibiendo el mensaje que estos mandan y sin olvidar nunca la responsabilidad que estos tienen con la comunidad. El plan de prevenir el riesgo de problemas de la salud mental con énfasis en el suicidio en niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria del DMQ, se encamina hacia la búsqueda de estrategias que permitan utilizar estos lugares (redes sociales, radios, medios televisivos, panfletos, entre otras) como canales para la prevención del suicidio, planteando al suicidio no como una salida a los problemas sino un acto que los agrava, rompiendo las falsas creencias que existen alrededor del tema.

De este modo, se va a promover una campaña de responsabilidad social a través de los diferentes medios audiovisuales comunicacionales, de esta manera se espera que cambie no solo la forma cómo se expone la información sino también la forma cómo la recibe la sociedad, la reflexión que hace de esta y la forma cómo actúa, contribuyendo al desarrollo de una colectividad social cada vez mejor.

Dentro del Plan de prevención del suicidio se ha considerado la importante labor que realizan los medios de comunicación, por lo cual se ha planteado una campaña de trabajo mediático que se describe a continuación:

|  |
| --- |
| **Nombre de Estrategia :** “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”**Descripción de la publicación:***#QUITOPREVIENEELSUICIDIO***Eslogan:** Quito te anima a vivirEl mensaje va dirigido a la población de niños de la ciudad de Quito. |
| **Nro. Imagen** | **Contenido** | **Imagen** |
| 1 | **ACCIONES EN TERRITORIO**La Secretaria de Salud en conjunto con las Administraciones Zonales del DMQ trabaja en:**Temas:**-Conductas de autoprotección como estrategia de prevención ante la depresión en niños.**Actividades**- Talleres (*“yo puedo decir lo que pienso y expresar lo que siento”)* de manejo de emociones a través de actividades dinámicas como: teatro, pintura, música, entre otros.-Cine foro  | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.NIÑOS |
| 2 | **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES PARA PADRES****Consejos para fomentar la autoprotección de tu hijo:**-Crea espacios para generar confianza-Motívale a hablar sobre su sentir-Conoce las cosas que le causan molestias a tus hijos.-Enséñales a identificar riesgos que les pueden causar daño y reaccionar ante ellos.-Enséñales a conocer su espacio personal e identificar situaciones que invaden este espacio.**Cumpliendo con estos consejos evitamos que los niños sean víctimas de:**-Depresión infantil-Abuso sexual y violencia-Problemas de autoestima y/o inseguridad-Accidentes que pongan en riesgo su vida-Inestabilidad. | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.NIÑOS |
|  3 | **En caso de identificar algún riesgo en niños puedes acudir a estos Lugares del MDMQ en donde brindan asesoramiento**-Unidades Metropolitanas de Salud-Psicólogos Clínicos de las Administraciones Zonales-Centro de Equidad y justicia | IMÁGENES DE QUITO Y DE TODAS LAS INSTANCIAS MUNICIPALES Y GUBERNAMENTALES |
| 4 | **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN***“En cada niño se debería poner un cartel que dijera: Tratar con cuidado, contiene sueños” (Mirko Badiale).* | IMÁGENES POSITIVAS QUE FOMENTEN LA AUTOPROTECCIÓN EN NIÑOS |

|  |
| --- |
| **Nombre de Estrategia :** “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”**Descripción de la publicación:***#QUITOPREVIENEELSUICIDIO***Eslogan:** Quito te anima a vivirEl mensaje va dirigido a población adolescente del DMQ |
| **Nro. Imagen** | **Contenido** | **Imagen** |
| 1 | **ACCIONES EN TERRITORIO**La Secretaria de Salud en conjunto con las Administraciones Zonales del DMQ trabaja en:**Temas:**-Signos y síntomas de alerta de la depresión -Identificación de la problemática-Herramientas de afrontamiento (toma de decisión, manejo de emociones y comunicación asertiva)**Actividades**-Talleres dirigidos a adolescentes-Carteles informativos acerca de la problemática-Feria “Quito te anima a vivir” | LOGO DE ESTRATEGIA”ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL” |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES****Señales y Síntomas de la depresión en adolescentes**•Tristeza o desesperanza•Irritabilidad, enojo u hostilidad•Lágrimas y llanto frecuente•Apartarse de los amigos y familiares•Pérdida de interés en actividades•Bajas calificaciones•Cambios en los hábitos alimenticios y de sueño•Inquietud y agitación•Sentimientos de inutilidad y culpa•Falta de entusiasmo y motivación•Fatiga o falta de energía•Dificultad para concentrarse•Molestias y dolores inexplicables•Pensamientos de muerte o suicidio | LOGO DE ESTRATEGIA”ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”ADOLESCENTES |
| 3 | **Lugares donde puedes encontrar ayuda**-Unidades Metropolitanas de Salud-Psicólogos Clínicos de las Administraciones Zonales | IMÁGENES DE QUITO Y DE TODAS LAS INSTANCIAS MUNICIPALES Y GUBERNAMENTALES  |
| 4 | **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN***“En la vida ni se gana ni se pierde, ni se fracasa ni se triunfa. En la vida se aprende, se crece, se descubre; se escribe, se borra y se reescribe; se hila, se deshila y se vuelve a hilar” (Ana Cecilia Blum)* | IMÁGENES POSITIVAS QUE FOMENTEN LA VIDA |

|  |
| --- |
| **Nombre de Estrategia :** “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”**Descripción de la publicación:***#QUITOPREVIENEELSUICIDIO***Eslogan:** Quito te anima a vivirEl mensaje va dirigido a padres de la ciudad de Quito. |
| **Nro. Imagen** | **Contenido** | **Imagen** |
| 1 | La Secretaria de Salud en conjunto con las Administraciones Zonalesdel DMQ trabaja en:**Temas:**-Signos y síntomas de alerta de la depresión en uno de los miembros de la familia-Factores de riesgo y de protección asociados a la depresión.**Actividades**-Talleres y charlas de prevención dirigida a padres de familia-Estrategias de Información, educación y comunicación sobre la depresión (carteleras, trípticos, volantes)-Cine foros informativos | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.FAMILIA UNIDA. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES****La depresión como consecuencia de una dinámica familiar conflictiva:**-Falta de comunicación-Ausencia o exceso de límites-Poca información sobre la temática-Reducido tiempo de compartir en familia-Desconfianza-Problemas de consumo en los miembros-Violencia intrafamiliar | LOGO DE ESTRATEGIA”ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”PADRES DE FAMILIA |
| 3 | **Lugares donde puedes encontrar ayuda**-Unidades Metropolitanas de Salud-Psicólogos Clínicos de las Administraciones Zonales | IMÁGENES DE QUITO Y DE TODAS LAS INSTANCIAS MUNICIPALES Y GUBERNAMENTALES  |
| 4 | **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN***“La familia es la brújula que nos guía; la inspiración para llegar a grandes alturas y nuestro consuelo cuando fallamos”* | IMÁGENES POSITIVAS QUE FOMENTEN LA VIDA EN FAMILIAS. |

|  |
| --- |
|  **Nombre de Estrategia :** “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”**Descripción de la publicación:***#QUITOPREVIENEELSUICIDIO***Eslogan:** Quito te anima a vivirEl mensaje va dirigido a la población Adolescente de la ciudad de Quito. |
| **Nro. Imagen** | **Contenido** | **Imagen** |
| 1 | **ACCIONES EN TERRITORIO**La Secretaria de Salud en conjunto con las Administraciones Zonales del DMQ trabaja en: **Temas:**-Habilidades para la vida.-Manejo de emociones-Proyecto de vida**Actividades**-Talleres de arte para canalización de emociones negativas-Actividades recreacionales y físicas.-Carrera 5K “Quito te anima a vivir” | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.ADOLESCENTES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES****Consejos para un estilo de vida saludable**-Emplear tu tiempo en actividades que te hagan sentir bien y generen impacto en tu vida como:-Se parte de grupos juveniles-Conoce gente nueva-Comparte actividades recreativas o deportivas-Realiza actividades enfocadas en el arte como: teatro, danza, capoeira, pintura, música, entre otros.-Frecuenta lugares armónicos y seguros.-Cambia tu rutina-Valora lo positivo de tu vida-Aprende de tus errores. | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.ADOLESCENTES |
| 3 | **Entérate de los lugares que el MDMQ ofrece para realizar actividades recreativas**-Casa Saber Pega Full-Casas Somos (norte, sur, centro)-Se parte de las redes juveniles de las Administraciones Zonales | IMÁGENES DE QUITO Y DE TODAS LAS INSTANCIAS MUNICIPALES Y GUBERNAMENTALES  |
| 4 |  **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN***“Practica el arte de encontrar lo positivo de todas las cosas, personas, lugares y acontecimientos”* | IMÁGENES POSITIVAS QUE FOMENTEN LA VIDA EN LOS ADOLESCENTES. |

|  |
| --- |
| **Nombre de Estrategia :** “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”**Descripción de la publicación:***#QUITOPREVIENEELSUICIDIO***Eslogan:** Quito te anima a vivirEl mensaje va dirigido a población de Adultos Mayores de la ciudad de Quito. |
| **Nro. Imagen** | **Contenido** | **Imagen** |
| 1 |  **ACCIONES EN TERRITORIO**La Secretaria de Salud en conjunto con las Administraciones Zonales del DMQ trabaja en:**Temas:**-Entendiendo la adultez mayor-Factores de riesgo y de protección asociados a la depresión.-Signos y síntomas de alerta de la depresión en el adulto mayor.**Actividades**- Talleres de prevención dirigida a adultos mayores.-Carteles informativos acerca de qué hacer, en caso de identificar síntomas de depresión. -Aplicación de baterías psicológicas para detectar depresión en el adulto mayor.  | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.ADULTOS MAYORES |
| 2 | **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES****ADULTEZ MAYOR Y DEPRESIÓN**La adultez mayor es una etapa importante de la vida en la cual la persona debería disfrutar, descansar, aprovechar de su tiempo, compartir con la familia y tener tranquilidad.Existen cambios comunes en la adultez mayor que podrían confundirse con ciertas problemáticas como es la depresión**Para identificar esta diferencia debemos conocer cuáles son los cambios más comunes:** -Disminución de la actividad social-Pérdida de interés progresiva.-Disminución de memoria.-Rigidez en los rasgos de personalidad.-Conductas de apego a sus bienes.-Sentimientos de inseguridad.-Rigidez para aceptar cambios tecnológicos y sociales.-Tendencia a irritarse.-Temor a las pérdidas. **En cambios la depresión en el adulto mayor presenta ciertos síntomas como son:** -Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" persistente.-Sentimientos de desesperanza, culpa, inutilidad o impotencia.-Irritabilidad e intranquilidad constante y difícil de controlar.-Pérdida de interés repentina en actividades que antes eran placenteras.- Llanto frecuente.- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.-Abulia o pérdida de voluntad para hacer las actividades-Aislamiento y desesperanza  | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.ADULTOS MAYORES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | **En caso de identificar adultos mayores con depresión puedes acudir a estos Lugares del MDMQ**-Unidades Metropolitanas de Salud-Psicólogos Clínicos de las Administraciones Zonales | IMÁGENES DE QUITO Y DE TODAS LAS INSTANCIAS MUNICIPALES Y GUBERNAMENTALES  |
| 5 |  **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN***“Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen pero la mirada es más libre, la vista, más amplia y serena”* | IMÁGENES POSITIVAS QUE FOMENTEN LA VIDA EN ADULTOS MAYORES. |

|  |
| --- |
| **Nombre de Estrategia :** “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”**Descripción de la publicación:***#QUITOPREVIENEELSUICIDIO***Eslogan:** Quito te anima a vivirEl mensaje va dirigido a la población general de la ciudad de Quito. |
| **Nro. Imagen** | **Contenido** | **Imagen** |
| 1 | **ACTIVIDADES UNIFICADAS EN TODAS LAS ADMINISTRACIONES ZONALES**En razón de la celebración del día Mundial para la Prevención de Suicidio (10 de septiembre), se plantea realizar actividades unificadas con las distintas instancias de Salud.-Simposio (Quito te anima a vivir) informativo, académico y de reflexión en donde participen actores locales en el ámbito de salud como son: Unidades Metropolitanas de Salud, Ministerio de Salud Pública, ECU 911, Policía Nacional, Universidades, ONG, Fundaciones y profesionales en Salud Mental de la Secretaría de Salud. **ACCIONES ESPECÍFICAS EN TERRITORIO****Temas:**-Información y sensibilización acerca de la problemática del suicidio.-Señales de alerta de una persona suicida.-Estadísticas-Identificando una red de apoyo **Actividades****-**Evento de sensibilización “Quito te anima a vivir” dirigido a la población en general, el cual se realizará mediante plataformas digitales en donde participarán actores locales en el ámbito de salud como son: Unidades Metropolitanas de Salud, Ministerio de Salud Pública, ECU 911, Policía Nacional, Universidades, ONG, Fundaciones y profesionales en Salud Mental de la Secretaría de Salud. | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES**El objetivo de las jornadas de prevención del suicidio, es demostrar que estos actos se pueden prevenir.**Presta atención a las siguientes alertas:**-Cambios de conducta.-Intentos de suicidio previos.-Situaciones de autolesión o tener accidentes “frecuentemente”.-Buscar información sobre métodos de suicidio.-Irritabilidad.-Cambios de hábitos de sueño y de alimentación.-Frases de desesperanza y de ideación de muerte.-Consumo de sustancias.-Aislamiento.-Reducida comunicación.-Alteraciones emocionales graves, entre otras. **Si identificas estos síntomas busca prevenir realizando las siguientes acciones:**-Restringe el acceso a medios frecuentes utilizados para el suicidio (plaguicidas, medicamentos, armas de fuego, entre otros)-Genera espacios de confianza y promueve el diálogo.-Escucha su lenguaje verbal y no verbal sin juzgar y atiende sus necesidades.-Establece redes de apoyo para brindar ayuda y supervisión. | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.Imágenes de alerta del suicidio. |
| 3 | **En caso de identificar riesgos o intentos de suicidio puedes acudir a estos Lugares del MDMQ en donde brindan asesoramiento**-Unidades Metropolitanas de Salud-Psicólogos Clínicos de las Administraciones Zonales | IMÁGENES DE QUITO Y DE TODAS LAS INSTANCIAS MUNICIPALES Y GUBERNAMENTALES |
| 4 | **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN***“La vida es preciosa y a veces precaria. Tomarse un minuto para tender la mano a alguien puede cambiar el curso de su vida”*#Quitoteanimaavivir | IMÁGENES POSITIVAS QUE FOMENTEN LA VIDA Y EL APOYO COMUNITARIO |

|  |
| --- |
|  **Nombre de Estrategia :** “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”**Descripción de la publicación:***#QUITOPREVIENEELSUICIDIO***Eslogan:** Quito te anima a vivirEl mensaje va dirigido a población de niños de las Unidades Educativas Municipales. |
| **Nro. Imagen** | **Contenido** | **Imagen** |
| 1 |  **ACCIONES EN TERRITORIO**La Secretaria de Salud conjuntamente con las Administraciones Zonales del DMQ trabaja en:**Temas:**-Promoción de la Salud Mental-Conductas de autoprotección como estrategia de prevención ante la depresión en niños. **Actividades**-Feria de psicoeducación (*“yo puedo decir lo que pienso y expresar lo que siento”*) dirigido a niños de las Unidades Educativas.-Talleres (*“yo puedo decir lo que pienso y expresar lo que siento”*) de manejo de emociones a través de actividades lúdicas como: teatro, pintura, música, entre otros.-Cine foro  | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.NIÑOS |
| 2 | **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES PARA PADRES****Consejos para fomentar la autoprotección de tu hijo:**-Crea espacios para generar confianza-Motívale hablar sobre su sentir-Conoce las cosas que le causan molestias a tus hijos.-Enséñales a identificar riesgos que les pueden causar daño y reaccionar ante ellos.-Enséñales a conocer su espacio personal e identificar situaciones que invaden este espacio.**Cumpliendo con estos consejos evitamos que los niños sean víctimas de:**-Depresión infantil-Abuso sexual y violencia-Problemas de autoestima y/o inseguridad-Accidentes que pongan en riesgo su vida-Inestabilidad. | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.NIÑOS |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | **En caso de identificar algún riesgo en niños puedes acudir a estos Lugares del MDMQ en donde brindan asesoramiento**-Unidades Metropolitanas de Salud-Psicólogos Clínicos de las Administraciones Zonales-Centro de Equidad y justicia | IMÁGENES DE QUITO Y DE TODAS LAS INSTANCIAS MUNICIPALES Y GUBERNAMENTALES  |
| 4 | **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN***“Es más fácil construir niños fuertes que reparar adultos rotos” Frederick Dougla*  | IMÁGENES POSITIVAS QUE FOMENTEN LA AUTOPROTECCIÓN EN NIÑOS |

|  |
| --- |
| **Nombre de Estrategia :** “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”**Descripción de la publicación:***#QUITOPREVIENEELSUICIDIO***Eslogan:** Quito te anima a vivirEl mensaje va dirigido a la población de funcionarios en primera línea por la emergencia sanitaria DMQ. |
| **Nro. Imagen** | **Contenido** | **Imagen** |
| 1 |  **ACCIONES EN TERRITORIO**La Secretaria de Salud conjuntamente con las Administraciones Zonales del DMQ trabaja en:**Temas:**-Habilidades para la vida-Autocuidado-Eliminación del estigma en salud mental-Grupos de apoyo**Actividades:**-Talleres de sensibilización dirigido a Empleados Municipales-Mensajes preventivos, educativos y comunicacionales a través del sistema informático del Municipio | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.FUNCIONARIOS EN PRIMERA LÍNEA. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES**Habilidades que debes desarrollar para mantener una adecuada salud mental en lo laboral: -Autoconocimiento de tus fortalezas y debilidades-Empatía-Comunicación asertiva-Relaciones interpersonales-Toma de decisiones-Manejo de problemas y conflictos-Pensamiento creativo-Pensamiento crítico-Manejo de emociones y sentimientos-Manejo de tensiones y estrés | LOGO DE ESTRATEGIA “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”.EMPLEADOS MUNICIPALES- HABILIDADES EN EL TRABAJO |
| 3 | **En caso de requerir asesoramiento psicológico te ofrecemos los siguientes lugares del MDMQ:**-Unidades Metropolitanas de Salud-Psicólogos Clínicos de las Administraciones Zonales | IMÁGENES DE QUITO Y DE TODAS LAS INSTANCIAS MUNICIPALES Y GUBERNAMENTALES  |
| 4 | **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN***“Una buena salud mental, genera un buen ambiente laboral”* | IMÁGENES POSITIVAS QUE FOMENTEN LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO  |

* + 1. **Fase de Evaluación**

Existen tres formas de evaluar la estrategia de prevención del suicidio; la primera es mediante la metodología que se está llevando a cabo a través los talleres de promoción de la salud mental para ver si está funcionando el proceso, esto va a permitir evaluar el trabajo de los profesionales en salud y mejorar de ser el caso. Esta evaluación se la realiza mediante una encuesta de satisfacción una vez culminadas las actividades de promoción, se aplicará a los diferentes usuarios con el fin de medir la calidad de la intervención de las diferentes temáticas por parte de los profesionales. Así mismo se realizará un plan de mejora en caso se considere necesario.

Por otro lado, la segunda forma de evaluación consiste en la medición de resultados de los procesos psicológicos que se están llevando a cabo con los niños/as, adolescentes adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria en el DMQ, que han sido identificados con problemas en salud mental, con la finalidad de verificar si disminuyó o no el riesgo alto en las personas detectadas y confirmadas, a través del cierre de procesos terapéuticos que reportan los psicólogos clínicos que atendieron los casos.

De esta manera, podemos confirmar que del total de personas atendidas obtengamos como resultado el 60% o 70% de procesos terapéuticos concluidos y dados de alta, nos indicará que la estrategia está funcionando y está dando resultados positivos, de ocurrir lo contrario nos permite evaluar si los profesionales en salud mental tienen la experiencia necesaria y manejan las problemáticas en salud mental de manera adecuada o existen otras dificultades por las cuales los pacientes no llegan a consulta, esto nos sirve para replantear nuevas herramientas o formas de trabajo para llegar al objetivo propuesto.

Como ultima forma de evaluación al Plan de Prevención del suicidio en niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios en primera línea por la emergencia sanitaria del DMQ, se tiene el componente con indicadores y metas que se detalla a continuación:

***e. Componente de Indicadores y Seguimiento***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INDICADOR | CÁLCULO | META (3 años) |
| N° de personas de responsabilidad municipal que participan en acciones de promoción en Salud Mental  | N° de personas de participan en acciones de promoción en Salud Mental/ Total de personas de responsabilidad municipal x 100 | El 70% de la población desarrollan habilidades personales |
| % de personas derivadas en alto riesgo que disminuyeron el riesgo | N° de personas derivadas con alto riesgo que disminuyeron el riesgo/ Total de personas con alto riesgo x 100 | El 80% de la población tamizada en alto riesgo, disminuye el riesgo. |
| % de derivaciones atendidas en las Instancias de Salud  | N° de personas de derivadas atendidas en salud/ Total de personas derivadas x 100 | El 90% de las personas derivadas fueron atendidas por un especialista |
| % de cumplimiento del proceso terapéutico  | N° de personas que cumplieron el proceso terapéutico al menos en 2 sesiones/ Total de personas en proceso terapéutico x 100 | El 70% de las personas cumplieron el proceso terapéutico al menos 3 sesiones |

1. **PLAN DE GESTIÓN- ENTIDADES- RESPONSABILIDADES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTIDAD** | **ROL** | **RESPONSABILIDADES** |
| **Secretaría de Salud - MDMQ** | **Responsable****Coordinador****y Ejecutor** | 1.Generar y procesar el levantamiento de información diagnóstica y de evaluación de la población en general.2.Promover instancias de coordinación para la implementación de la política3.Brindar asistencia técnica y operativa a las instituciones en el ámbito de su competencia.4.Vigilar el cumplimiento de las responsabilidades de los profesionales que están a cargo.5.Promover y coordinar los servicios de asistencia y acompañamiento.6.Coordinar y proveer el acceso a servicios especializados en psicología y psiquiatría.7.Articular los mecanismos de seguimiento de casos identificados.8.Fortalecer los servicios de atención integral en salud para personas con riesgo.9. Promover campañas de información. |
| **Secretaría de Inclusión Social – MDMQ** | **Aliado Estratégico** | 1.Implementar líneas de acción para la prevención de factores de riesgo y promoción de entornos protectores.2.Promover y direccionar proceso de intervención primaria en la identificación de casos.3.Brindar asistencia técnica y operativa4.Promover campañas de información. |
| **Secretaría de Comunicación- MDMQ** | **Aliado Estratégico** | 1.-Implementar líneas de comunicación para la prevención del suicidio, mediante medios tecnológicos, televisivos y medios radiales.2.-Promover campañas educomunicacionales conjuntamente con la Secretaría de Salud. |
| **Consejo de Protección de Derechos** | **Aliado Estratégico** | 1.Aportar en el diseño y transversalización de la política pública con base en los enfoques de inclusión.2.Generar procesos de observancia a la implementación de la Política Pública3.Contribuir a garantizar el enfoque de derechos, de interculturalidad e intergeneracional.4.Colaborar a que las políticas propuestas para la prevención del suicidio no recaiga solo en el Municipio del DMQ sino en todas las instancias que forman el sistema de protección integral. |
| **Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES** | **Aliado Estratégico** | 1.Promover mecanismos de socialización de reducción de los factores de riesgo en los ámbitos familiares, comunitarios, y escolares. |
| **Ministerio de Salud Pública – MSP.** | **Aliado Estratégico** | 1.Diseñar la política pública de prevención del suicidio conjuntamente con la Secretaría de Salud del DMQ2.Articular los mecanismos de seguimiento de casos identificados.3.Fortalecer los servicios de atención integral en salud para personas con riesgo.4.Proveer el acceso a servicios especializados en psicología y psiquiatría.5.Promover campañas de información. |
| **Ministerio de Educación** | **Aliado Estratégico** | 1.Fortalecer las destrezas del personal de los DECES para la identificación y prevención de casos de suicidio.2.Promover proceso de intervención primaria en la identificación de casos.3.Implementar estrategias de reducción de la violencia. |

1. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**
* *Banco Interamericano de Desarrollo/Banco Mundial (* Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe / Mayra Buvinic, Andrew Morrison y María Beatriz Orlando) <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000100008>
* El Comercio. (2019). *(Ecuador se sitúa en el segundo puesto con menor tasa de homicidios en América del Sur, por debajo de Chile*). Recuperado de:[https://www.elcomercio.com/actualidad/violencia-homicidios-tasa-sudamerica-ecuador.html. Si está pensando en hacer uso del mismo, por favor, cite la fuente y haga un enlace hacia la nota original de donde usted ha tomado este contenido. ElComercio.com](https://www.elcomercio.com/actualidad/violencia-homicidios-tasa-sudamerica-ecuador.html)
* Expreso. (2019). *Una radiografía a la violencia machista en el Ecuador.* Recuperado de: <https://www.expreso.ec/actualidad/radiografia-violencia-machista-ecuador-1892.html>
* Fiscalia General del Estado (2020). *Conformación del Subcomité Técnico de Validación de Femicidios.* Recuperado de: <https://www.fiscalia.gob.ec/conformacion-del-subcomite-tecnico-de-validacion-de-femicidios/>
* La Hora. (2020). *6.819 llamadas por violencia de género ha recibido el ECU-911 durante la emergencia.* Recuperado de: <https://www.lahora.com.ec/noticia/1102315671/6819-llamadas-por-violencia-de-genero-ha-recibido-el-ecu911-durante-la-emergencia>
* Ministerio de Gobierno. (s/f). *El 47% de intervenciones policiales en Quito, son emergencias de violencia social.* Recuperado de: <https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/el-47-de-intervenciones-policiales-en-quito-son-emergencias-de-violencia-social/>
* Montalvo, P. (2007)*. Costos de la violencia en el Distrito Metropolitano de Quito. Flacso.* Recuperado de: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/2651>
* Observatorio Social del Ecuador. (2014). *Niñez y Adolescencia en la intergeneracionalidad.* Quito.
* Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del Suicidio un imperativo social.* Washington, D.C.- EE. UU*.* Recuparado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1>
* Quito Informa. (2018). *Observatorio de Seguridad Ciudadana presentó Estadísticas de la Violencia Sexual e Intrafamiliar en el Distrito.* Recuperado de: <http://www.quitoinforma.gob.ec/2018/04/11/9-de-cada-10-personas-no-denuncia-violencia-intrafamiliar/>
* Prevención del suicidio un imperativo global. Organización Panamericana de la Salud
* Quito, S. d. (2017). *Manual de procedimientos técnicos para la prevención de problemas de salud mental*. En S. d. Quito. Quito: Ananay.
* Salud, O. M. (2004). *Informe sobre la Salud del Mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* OMS: Ginebra.
* Salud, S. d. (2017). *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.* Quito: Ananay.
* Secretaría de Salud, Componente de Salud Mental. INFORMES DE TAMIZAJE DE ADOLESCENTES Y ADULTOS MAYORES (2017-2019)