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

**1. Antecedentes 4**

[**2.**](#_heading=h.2et92p0) **Datos Epidemiológicos del Distrito Metropolitano de Quito 6**

[**3.**](#_heading=h.2bn6wsx) **Violencia 9**

[***3.1.***](#_heading=h.3as4poj) ***Datos Estadísticos sobre Violencia* 10**

[**4.**](#_heading=h.23ckvvd) **Datos del Municipio de Quito sobre la Población Vulnerable 13**

[**4.1.**](#_heading=h.ihv636) **Adolescentes 13**

[**Tamizaje en adolescentes**](#_heading=h.32hioqz) **14**

[**4.2.**](#_heading=h.1egqt2p) **Personal en Primera Línea de Atención Sanitaria 15**

[**5.**](#_heading=h.2dlolyb) **Marco Legal 16**

[**6.**](#_heading=h.sqyw64) **Población a Intervenir 18**

[**7.**](#_heading=h.3cqmetx) **Objetivos 18**

[**7.1.**](#_heading=h.1rvwp1q) **Objetivo General 18**

[**7.2.**](#_heading=h.4bvk7pj) **Objetivos Específicos: 18**

[**8.**](#_heading=h.1664s55) **Plan de Intervención para la Prevención del Suicidio 19**

[**8.1.**](#_heading=h.25b2l0r) **Fases de Implementación del Plan 19**

[**8.1.1.**](#_heading=h.kgcv8k) **Fase de Coordinación 19**

[**8.1.2.**](#_heading=h.34g0dwd) **Fase de Ejecución 21**

[**a.**](#_heading=h.1jlao46) **Componente Promoción de la Salud Mental 22**

[**b.**](#_heading=h.2iq8gzs) **Componente de Prevención Del Suicidio 27**

[**Flujograma de Atención**](#_heading=h.3hv69ve) **33**

[**c.**](#_heading=h.1x0gk37) **Componente de Investigación 34**

[**d.**](#_heading=h.4h042r0) **Componente de Comunicación 34**

[**8.1.3.**](#_heading=h.2w5ecyt) **Fase de Evaluación 34**

[**e. Componente de Indicadores y Seguimiento**](#_heading=h.1baon6m) **35**

[**9.**](#_heading=h.2afmg28) **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 36**

**10. ANEXOS 40**

**ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

[Ilustración 1 Mortalidad por trastornos mentales. DMQ. 2018**.** 9](#_heading=h.3dy6vkm)

[Ilustración 2 Porcentaje de defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, según grupo de edad y sexo del fallecido/a.**.** 9](#_heading=h.2s8eyo1)

[Ilustración 3 Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ 11](#_heading=h.1ksv4uv)

[Ilustración 4 Femicidios según rango de edad 19](#_heading=h.2p2csry)

[Ilustración 5 Resultados de los riesgos por áreas**.** 21](#_heading=h.2grqrue)

[Ilustración 6 Distribución de las áreas con mayor riesgo. 23](#_heading=h.2u6wntf) [6](#_heading=h.206ipza)

1. **Antecedentes**

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

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

También menciona que el suicidio es una problemática de salud pública, que anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Convirtiéndose esto en una tragedia que afecta a familias, comunidades y países con efectos duraderos.

El Observatorio Social del Ecuador (OSE) 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. Es así que, al 10 de septiembre se le ha reconocido como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, como uno de los mecanismos para concienciar y promover la generación de programas de política pública para la prevención.

En 2014, la Organización Mundial de la Salud (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 ideaciones, tentativas y amenazas suicidas. 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.

Es importante citar las cifras de la OMS, que 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 la 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.

Para Ecuador las cifras en Ecuador señalan que:

* Entre los meses de enero de 2019 y agosto de 2020 en el país se registran 1147 intentos de suicidio/intentos autolíticos y 518 suicidios consumados, siendo Guayas y Pichincha las provincias con mayor porcentaje en intentos autolíticos y suicidios consumados. (último reporte del ECU 911)

Según la OMS, el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2015) y se estima que en el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por esta causa y se multiplicarán por 20 las personas que llevarán a cabo una tentativa suicida (World Health Organization, WHO; 2014). Por tanto, significa que cada 20 segundos hay una muerte por suicidio en el mundo y cada 1-2 segundos un intento de suicidio, o en otros términos, por cada individuo que muere por suicidio, 25 personas intentan suicidarse (World Health Organization (WHO), 2014).

Para el 2030 habrá 10.007.000 muertes por suicidio constituyéndose esta como la decimoquinta causa de muerte, el 1.4% en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Es importante mencionar que, El Comité de los Derechos del Niño, menciona al suicidio como una de las causas principales de mortalidad entre los adolescentes, y ha señalado que pueden incidir en ese fenómeno, como en otros problemas de salud mental y psicosociales una compleja interacción de causas, pero que las mismas se agravan, por ejemplo, por la presencia de conflictos y actos de hostigamiento. También indica que, entre los factores que reconocidamente fomentan la resiliencia y el desarrollo saludable y previenen la mala salud mental conviene señalar las relaciones sólidas con adultos y el apoyo de estos, así como el acceso a una educación secundaria de calidad y no sufrir violencia ni discriminación” (Comité de los Derechos del Niño, Observación General 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, párr. 58). El mismo Comité ha manifestado su “Preocupación por la mala salud mental en los adolescentes, en concreto [...] depresión, [...] traumas psicológicos resultantes del abuso, [...] hasta [...] la autolesión y el suicidio” (Comité de los Derechos del Niño, Observación general 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24, párr. 38).

1. **Datos Epidemiológicos del Distrito Metropolitano de Quito**

En atención a los problemas de salud mental en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) y tomando como referencia los datos de egresos hospitalarios generados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), se identifica como causas relacionadas a la salud mental las siguientes:

***Tabla 1*** *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 2018 - Consolidado de información de egresos hospitalarios personas residentes en el DMQ

Este cuadro permite identificar las principales causas de egresos hospitalarios de la población quiteña con trastornos mentales y del comportamiento, según el grupo de edad. Se puede determinar que el 16, 4% de población se hospitaliza por casos de epilepsia, seguido por un 15,5% por episodios depresivos, y un 8,6% trastornos de ansiedad.

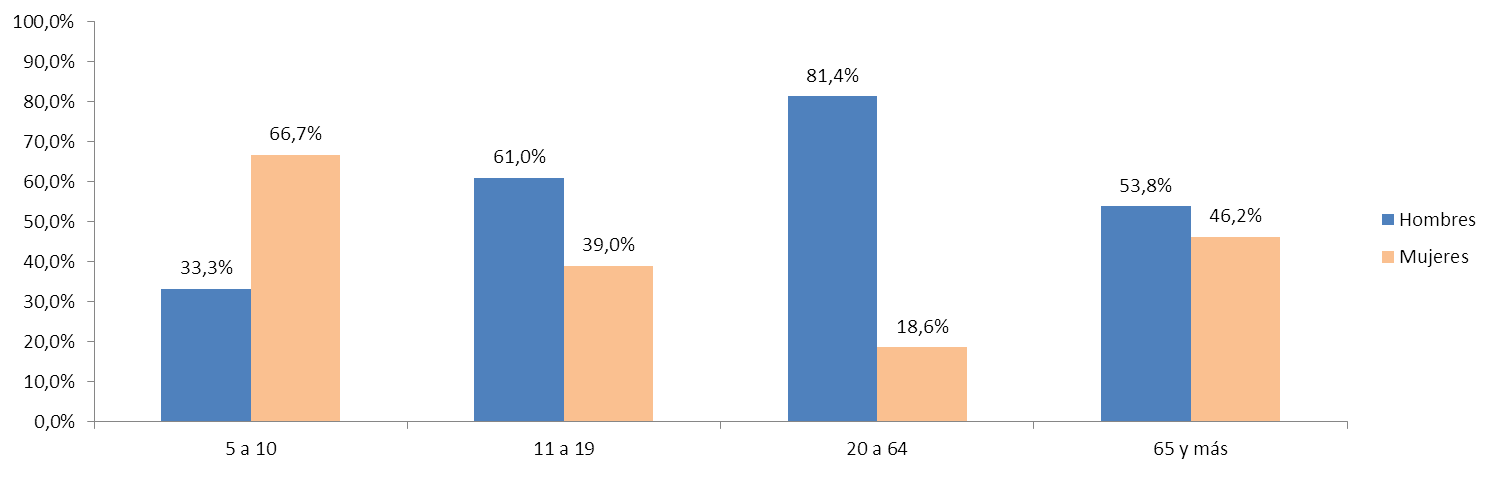
***Tabla 2*** *Mortalidad por Trastornos Mentales y del Comportamiento mayores de 5 años. DMQ 2018****.***

|  |  |
| --- | --- |
| 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 2018 - Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

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

***Ilustración 1*** *Porcentaje de defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, según grupo de edad y sexo del fallecido/a.*



Fuente: INEC 2018 - Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

Con relación a los porcentajes de defunciones por trastornos mentales según el grupo de edad se evidencia que entre los 11 a 65 años, fallecen más varones que mujeres, mientras que entre los 5 a 10 años de edad son las mujeres.

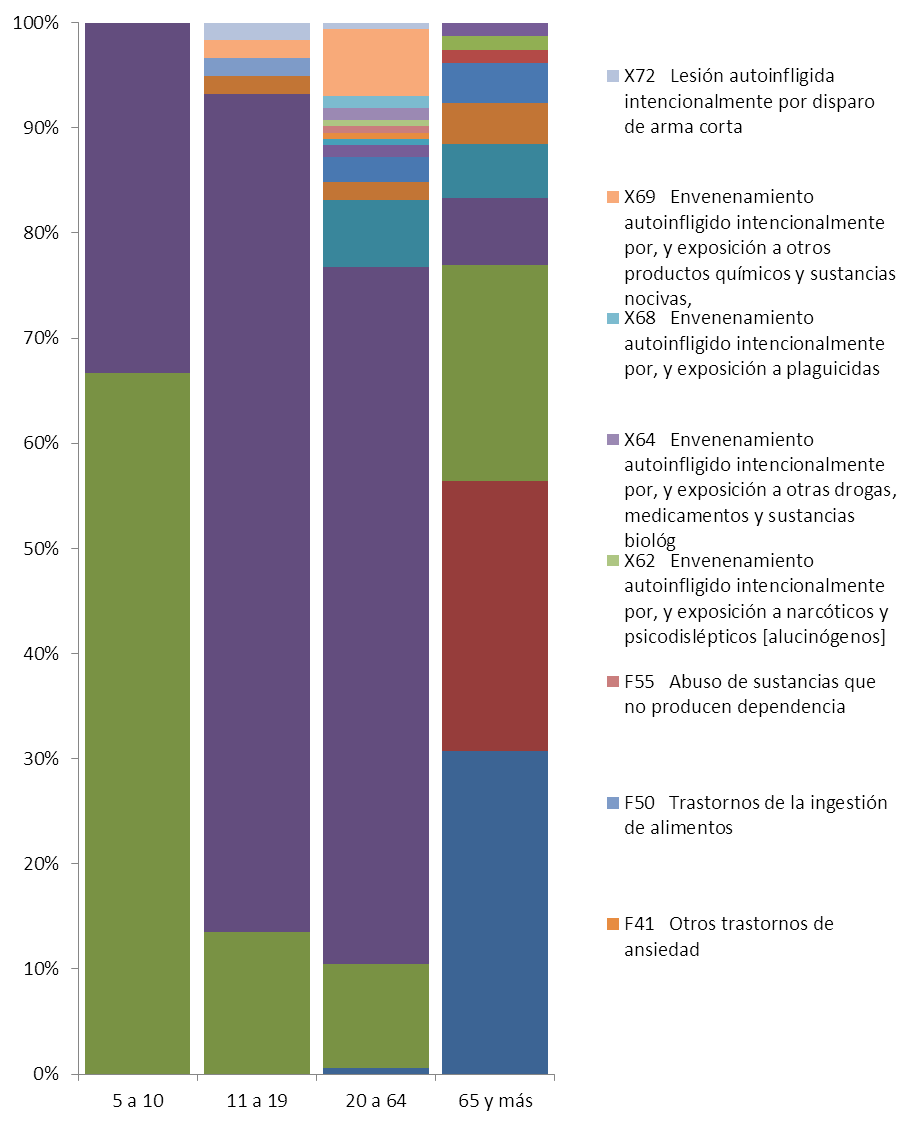
***Tabla 3*** *Causas de defunción por trastornos mentales y del comportamiento según sexo del fallecido. Hombres DMQ 2018****.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 2018- Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

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

***Ilustración 2*** *Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ 2018*



Fuente: INEC 2018 - Consolidado de información de mortalidad personas residentes en el DMQ

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

1. ***Violencia***

Diversas investigaciones mencionan que un individuo sujeto a situaciones de violencia presenta como resultado consecuencias negativas en su individualidad y entorno como pueden ser: ideaciones y comportamientos suicidas, problemas de conducta, bajo rendimiento académico, depresión, auto laceraciones y el abuso de alcohol y drogas. Es así que la exposición a la violencia constituye un riesgo elevado para manifestar el comportamiento suicida. La violencia se puede generar en diferentes espacios que tiene como entorno un sujeto como puede ser la familia, la comunidad, la escuela, etc. Por lo que es importante analizar la exposición a la violencia en diferentes contextos simultáneamente y revisar su relación con los comportamientos suicidas (Suarez, Restrepo, Caballero y Palacio, 2018).

La violencia y la idealización suicida constituyen fenómenos prevalentes en el contexto mundial. Según la OMS la violencia es una de las problemáticas principales de salud pública a nivel mundial. La OMS define la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o contra un grupo o comunidad, que dé como resultado o tenga alta probabilidad de causar lesión, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privación (Ministerio de Educación. 2020).

La idealización y el comportamiento suicida tiene relación con la violencia de género según argumentan 20 años de investigaciones (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020). Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de EEUU (2017), la ideación suicida, los intentos de suicidio y suicidios consumados al ser multifactoriales pueden tener relación con la violencia física, sexual ,psicológica y ambiental ya que estos pueden ser un determinante que conjuntamente incrementan drásticamente el riesgo autolítico de una víctima que, a su vez, con frecuencia padece un trastorno mental como depresión y/o trastorno por estrés postraumático mayoritariamente (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

La violencia genera secuelas y puede resultar trastornos como la depresión o estrés post-traumático, mismo que generan conductas de afrontamiento desadaptativas y autolesivo, que según comentan las estadísticas las víctimas de violencia de género presentan con más frecuencia estos trastornos y el suicidio se puede relacionar con los mismos. Una forma adecuada para prevenir el riesgo suicida, es la atención primaria en prevención de violencia de género y si existe tentativa de suicidio por esta causa, generar una red de atención a víctimas de violencia de género así la relación ya haya terminado (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

* 1. ***Datos Estadísticos sobre Violencia***

En el Ecuador la violencia es una problemática que se encuadra en el marco de lo histórico, cultural e individual de la población, las cifras de violencia son alarmantes en diferentes ámbitos. 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 2007, Costos de la violencia en el Distrito Metropolitano de Quito).

La violencia contra la infancia es reconocida internacionalmente como una vulneración a los derechos humanos de niñas, niñas y adolescentes con graves consecuencias de su bienestar físico, psicológico y emocional (UNICEF, 2019). En el Ecuador los delitos sexuales contra niñas, niños y adolescentes se encuentran tipificados en el Código Orgánico Integral Penal: acoso sexual (art. 166), distribución de material pornográfico (art 168), corrupción de niñas, niños y adolescentes (art. 171), utilización de personas para exhibición pública con fines de naturaleza sexual (172), contacto con finalidad sexual con menores de 18 años por medios electrónicos (173), oferta de servicios sexuales con menores de 18 años (174).

Siendo el Ecuador un país con alta prevalencia en violencia a niños, niñas y adolescentes, mucho de los casos se da por personas cercanas, en el lugar de convivencia, donde debería garantizarse la protección en sus hogares y lugares próximos al individuo.

Según el estudio sobre Derechos Humanos de mujeres, niñas, niños y adolescentes y violencias: análisis estadístico de registros de noticias del delito (Cordero y otros, 2020):

* El 54,64% del total de denuncias que ingresaron a investigación fiscal como acoso sexual, corresponde a niñas, niños y adolescentes.
* Del total de noticias del delito sobre abuso sexual en el año 2019, el 84,7% de las víctimas tiene hasta 18 años de edad.
* Del total de noticias del delito de violación, el 68,08% corresponde a niñas, niños y adolescentes.
* Con respecto al abuso sexual por provincias, Pichincha triplica el número de noticias del delito con respecto a Guayas.

Según la encuesta Niñez desde la Intergeneracional (Observatorio Social del Ecuador: 2014), el 25% del total de niñas, niños y adolescentes sufren violencia psicológica, 18% violencia física, 7% violencia sexual; el 45% de los casos ocurre en el ámbito familiar y el 35% en el ámbito educativo.

Así mismo, el consejo de Igualdad Intergeneracional (CNII) menciona que el 33% de NNA ha sido golpeado por sus padres-madres y 4 de cada 10 sufren algún tipo de maltrato extremo. Según la misma fuente, los índices de violencia en las escuelas también son preocupantes, así: el 62% de NNA afirma haber presenciado situaciones de acoso escolar entre estudiantes y, el 68% manifiesta haber observado burlas e insultos entre compañeros/as. Se estima que en términos generales, la violencia afecta más a NNA de entre 5 y 11 años, también a la población de origen afrodescendiente e indígena, y a la población rural (UNICEF, 2019).

Otro factor a tomar en cuenta en el Ecuador es la violencia de género ya que es una problemática que se encuentra vigente y con estadísticas altas. La Encuesta Nacional Sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres ENVIGMU, presentada en noviembre del 2019 por el INEC menciona que:

* 65% de mujeres en el Ecuador, han experimentado por lo menos un hecho de algún tipo de violencia en alguno de distintos ámbitos a lo largo de su vida.
* 43% de las mujeres, experimentaron algún tipo de violencia por parte de su pareja.
* 66% de las mujeres de estado conyugal divorciadas, separadas y viudas, han experimentado algún tipo de violencia por parte de su pareja a lo largo de su vida.
* 19% de las mujeres, experimentaron algún tipo de violencia en el ámbito educativo, 20% en el ámbito laboral, 33% en el ámbito social y 20% en el ámbito familiar.

La problemática de la violencia se da tanto en la parte rural como urbana, 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 de que el COE Metropolitano menciona que 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. Así mismo 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).

***Tabla 4*** *Relación víctima- victimario*

|  |  |
| --- | --- |
| Relación de victimario con la víctima | Víctimas de femicidio |
| Conviviente | **140** |
| Ex conviviente | **76** |
| Cónyuge | **76** |
| Pareja | **62** |
| Ex pareja | **13** |
| Otros no familiares | **9** |
| Pariente consanguíneo (familiar) | **9** |
| No identificado | **8** |
| Ex cónyuge | **6** |
| Amigo | **4** |
| Conocido | **3** |
| Desconocido | **1** |
| Total General | **407** |

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. El Código Integral Penal- COIP vigente (Asamblea Nacional, 2014) considera una sección para tipificar los delitos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar. El artículo 155 define a estos delitos como “toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar”. Adicionalmente menciona que “se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo 28 grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación” (INEC, 2019).

1. **Datos del Municipio de Quito sobre la Población Vulnerable**

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, cuyo marco de gestión está en la desconcentración de los organismos municipales para mejorar la presencia en los territorios, fortalecer el sistema de gestión participativa y realzar una planificación participativa con los 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, mujeres, adultos mayores y funcionarios de primera línea en la emergencia sanitaria.

Desde este componente, se han venido desarrollando acciones enfocadas en la prevención a través de la detección temprana de conductas de riesgo entre las cuales se encuentra el suicidio, este proceso ha permitido que la población vulnerable reciba una atención oportuna e inmediata.

* 1. **Adolescentes**

***Tamizaje en adolescentes***

La población con la cual se ha venido interviniendo desde el 2017, es la de estudiantes de las 20 Instituciones Educativas Municipales.Se ha aplicado con excelentes resultados de diagnóstico , la herramienta de Evaluación Rápida para Adolescentes (RAAPS), la misma que 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 a 3016 estudiantes de 7 Unidades Educativas Municipales, de las cuales en el 16.28% de adolescentes se determinó que se encontraban en alto riesgo de experimentar problemáticas en salud mental.

***Ilustración 3*** *Resultados de los riesgos por áreas****.***

Fuente: Sistema de información IYMFR, 2017.

Elaborado por: Secretaría de Salud- Unidad de Salud Mental

Del proceso de tamizaje se evidencia que, el mayor riesgo que presentan los adolescentes es cuando se les pregunta sobre el haber tenido relaciones sexuales sin protección con un 35%, seguida de otro factor que son los problemas emocionales con un 28.7%, los adolescentes en este ámbito han presentado episodios depresivos como: ideación suicida, intentos auto líticos. Otros factores con menos porcentaje aunque no menos importantes 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 en cinco Administraciones Zonales*,* de los cuales el 14.23% de los adolescentes tienen alto riesgo de experimentar problemáticas relacionadas a la Salud Mental.

***Ilustración 4*** *Distribución de las áreas con mayor riesgo.*

Fuente: Sistema de información IYMFR.

Elaborado por: Secretaría de Salud- Unidad de 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%.

De 1120 adolescentes de las cuatro Unidades Educativas Municipales tamizados en el año 2019 (mediante encuesta RAAPS), el 18.84% se encontraron en alto riesgo de experimentar problemáticas asociadas a la salud mental.

***Ilustración 5*** *Prevalencia de factores de riesgo en adolescentes, DMQ 2019.*

Fuente: Sistema de información IYMFR, 2019.

Elaborado por: Secretaría de Salud- Unidad de Salud Mental

Se puede identificar el tipo de riesgo **emocional** en un 80% de los adolescentes, de estos presentan el 9% conductas sexuales de riesgo, el 6% consumo de sustancias, y el 5% identificados con un contexto de violencia.

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

Durante los meses de abril a julio 2020, desde el componente de salud mental se ha trabajado en grupos de apoyo, talleres y capacitaciones que promueven 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 temas como: manejo de emociones, manejo de estrés y herramientas de autocuidado en la toma de muestras, unidades educativas metropolitanas, ECU-911 y Casa de la Mujer.

1. **Marco Legal**

La Constitución del Ecuador, 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 Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (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 de Salud de 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 la Ciudad como problemas prioritarios de salud pública, promoviendo la participación de la ciudadanía en las acciones emprendidas, entre otros, en los siguientes ámbitos: **a.** 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; **b.** Prevención de problemas nutricionales, en el ámbito de la seguridad alimentaria; **c.** 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, **d.** Otros de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población.

1. **Población a Intervenir**

El Plan de Salud Mental con Atención en el Riesgo de Suicidio de los habitantes del DMQ, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios en primera línea en la emergencia sanitaria, con enfoque de derechos, de género, de interculturalidad e intergeneracional y además a la población vulnerable con discapacidad y movilidad humana como señala la constitución y el código Municipal, en el Marco del Sistema de Protección Integral.

1. **Objetivos**
   1. ***Objetivo General***

Promover la Salud Mental y prevenir el riesgo de suicidio en la población del Distrito Metropolitano de Quito con énfasis en niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios que se encuentran en primera línea por la emergencia sanitaria , 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:***

1. Realizar acciones de promoción de la salud mental y edu-comunicación, para fortalecer los factores de protección.
2. Establecer mecanismos de participación y solidaridad comunitaria para la integración e interacción social de las personas como medida de cohesión social.
3. Fortalecer conocimientos en familiares y personas cuidadoras y fortalecer herramientas personales de enfrentamiento de problemas en la población.
4. Detectar tempranamente conductas de riesgo para prevenir casos de suicidio en el DMQ.
5. Atender en Salud Mental a los casos con alto riesgo emocional.
6. Fortalecer las capacidades de los equipos técnicos de atención del DMQ, en temas de salud mental.
7. Realizar investigación sobre factores de riesgo en el DMQ.
8. ***Plan de Intervención para la Prevención del Suicidio***

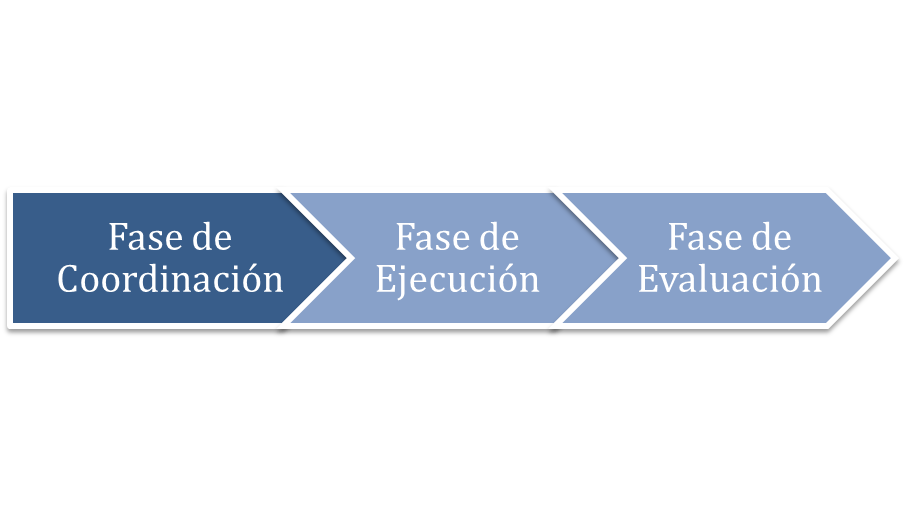
El suicidio es un problema de Salud Pública complejo y multifactorial, donde intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales, ambientales y económicos.

Una de la formas de prevenir el suicidio es mediante 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 a lo largo del ciclo de vida.

Para la implementación del Plan de Prevención del Suicidio, se proponen las fases que se describen a continuación:

* 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 las áreas de: salud, educación, trabajo, justicia y los medios de comunicación. El trabajo debe ser integral y sinérgico debido a que ningún abordaje singular es suficiente para una situación tan compleja como la del suicidio. La estrategia para la prevención de esta problemática consiste en la promoción de los factores protectores y el manejo de los factores de riesgo, donde se promueven estrategias y herramientas a nivel individual, grupal y comunitario.

Para el desarrollo y coordinación 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.

Los actores institucionales e interinstitucionales que se propone sean parte de la construcción y aplicación del presente Plan se describe a continuación:

**Tabla 5. Actores Institucionales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 política  3. 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 operativa  4. 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 edu-comunicacionales 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 Pública  3. 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 DMQ  2. 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. |

**Fuente:** Estrategias de salud mental, 2020.

**Elaborado por:** Secretaría de Salud- Unidad de Salud Mental

* + 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.

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, empresas, instituciones gubernamentales, comunidades 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).

Este Plan propone responder a las múltiples necesidades y reconocer los factores de riesgo que pueden ser determinantes para generar algún tipo de problema de salud mental-

***ESTRATEGIAS GENERALES DE PROMOCIÓN***

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.

**FACTORES PROTECTORES**

Son aquellos que ponen en marcha los recursos personales, familiares y sociales que le permiten asumir los retos, contrarrestan los efectos negativos de los factores de riesgo a los que también se ven enfrentados los seres humanos y que pueden producir daños en todas las esferas de la vida. Funcionan como barreras evitando que las situaciones estresantes afecten a las personas.

Los factores protectores son aquellas características que se pueden detectar, potencializar y desarrollar en un sujeto, familia, grupo o comunidad, favoreciendo el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud en el sentido amplio de lo biológico, psicológico y social; y que además pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica, por lo cual se trabaja en algunos aspectos como:

* La resiliencia
* Relaciones interpersonales y apoyo social.
* Desarrollar un proyecto de vida.
* Diversidad de aptitudes
* Introspección, independencia y capacidad de interacción
* Establecer y transmitir expectativas elevadas
* Comunicación asertiva
* Resolución de problemas y establecimiento de límites
* Capacidad de autonomía.
* Fortalecimiento de conductas de protección.
* Autoestima positiva-
* Desarrollo de competencias parentales.

**Acciones de promoción:**

* Trabajar en promoción de la salud mental y en la protección de los derechos humanos.
* Promover iniciativas en la creación de espacios para propiciar la participación y el empoderamiento comunitario en las actividades de promoción de la salud mental.
* Mapeo de actores y sectores claves gubernamentales y no gubernamentales vinculados al trabajo con la comunidad en tema de salud mental.

.

* Fomentar actividades sociales, culturales, recreativas que se ajusten a los requerimientos de la comunidad.

***Acciones de Promoción desde una perspectiva de género:***

Este Plan considera relevante trabajar la promoción de la salud mental y la prevención del 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, lo que se traduce en el impacto de los factores de riesgo

Los factores de riesgo para el suicidio son: la desigualdad de género, el abuso o trauma, el matrimonio insatisfactorio y la violencia contra la mujer. En cambio, la distinción conceptual hombre/mujer, 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.

Considerando lo antes descrito se platea realizar las siguientes acciones:

* Fomentar actividades en donde se comprendan las construcciones sociales de género.
* Trabajar con niños, niñas y adolescentes con enfoque de género desde una perspectiva constructiva.
* Obtener y actualizar datos estadísticos mediante la investigación de tipo epidemiológico entre la relación del suicidio y género.
* Facilitar los canales de comunicación y mejorar la detección de la violencia de género
* Apoyar en la comunidad a las personas violentadas por su género.
* Promover campañas informativas de difusión de sus resultados y sensibilización sobre prevención del suicidio con una perspectiva de género

***Acciones de Promoción desde una perspectiva de violencia.***

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, enfocan su labor hacia la erradicación de la violencia, por lo cual la Secretaría de Salud trabaja coordinadamente con los Centros de Equidad y Justicia, que son espacios desconcentrados e integrados de atención ciudadana, creados para facilitar de manera eficaz, eficiente e integral el ejercicio de los derechos y el acceso oportuno a la administración de justicia a través de la atención y prevención de la violencia intrafamiliar, género, maltrato infantil y violencia sexual, por lo cual se establecen algunas acciones conjuntas de promoción de la salud mental con las poblaciones objetivo.

* Capacitar, sensibilizar y brindar herramientas a docentes y personal de DECE de las Instituciones Educativas del DMQ sobre la problemática de la violencia, enfoque de derechos y protección integral.
* Promover el buen trato y prevenir la violencia sexual.
* Promoción de la igualdad de género, del empoderamiento y autonomía.
* Activación de la ruta de protección de derechos de los servicios de protección y atención psicológica.
* Fortalecer las alianzas entre las instituciones de protección de derechos en prevención de la violencia y capacidad de respuesta.

***Acciones de Promoción desde una perspectiva de consumo de sustancias psicoactivas***

.Se considera a las adicciones como un problema de salud pública multifactorial. Se trabaja en la implementación de estrategias de promoción y prevención a nivel primario en el ámbito educativo, comunitario, familiar, laboral y social, a fin de generar espacios de fortalecimiento de factores protectores.

Al fortalecer e incrementar los factores de protección también se reducen los factores de riesgo en la población, no solamente frente al uso y consumo de drogas, sino también a otras situaciones en salud mental.

* Prevención del Consumo Problemático de Tabaco, Alcohol y/u otras Drogas
* Detección temprana de la necesidad de tratamiento por consumo y su derivación
* Prevención del tráfico de drogas
* Promover un clima escolar protector

***Acciones de Promoción desde una perspectiva de movilidad humana***

La Ley Orgánica de Movilidad Humana, aprobada en febrero del año 2017, y su Reglamento, vigente desde agosto del mismo año, son instrumentos que amplían el reconocimiento de los derechos humanos de las personas en movilidad humana y armoniza e integra en un solo cuerpo legal la normativa dispersa que se mantenía vigente desde hace más de 40 años (Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2018)

Entre los grupos vulnerables es importante considerar a las personas en movilidad humana que al momento se encuentran viviendo en Quito. Según el último SitReport de la Organización Mundial de más migraciones en Ecuador más de 500.000 personas se encuentran en la ciudad de Quito en condiciones de pobreza y sin medios de vida para afronta sus necesidades y las de sus familias. (OIM, 2020. Marzo. Sitreport. Sobre la población venezolana en migración).

* Fortalecer los factores protectores en las personas de movilidad humana.
* Capacitar a los profesionales en salud mental sobre movilidad humana, para la identificación oportuna de factores de riesgo en esta población.
* Promoción de campañas de sensibilización en torno a la presencia de personas extranjeras, para prevenir la discriminación y la xenofobia.

A continuación, a modo de resumen se plantean en el siguiente cuadro las actividades de promoción de la salud mental enfocados a cada uno de los grupos poblacionales a los que se prioriza en el presente Plan.

***Tabla 6*** *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 autoprotección  2.Derechos Humanos  3.Manejo de emociones  4.-Acoso escolar | * Secretaría de Salud * Secretaría de Educación * Centro de Equidad y Justicia * Patronato San José * Secretaría de Salud * Secretaría de Educación * Centro de Equidad y Justicia * SIPAQ * Patronato San José |
| Adolescentes | -Talleres adolescentes.  -Talleres Padres de familia  -Material Educomunicacional | -Manejo de conflictos y proyecto de vida.  -Derechos humanos y violencia  -Consumo de sustancias.  -Acoso escolar |
| Adultos Mayores | -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 | -Talleres funcionarios.  -Material Educomunicacional. | Autocuidado y  Manejo del estrés. | * Secretaría de Salud * USSO * Instituciones participantes |
| Comunidad en general | Sensibilización | -Material Educomunicacional | • Factores de riesgo y de protección asociados al suicidio.  • Señales de alerta  • Mitos y estereotipos sobre el suicidio.  • Herramientas para hacer frente a retos de la vida cotidiana.  • Incentivar la búsqueda de ayuda.  •  • Socialización de pasos a seguir y flujograma ante detección de conducta suicida en los establecimientos  educacionales. | * Secretaria de Salud * Secretaria de Comunicación * Instituciones Participantes |

**Fuente:** Estrategias de salud mental, 2020.

**Elaborado por:** Secretaría de Salud- Unidad de Salud Mental

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.

***Tabla 7*** *Principales factores de riesgo asociados al suicidio*

|  |  |
| --- | --- |
| Sistemas de Salud | Barreras para obtener acceso a la atención de salud |
| Social | Acceso a medios utilizables para suicidarse |
| Notificación inapropiada por los medios de difusión |
| Estigma asociado a comportamientos de búsqueda de ayuda. |
| Cultural | Discriminación y exclusión |
| El aumento de la violencia. |
| La violencia de género e intrafamiliar |
| Comunidad | Desastres, guerras y conflictos |
| Estrés por desplazamientos. |
| 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 problemático de alcohol y otras drogas. |
| Pérdida de trabajo y financiera |
| Desesperanza |
| Dolor crónico |
| Antecedentes familiares de suicidio |
| Factores genéticos y biológicos |

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2014

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.

**Acciones 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.

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

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.

Implementación de grupos que comparten una misma problemática de salud mental, bajo supervisión de un profesional que busca modificar ciertas conductas.

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 (recomendable); 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. En el caso de que las sesiones terapéuticas se realicen a menores de edad se efectuará un consentimiento informado, para la firma de los padres de familia o representantes legales, el cual tiene como objetivo explicar el uso y confidencialidad de los datos, así como los derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica, es importante explicar a las personas, cuando es necesario quebrantar el principio de confidencialidad, en los casos en donde se puedan presentar situaciones que pongan en grave peligro la integridad física o mental de algún miembro de la comunidad.
* Grupos de apoyo entres 3 a 6 sesiones (recomendable); 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 de sustancias como parte de la prevención del suicidio y procesos de duelo a familiares que pasaron por alguna pérdida familiar a causa 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.

En caso de identificarse trastornos alimentarios se realizará un trabajo integral coordinado con Proyecto de Prevención de Malnutrición en Quito (PREMAQ), Sistema Metropolitano de Prevención de Adicciones (SIPAQ), psicología y psiquiatría.

Es importante conseguir el apoyo de la comunidad, con la participación de familiares, amigos, colegas, centros de salud para el seguimiento al tratamiento porque estos pueden promover la adhesión a los procesos terapéuticos e incluirles constantemente en actividades de promoción y prevención.

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.

**4. Postvencion. -** El concepto de postvención, alude a todas aquellas acciones que es necesario emprender con la comunidad educativa para:

• Reducir o prevenir el riesgo de réplica del intento o del suicidio consumado por parte de otros

miembros de la comunidad educativa.

• Facilitar una expresión saludable del dolor emocional causado en el caso de pérdida.

• Identificar a estudiantes que se encuentren en potencial riesgo de presentar conducta suicida.

Es importante reconocer la alta vulnerabilidad de los y las estudiantes ante el efecto de contagio del suicidio, el cual ocurre cuando un suicidio consumado gatilla la ocurrencia de otros, pudiendo suceder que se genere efecto de imitación por el cual se considere que el suicidio es un modelo imitable.

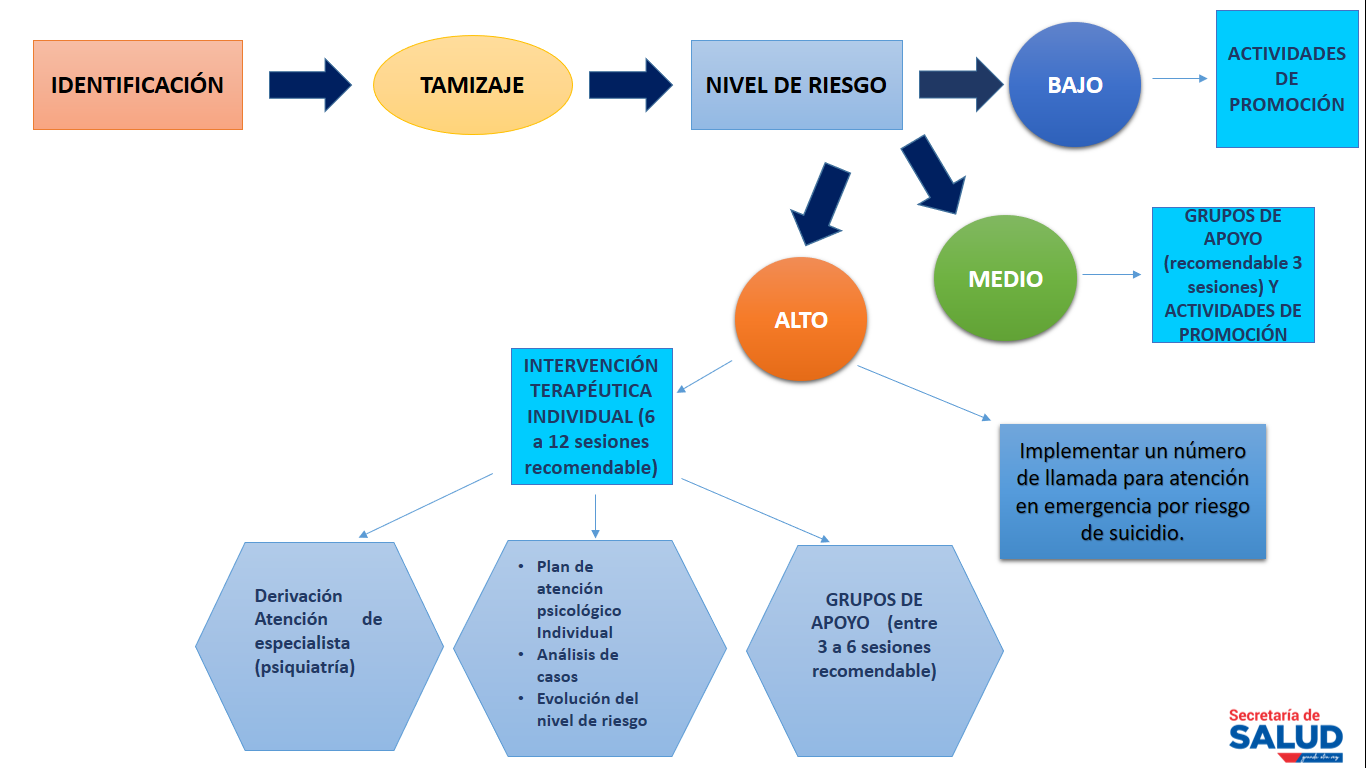
***Tabla 8*** *Actividades de Prevención del suicidio*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| POBLACIONES | ACTIVIDADES | TIPO DE RIESGO IDENTIFICADO | ACCIONES A REALIZAR | INSTITUCIONES INVOLUCRADAS |
| NIÑOS/AS | Identificación del riesgo mediante instrumento de levantamiento de información | Bajo | Actividades de promoción, ferias, conversatorio, información mediante en redes | Unidades Educativas de todo el DMQ, Secretaría de Educación, unidades Metropolitanas de Salud, Centros de Equidad y Justicia, Unidad Patronato Municipal San José, Secretaría de Salud, MINEDUC, MSP y Academia |
| Medio | Actividades de promoción, talleres y grupos de apoyo (recomendado 3) |
| Alto | Derivación a Centros especializados y seguimiento |
| Instituciones identifican el riesgo y reportan a la SS | Medio -Alto | Derivación a Centros especializados y seguimiento |
| ADOLESCENTES | Identificación del riesgo mediante encuesta RAAPS | Bajo | Actividades de promoción, ferias, conversatorio, información mediante en redes |
| Medio | Actividades de promoción, talleres y grupos de apoyo (recomendado 3) |
| Alto | Entrevista psicológica, Pruebas confirmatorias, Derivación a Centros especializados, grupos de apoyo (3 a 6 sesiones recomendado) y seguimiento |
| Instituciones identifican el riesgo y reportan a la SS | Medio -Alto | Derivación a Centros especializados y seguimiento |
| ADULTOS MAYORES | Identificación del riesgo mediante reactivo Escala de depresión Yesavage | Bajo | Actividades de promoción, ferias, conversatorio, información mediante en redes |
| Medio | Actividades de promoción, talleres y grupos de apoyo (recomendado 3) |
| Alto | Entrevista psicológica, Derivación a Centros especializados, grupos de apoyo (3 a 6 sesiones recomendado) y seguimiento |
| Instituciones identifican el riesgo y reportan a la SS | Medio -Alto | Derivación a Centros especializados y seguimiento |
| EMPLEADOS/AS EN PRIMERA LÍNEA | Instituciones identifican el riesgo y reportan a la SS | Medio - Alto | Grupos de apoyo (3 sesiones recomendado), derivación a Centros especializados y seguimiento |
| COMUNIDAD EN GENERAL | Acceso a la atención | Medio - Alto | Información sobre lugares de atención y cómo acceder a ellos.  Número de teléfono de emergencia o ayuda | Secretaria de Salud  Ecu 911  MSP  Universidades |

**Fuente:** Estrategias de salud mental, 2020.

**Elaborado por:** Secretaría de Salud- Unidad de Salud Mental

***Flujograma de Atención***



1. ***Componente de Investigación***

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. 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.

Se analizarán los datos sobre factores de riesgo con el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, con el fin de analizar las casusas de la problemática; con estos datos se espera realizar intervenciones específicas considerando factores tales como género y edad.

Un elemento importante es la incorporación de un documento de consentimiento informado para la participación en protocolos de investigaciones a las poblaciones en cuestión, en donde se proteja los derechos, la imagen y los datos personales.

1. ***Componente de Comunicación***

Se diseñarán productos comunicacionales y mensajes claves, de acuerdo a los grupos de población, edad y género, 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 las redes sociales, medios de comunicación , como canales para la prevención del suicidio.

En el anexo 1 se describe la propuesta de estrategia comunicacional a desarrollar por grupos de edad y género.

* + 1. ***Fase de Monitoreo y Evaluación***

El Monitoreo se realizará permanentemente a las actividades de promoción de la salud mental para evaluar la efectividad de las intervenciones y realizar de ser el caso acciones de mejora. Para el monitoreo se aplicarán varios instrumentos de medición tales como encuestas, entrevistas, grupos focales etc, a fin de medir la calidad de la intervención de las diferentes temáticas por parte de los profesionales.

En un segundo momento, se realizará el monitoreo de las actividades de prevención y atención en salud mental, con la finalidad de verificar si disminuyó o no el riesgo en las personas detectadas y confirmadas, a través del cierre de procesos terapéuticos que reportan los psicólogos clínicos que atendieron los casos.

Como ultima forma de evaluación al Plan de Prevención del suicidio, se tiene el componente con indicadores y metas que se detalla a continuación, la medición de los resultados obtenidos se realizara cada seis meses.

1. ***Componente de Indicadores y Seguimiento***

***Tabla N.9. Indicadores***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INDICADOR | CÁLCULO | META (3 años) |
| No. de personas participan en acciones de promoción en Salud Mental | # de personas de participan en acciones de promoción en Salud Mental | 30.000 personas participan en acciones de promoción en Salud Mental |
| % de derivaciones recibidas en las Instancias de Salud | %° de personas recibidas en las instancias de salud/ Total de personas derivadas x 100 | El 90% de las personas derivadas fueron atendidas por un especialista |
| % de asistencia al proceso terapéutico | %° de personas asistidas en proceso terapéutico al menos en 3 sesiones/ Total de personas en proceso terapéutico x 100 | El 70% de las personas asistieron a un proceso terapéutico al menos 3 sesiones |
| N° de personas que cuentan con planes terapéuticos individuales | N° de personas con Plan terapéutico individual/ Total de personas asistidas x 100 | El 100% de las personas cuentan con un Plan terapéutico individual |
| % 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. |
| Nº de capacitaciones al personal técnico | No. De profesionales capacitados | 5 capacitaciones por personal técnico |
| Nº de publicación realizadas | No. De publicaciones realizadas. | 3 publicaciones realizadas |
| Nº de campañas educomunicacionales | No. De campañas socializadas. | 6 campañas socializadas |
| No. De acciones de coordinación inter e intrainstitucional | No. De reuniones de coordinación  No. De talleres | 12 acciones de coordinación |

1. ***REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

* Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez. (2006). *Depresión*. *http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf*
* Asamblea Nacional del Ecuador. (2010). *Código Orgánico de Organización, Territorial, Autonomía y Descentralización.* <http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_org.pdf>
* 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>
* Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *CASO GUZMÁN ALBARRACÍN Y OTRAS VS. ECUADOR.* Costa Rica
* CONTEMPORÁNEAS, S. D. (29 de Abril de 2017). *Enfoque. Obtenido de* https://www.usfq.edu.ec/sites/default/files/2020-07/enfoque\_2016\_04.pdf
* 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.](https://www.elcomercio.com/actualidad/violencia-homicidios-tasa-sudamerica-ecuador.html)
* Expreso. (2019). *Una radiografía a la violencia machista en Ecuador. Recuperado de:* <https://www.expreso.ec/actualidad/radiografia-violencia-machista-ecuador-1892.html>
* Fiscalía 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/>
* Guendel, Ludwig. (1999). *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los Derechos Humanos: la búsqueda de una nueva utopía.* UNICEF-Costa Rica, San José.
* INEC. (13 de Noviembre de 2019). *ENCUESTA NACIONAL SOBRE RELACIONES FAMILIARES Y VIOLENCIA DE GENERO CONTRA LAS MUJERES*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\_Sociales/Violencia\_de\_genero\_2019/Documento%20metodologico%20ENVIGMU.pdf
* 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 Educación. (2020). *Protocolo y rutas de actuación frente a situaciones de violencia detectadas o cometidas en el sistema educativo.* Quito- Ecuador.
* Ministerio de Gobierno. (2019). *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/>
* Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. (20 de Mayo de 2018). *Plan Nacional de Movilidad Humana. Recuperado* el 13 de 10 de 2020, de <https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2018/06/plan_nacional_de_movilidad_humana.pdf>
* Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. (2018, Mayo 20). *Plan Nacional de Movilidad Humana*. Retrieved 10 13, 2020, from <https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2018/06/plan_nacional_de_movilidad_humana.pdf>
* 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.* Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1>
* Organización Mundial de la Salud (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020.* Ginebra: OMS.
* OIM. (Mayo de 2016). *Gestión Fronteriza Integral en la Subregión Andina. Módulo de capacitación para una gestión fronteriza integral que garantice los derechos humanos de las personas en movilidad y combata la trata de personas y el tráfico ilícito de migrantes.* Lima: Primera edición, Lima.
* OMS (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global.* Recuperado de: https://www.who.int/mental\_health/suicide-prevention/world\_report\_2014/es/
* 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/>
* 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)
* Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). *DEPRESIÓN Y SUICIDIO 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental.* Madrid-España.
* Suarez, Y. Restrepo, D. Caballero, C y Palacio, J. (2018). *Exposición a la Violencia y Riesgo Suicida en Adolescentes Colombianos. Colombia. 36* (2). Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082018000200101>
* UNICEF. (2019). *Evaluación multi- país de las intervenciones de UNICEF en la región de América Latina y el Caribe (LRPS 2018- 9144552).* Quito- Ecuador.
* World Health Organization (WHO) (2014a). *Preventing suicide: a global imperative, CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l’Association medicale canadienne*. Ginebra: WHO.

1. ANEXOS

**Anexo 1. ESTRATEGIAS COMUNCACIONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de Estrategia: “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”  Descripción de la publicación:  *#QUITOPREVIENEELSUICIDIO*  Eslogan: Quito te anima a vivir  El mensaje va dirigido a la población de niños de la ciudad de Quito.  La Secretaría de Salud en conjunto con las Administraciones Zonales del DMQ trabaja en: | | |
| POBLACIÓN A LA CUAL VA DIRIGIDO EL MENSAJE | **CONTENIDO** | **COOPERANTES** |
| NIÑOS | 1. **ACCIONES EN TERRITORIO**   **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  **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.  **Estos consejos pueden ayudar a prevenir en los niños:**  -Depresión infantil  -Abuso sexual y violencia  -Problemas de autoestima y/o inseguridad  -Accidentes que pongan en riesgo su vida  -Inestabilidad.  **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN**  *“En cada niño se debería poner un cartel que dijera: Tratar con cuidado, contiene sueños” (Mirko Badiale).*   1. **ACCIONES EN TERRITORIO**   **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  **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.  **Estos consejos pueden ayudar a prevenir 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.  **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN**  *“Es más fácil construir niños fuertes que reparar adultos rotos” Frederick Dougla* | Secretaría de Educación  Secretaría de Inclusión  Secretaría de Seguridad  Unidad Patronato Municipal San José  Ministerio de Salud Pública  Ministerio de Educación  Consejo de Protección de Derechos  Academia  Colegio de Psicólogos Clínicos de Pichincha |
| ADOLESCENTES | 1. **ACCIONES EN TERRITORIO**   **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”  **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  **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)*  **2. ACCIONES EN TERRITORIO**  **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”  **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES**  **Consejos para fomentar 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.  **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN**  *“Practica el arte de encontrar lo positivo de todas las cosas, personas, lugares y acontecimientos”* |
| PADRES DE FAMILIA | **ACCIONES EN TERRITORIO**  **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  **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  **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN**  *“La familia es la brújula que nos guía; la inspiración para llegar a grandes alturas y nuestro consuelo cuando fallamos”* |
| ADULTOS MAYORES | **ACCIONES EN TERRITORIO**  **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.  **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.  **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  **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”* |
| FUNCIONARIOS EN PRIMERA LÍNEA | **ACCIONES EN TERRITORIO**  **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  **INFORMATIVO EN REDES SOCIALES**  Habilidades que te pueden ayudar a 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  **FRASES DE CONCIENTIZACIÓN**  *“Una buena salud mental, genera un buen ambiente laboral”* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de Estrategia: “ÉCHALE UNA MANO A LA SALUD MENTAL”  Descripción de la publicación:  *#QUITOPREVIENEELSUICIDIO*  Eslogan: Quito te anima a vivir  El mensaje va dirigido a la población general de la ciudad de Quito. | | |
| POBLACIÓN A LA CUAL VA DIRIGIDO EL MENSAJE | **CONTENIDO** | **COOPERANTES** |
| TODA LA POBLACIÓN | **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.  **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.  **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 | Secretaría de Educación  Secretaría de Inclusión  Secretaría de Seguridad  Unidad Patronato Municipal San José  Ministerio de Salud Pública  Ministerio de Educación  Consejo de Protección de Derechos  Academia  Colegio de Psicólogos Clínicos de Pichincha |

**Anexo 2. SEÑALES DE ALERTA ANTE EL RIESGO EN EL SUICIDIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Factores de riesgo | Sociedad | Fácil acceso a medios para cometer suicidio | |
| Estigmatización sobre la ayuda | |
| Comunidad | Desastres, Guerras, Conflictos, Pandemias | |
| Estrés por desplazamientos | |
| Discriminación | |
| Traumas – Abuso | |
| Relaciones | Falta de apoyo | |
| Pérdidas y/o relaciones conflictivas | |
| Individuales | Intentos de suicidio anteriores | |
| Consumo abusivo de alcohol y/o drogas | |
| Dificultades familiares, laborales y/o financieras | |
| Trastornos mentales | |
| Dolor crónico – enfermedades | |
| Factores genéticos | |
| Antecedentes familiares de suicidio | |
| Señales de alerta | Expresiones directas | Desearía estar muerto/a | |
| Me voy a matar | |
| Voy a acabar con todo | |
| Expresiones indirectas | A nadie le importa si vivo o muero | |
| ¿Será que duele morir? | |
| Mi vida no tiene esperanza | |
| Me gustaría dormir y nunca despertar | |
| Advertencias escritas | Notas o historias sobre sus pensamientos suicidas | |
| Manifestaciones de Depresión | Sentimientos de tristeza, desesperación o aislamiento | |
| Disminución de su desempeño | |
| Perdida de placer o interesen actividades sociales | |
| Dormir poco o demasiado | |
| Cambios en el peso o apetito | |
| Nerviosismo, agitación o irritabilidad | |
| Abuso de sustancias | |
|  | | Regalar Posesiones |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué hacer? ¿Cómo ayudar?** | Toma seriamente el comportamiento y discusión frente a la muerte |
| Alienta a la persona a buscar ayuda profesional |
| Escucha sin juzgar ni debatir |
| Reconoce los signos de alerta |
| No seas cómplice de ese tipo de secretos |
| Aleja cualquier objeto o material con el que pueda hacerse daño |
| Provee soluciones con buen criterio |
| Comunícate con un familiar cercano o llama a números de emergencia |

**Anexo 3. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**Interculturalidad:** Lo intercultural hace referencia a la pluralidad de culturas que conviven y comparten. El DRAE define el término como concerniente “a la relación entre culturas”. La Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales de la UNESCO define la interculturalidad como “la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo”. Esta es la definición que utiliza el Reglamento para la difusión de contenidos interculturales. A pesar de que este concepto no hace alusión únicamente a grupos étnicos, el reglamento se centra en ellos (CONTEMPORÁNEAS, 2017)

**Intergeneracional:** Son las relaciones entre personas de distinta generación en una misma etapa de la vida. Son beneficiosas tanto para las personas mayores como las jóvenes, tanto para los adultos como para los niños. Una generación es tradicionalmente calculada en 20 años. Así por ejemplo las diferentes opiniones respecto de la música, entre jóvenes de 20 años y adultos de 40 o más se da como resultado de la llamada "brecha intergeneracional" porque es algo común que afecta a dos generaciones diferentes y es referido a un mismo tema.

**Movilidad Humana:** La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) la define como “la movilización de personas de un lugar a otro en ejercicio de su [derecho a la libre circulación](https://diccionario.cear-euskadi.org/derecho-a-la-libre-circulacion/)”. Se trata de “un proceso complejo y motivado por diversas razones (voluntarias o involuntarias), que se realiza con la intencionalidad de permanecer en el lugar de destino por períodos cortos o largos, o, incluso, para desarrollar una movilidad circular. Este proceso implica el cruce de los límites de una división geográfica o política, dentro de un país o hacia el exterior” (OIM, 2016).

**Género:** El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria (OMS, 2015).

**Enfoque de derechos:** El Enfoque de Derechos, tiene su génesis en la búsqueda de la redefinición del desarrollo social en general y del desarrollo humano en particular y, lógicamente, en la redefinición de la esencia y formas de la política social. Es el esfuerzo orientado a articular una nueva ética con políticas públicas a nivel social y judicial y privadas, es lo que se ha denominado como el enfoque de derechos humanos. Esta procura construir un orden centrado en la creación de relaciones sociales basadas en el reconocimiento y respeto mutuo y en la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social. (...) buscando construir mecanismos jurídicos y políticos que transformen las instituciones, y consecuentemente la vida social y cotidiana de las personas con base en una nueva ética del desarrollo humano.” (Guendel; 1999).

**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 trastornos mentales:** La prevención está dirigida a evitar el sufrimiento psíquico 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.

**Factores de protección:** Hacen referencia a aquellas condiciones que mejoran la resistencia de las personas frente a los riesgos y contribuyen a reducir su impacto. (OMS, 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**: herramientas que se relacionan con la salud mental del individuo, como el manejo de emociones, 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, y 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).

**Ofensa:** Es la acción y el efecto de ofender ya sea porque se hizo algo o porque se dejó de hacer. Cuando esta ofensa daña o menoscaba un bien jurídico protegido es sancionada por el Estado, es decir, se recurre al ámbito judicial.

**Pluriofensa:** Es la acción y el efecto de ofender y dañar a más de un bien jurídico protegido a la vez. Por ejemplo, los delitos sexuales son delitos pluriofensivos porque afectan la integridad sexual, física y psicológica además del derecho de libertad.

**Violencia física:** Todo acto u omisión que produzca o pueda ocasionar daño o sufrimiento físico, dolor o muerte, así como cualquier otra forma de maltrato o agresión, castigos corporales, que afecte la integridad física, provocando o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas, esto como resultado del uso de la fuerza o de cualquier objeto que se utilice con la intencionalidad de causar daño y de sus consecuencias, sin consideración del tiempo que se requiera para su recuperación.

**Violencia psicológica**: Cualquier acción, omisión o patrón de conducta dirigido a causar daño emocional, disminuir la autoestima, afectar la honra, provocar descrédito, menospreciar la dignidad personal, perturbar, degradar la identidad cultural, expresiones de identidad juvenil o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, encierros, aislamiento, tratamientos forzados o cualquier otro acto que afecte su estabilidad psicológica y emocional.

La violencia psicológica incluye la manipulación emocional, el control mediante mecanismos de vigilancia, el acoso u hostigamiento, toda conducta abusiva y especialmente los comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir, intimidar, chantajear y vigilar a la mujer, independientemente de su edad o condición y que pueda afectar su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica; o, que puedan tener repercusiones negativas respecto de su empleo, en la continuación de estudios escolares o universitarios, en promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él. Incluye también las amenazas, el anuncio verbal o con actos, que deriven en un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial, con el fin de intimidar al sujeto de protección de esta Ley.

**Violencia sexual:** Toda acción que implique la vulnerabilidad o restricción del derecho a la integridad sexual y a decidir voluntariamente sobre su vida sexual y reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza e intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares y de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada, la trata con fines de explotación sexual, el abuso o acoso sexual, la esterilización forzada y otras prácticas análogas.

También es violencia sexual la implicación de niñas y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a ellas, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que lo une a la niña o adolescente, por su ubicación de autoridad o poder; el embarazo temprano en niñas y adolescentes, el matrimonio en edad temprana, la mutilación genital femenina y la utilización de la imagen de las niñas y adolescentes en pornografía.

**Violencia y acoso entre pares en el ámbito escolar** (Estudio sobre Violencia entre pares en el sistema educativo: Una mirada en profundidad al acoso escolar en el Ecuador, UNICEF y MINEDUC, 2019)**:** La práctica de la violencia escolar entre pares y el acoso escolar se caracterizan por ser actos de violencia verbal, psicológica y física, expresados a través de acciones específicas como: insultos o apodos ofensivos, difusión de rumores o secretos personales, mensajes amenazantes o insultantes por medios electrónicos, golpes y la sustracción de pertenencias.

Entre ambos términos, el acoso escolar se diferencia por ocurrir de forma reiterativa e intencional, es decir, cuando un estudiante se enfrenta a una misma forma de intimidación o violencia ocasionada por otro estudiante más de tres veces durante un quimestre.

**Violencia económica y patrimonial** (LOIPEVM)**:** Es toda acción u omisión que se dirija a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos y patrimoniales de las mujeres, incluidos aquellos de la sociedad conyugal y de la sociedad de bienes de las uniones de hecho, a través de:

1. La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes muebles o inmuebles

2. La pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales

3. La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o la privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias

4. La limitación o control de sus ingresos

5. Percibir un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.