Plan de prevención del suicidio en niños,

niñas, adolescentes y adultos mayores en el

Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) con enfoque de promoción del Derecho a la Salud 2021-2023

**Diciembre, 2020**

**Noviembre 2020**Í N D I C E

[1. ANTECEDENTES 4](#_Toc58590270)

[2. PROBLEMATIZACION DEL SUICIDIO 5](#_Toc58590271)

[2.1. Factores protectores y obstaculizadores de la salud mental, especialmente en suicidio 8](#_Toc58590272)

[2.2. Algunos datos sobre suicidio en el DMQ. 9](#_Toc58590273)

[3. MARCO LEGAL 15](#_Toc58590274)

[4. PLAN EN EL MARCO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO 18](#_Toc58590275)

[4.1. Enfoques: 18](#_Toc58590276)

[4.2. Actores 18](#_Toc58590277)

[4.3. Objetivo general 19](#_Toc58590278)

[4.4. Líneas de acción estratégicas 19](#_Toc58590279)

[4.5. Marco lógico por cada línea 20](#_Toc58590280)

[5. BIBLIOGRAFIA 25](#_Toc58590281)

[6. ANEXOS 28](#_Toc58590282)

[Anexo 1. Glosario de términos 28](#_Toc58590283)

[Anexo 2. Flujograma de atención y tamizaje para la detección del nivel de riesgo 30](#_Toc58590284)

[Anexo 3. Flujo de atención de llamadas emergentes de riesgo suicida 31](#_Toc58590285)

[Anexo 4. Herramientas de medición psicológica para realizar el tamizaje 32](#_Toc58590286)

**ÍNDICE DE TABLAS**

**Tabla 1**. Factores protectores y de riesgo de salud mental…………………………...….9

**Tabla 2.** Defunciones por suicidio por grupos de edad y sexo en Ecuador, 2019................……………………………………………………………………………..…..10

**Tabla 3.** Causas de defunción por trastornos mentales y del comportamiento según sexo. DMQ 2018*.*…………………..……………………………………………...………………..…10

**Tabla 4**. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y de comportamiento, por edad. DMQ, 2018..................................................................................................………………….....11

**Tabla 5.** Emergencias relacionadas con suicidios e intento de suicidios por meses y cantones, año 2020.……………………………………..………………………………………………...12

**Tabla 6.** Emergencias relacionadas con suicidios e intentos de suicidios en Pichincha por Distritos y porcentajes, año 2020………………………………………………………………...13

**Tabla 7**. Reloj de datos de emergencias de suicidios e intento de suicidios en las Administraciones Zonales DMQ. Corte de 20 de diciembre de 2020.………………………...13

**Tabla 8**. Población Venezolana en el DMQ ………….………………………………………….15

**Tabla 9.** Tamizaje de riesgo en salud mental en adolescentes en UEM por año y por áreas de riesgo identificadas……………………………………………………………………………..16

**Tabla 10.** Distribución de las áreas con mayor riesgo 2018 y 2019………………………….16

**Tabla 11.** Actores que intervienen en el desarrollo del plan para el DMQ…………………...20

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1.** Determinación social en suicidio desde la política pública…………………………5

**Gráfico 2**. Emergencias relacionadas por suicidio e intentos de suicidios por meses en el DMQ, 2020…………………………………………………………………………………………..14

**Gráfico 3.** Sistema de Protección Integral de Derechos…………………………….…………18

# 1. ANTECEDENTES

El Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), conforma la Comisión Ocasional de Análisis del Suicidio Adolescente[[1]](#footnote-1) para profundizar en el tema del suicidio que muestra una tendencia creciente en el cantón, y amerita acciones públicas.

En julio de este año, la Comisión de Igualdad, Género e Inclusión Social del DMQ, mediante la resolución 068, solicita la realización del “Plan de salud mental y prevención del suicidio para el DMQ con mayor atención en los Grupos de Atención Prioritaria con prioridad a los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, en el cual además se incluya la atención a los funcionarios de primera línea y el trabajo articulado con las redes de las universidades”; desde el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) especialmente desde la Secretarías de: Salud; Educación, Recreación y Deportes; e Inclusión Social, se recomienda el apoyo de la Universidad UTE y la vinculación con las redes académicas.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS 2019) alerta sobre el suicidio en el mundo, que constituye una de las tres causas de muerte no accidental y afirman que, por cada persona que muere por suicidio, 25 más han intentado suicidarse (2014). En el Ecuador se reportan 13.024 suicidios en 14 años, con una tasa en aumento entre 4.3 a 7.1 por cada 100.000 habitantes, en los años 2001 y 2015 respectivamente (Betancourt, 2008).

En el DMQ, desde el inicio de la pandemia se conoce de 13 suicidios y 47 intentos de suicidio; siendo Quito una de las ciudades con mayor número de incidencias según el reporte de ECU 911 (2020). Este aumento puede relacionarse con las medidas de aislamiento que han afectado la salud mental de las personas.

Se debe señalar que, desde la Secretaría de Salud se han atendido a tres familias en contexto de suicidio y se han abordado a tres instituciones educativas en donde se ha identificado alertas de riesgo suicida. Al menos 900 estudiantes de diferentes edades han sido sensibilizados sobre esta problemática, que da cuenta de un aumento de la angustia, la ansiedad y la depresión, que, sumadas a la violencia, los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, y las sensaciones de pérdida, son elementos que incrementan el riesgo de suicidio, constituyéndose en un problema complejo cuya comprensión y resolución amerita esfuerzos intersectoriales y participativos.

La Secretaría de Salud en el marco del Sistema de Protección de Derechos ha mantenido reuniones con otras instancias del MDMQ e incluso con Instancias del Gobierno Central, específicamente con la coordinación zonal 9 del Ministerio de Salud Pública (MSP), para presentar este plan que se centra en profundizar en la comprensión del suicidio y fortalecer las acciones que se han venido brindando desde una perspectiva de Derechos y de coordinación intersectorial.

Se debe resaltar además que el presente documento recoge las observaciones presentadas por: la Comisión Ocasional de Análisis del Suicidio Adolescente del Consejo de Protección de Derechos del DMQ, por la Concejala Metropolitana Gissela Chalá en su calidad de Presidenta de la Comisión de Igualdad, Género e Inclusión Social del MDMQ, y por la Secretaría de Inclusión del MDMQ.

El Plan presenta: i) problematización sobre el suicidio, ii) el marco legal que sustenta este trabajo en el marco del Sistema de Protección Integral de Derechos, iii) algunas aproximaciones al quehacer de las diferentes instancias involucradas y, iv) define el marco lógico de actuación desde la Secretaría de Salud.

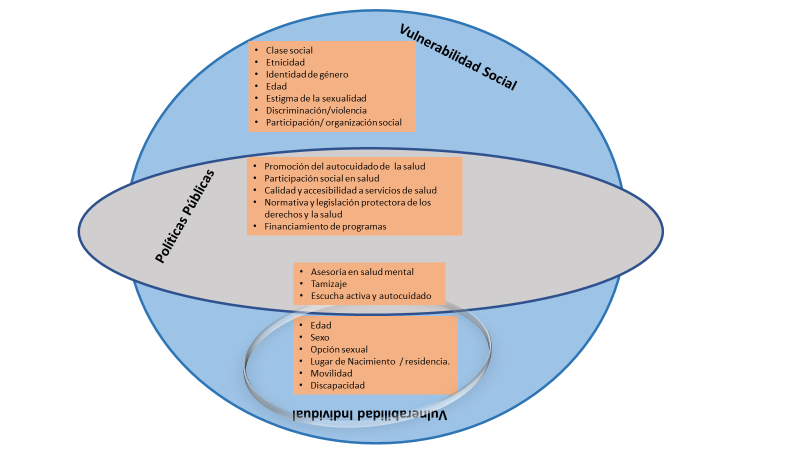
# 

# 2. PROBLEMATIZACIÓN DEL SUICIDIO

La Secretaría de Salud del MDMQ asume en el abordaje del suicidio con un enfoque de **determinación**, y para hacerlo desde un paradigma de política pública, plantea un análisis de potencialidades y vulnerabilidades en tres ámbitos (social, individual y políticas públicas), en tanto asume las dimensiones sociales, de política y culturales que en un proceso de determinación, vulnerabiliza o potencia a los diversos sujetos de derechos; que desde un ámbito individual suman y restan factores protectores para la salud y la vida, en una sociedad desigual, excluyente, estigmatizante y discriminante por diversas razones de género que incluye la diversidad sexo-genérica, edad, etnia, movilidad, discapacidad, religión, entre otras.

Esta compleja determinación desde lo social a lo individual plantea una interacción con la política pública que a corto, mediano y largo plazo puede reducir el suicidio y exige un entendimiento de como ocurre, con abordaje interdisciplinario-intersectorial y ante todo participativo con los grupos sociales involucrados (familia, niñas y niños, jóvenes y adolescentes, mujeres) (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Determinación social en suicidio desde la política pública



Elaboración. Dra. Zaida Victoria Betancourth

Las investigaciones y la información en el país son escasas. En las siguientes líneas se hará referencia a algunas de ellas:

Una de las primeras referencias innovadoras es de Émile Durkheim que, en 1897 presentó un estudio sociológico del suicidio, y posicionó las causas sociales del hecho más que una tipología de la persona que intenta suicidarse.

En el 2018, el estudio “Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador” estableció algunos elementos de análisis para entender por qué los adolescentes toma la decisión de quitarse la vida, entre los que se destacan: a) se producen importantemente en mestizos, b) las formas de suicidio más frecuente son ahorcamiento y envenenamiento por pesticidas, d) el envenenamiento por pesticidas se presenta un poco más a nivel rural y recomiendan conforme a la experiencia en otros países de limitar el acceso a pesticidas, e) la falta de acceso a servicios integrales que incluyan salud mental y el hecho de que algunos jóvenes y adolescentes tengan depresión pueden ser determinantes en el suicidio, f. (Gerstner 2018)

En el comportamiento suicida por sexo añade el estudio que, en mujeres, el envenenamiento y el ahorcamiento son las formas más frecuentes, y en los hombres los ahorcamientos, el envenenamiento con pesticidas y los disparos. El suicidio es mayor en los hombres, similar a lo que reporta en otros países, pues las mujeres cometen más intentos suicidas, esto se conoce como “paradoja del suicidio”

(…) los hombres tienden a usar métodos “fuertes”, que causan una muerte instantánea, como el ahorcamiento, los disparos o los saltos desde un lugar elevado, mientras que las mujeres suelen escoger métodos de acción lenta, como medicamentos y otros productos químicos de uso industrial o doméstico, que, al producir una muerte más lenta, ofrecen más oportunidades de salvar la vida (Gerstner 2018:14).

Este estudio destaca la dificultad de obtener registros y la identificación de algunos suicidios que pueden colocarse como: “accidentes automovilísticos, sobredosis de drogas, ahogamientos, caídas”, así como el estigma social que supone para las familias (Gerstner 2018).

**Suicidio y violencia contra la mujer**

La violencia estructural que va desde el desempleo hasta la violencia contra la mujer son elementos que se relacionan con el suicidio. La OMS plantea que el 25% de suicidios se relacionan con la violencia basada en género, en donde el femicidio es la punta del iceberg de las víctimas que no importan, en tal sentido se afirma que una mujer que sufre violencia tiene 5 veces más riesgo de suicidarse.

Adicionalmente se plantea que el suicidio en las mujeres violentadas es el crimen perfecto, pues quien lo produce queda inmune, en España se lo llama “SUICIDIO MACHISTA”. La situación es tan compleja que, en los últimos casos reportados de femicidios, el femicida se suicida.

La relación entre suicidio con femicidio y violencia contra la mujer, queda dibujada en el estudio de 2011, sobre “Femicidio en el Ecuador” en donde se dice que muchos aparentemente suicidios fueron femicidios, y esto ocurre porque “los femicidas intentan ocultar el crimen haciéndolo pasar como un suicidio” o porque “las mujeres llegan a quitarse la vida como resultado de diversas manifestaciones de violencia”.

Llama la atención que, en algunos registros de muertes naturales en mujeres en el 2007, tienen como causa cirrosis por posible adicción con alcohol y drogas, que pueden derivarse por su situación de violencia. (Carcedo, 2011:71).

(..) Los suicidios en los que no se sospecha que fueron escenas simuladas, se inscriben 6 muertes de mujeres que se producen en un contexto de violencia de pareja y otras 2 ligadas a la violencia sexual. En estas últimas se trata de dos adolescentes de 16 y 19 años; la mayor manifestaba repetidamente querer quitarse la vida después de haber sido violada años atrás; la menor se suicida cuatro días después de haber sido violada por un profesor de colegio de 25 años, el cual posteriormente fue condenado a 16 años de cárcel por tal hecho. (Carcedo, 2011:71).

Se desprende de todo esto la necesidad de que la investigación académica, la policial y la forense permitan dar cuenta de estas situaciones, acogiendo conceptos y procedimientos que logren no solo cerrar algunos portillos para que los femicidios no queden impunes. (Carcedo 2011:72).

En efecto, esta recomendación del 2011 sigue vigente, pues es necesario profundizar en investigaciones que relacionen el suicidio en mujeres, en niños, niñas y adolescentes que se desenvuelven en un mundo adultocéntrico en donde los maltratos, violaciones (incestos, abusos sexuales en el entorno educativo) discrimen y estigmatización trascurren en silencio y pueden mostrarse en los embarazos en adolescentes en menores de 14 años que son altos, o en suicidios que acaban de invisibilizar la connotación de género de esta vidas perdidas.

Se destaca que en el Ecuador el embarazo en niñas menores de 14 años está ligado a la violencia sexual, por tanto, es un grave problema de salud pública, de violencia de género contra la mujer, que vulnera los derechos humanos de las niñas. Quito ocupa el tercer lugar de incidencia en ***embarazo en adolescentes*** entre las siete ciudades más grandes del Ecuador con 14.4% de embarazos en niñas y adolescentes entre 12 y 18 años de edad.

Él me hizo tanto daño, dicen que lo que él me hizo fue una violación, porque él tiene 58 años, pero yo no lo veo así, porque creo que una violación es a la fuerza, pero no fue a la fuerza, fue a mi voluntad, pero la ley dice que fue una violación. Igual no me gustó (Testimonio de niña de 14 años. Desafío)

La última Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres-ENVIGMU del año 2019 establece que el 65% de mujeres en el Ecuador, han experimentado por lo menos un hecho de algún tipo de violencia en alguno de los distintos ámbitos (familiar, laboral, educativo, social) a lo largo de su vida y el 32% afirman haber experimentado en los últimos 12 meses. Cabe destacar que en Pichincha es del 37.8%, esto es más alto que el nacional con un 32% (INEC 2019).

Esta encuesta muestra también que la violencia en todos los ámbitos (familiar, laboral, educativo y social) incluye importantemente la violencia sexual y que un buen porcentaje de mujeres no denunciaron (INEC 2019).

El Consejo de Igualdad Intergeneracional (CNII) menciona que el 33% de NNA (niños, niñas y adolescentes) 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.

En el ámbito de violencia sexual en las escuelas y colegios hay que destacar lo ocurrido en Guayaquil hace 18 años, el suicidio de Paola Guzmán una joven de 16 años, abusada sexualmente por el vicerrector de su colegio, ella terminó embarazada. En este año (2020), la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha reconocido como el primero caso de violencia sexual en el contexto educativo y responsabilizó al Estado Ecuatoriano por la violencia sufrida.

El estudio que analiza estadísticas de registros de noticias del delito (Cordero y otros, 2020) señala que:

● 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. Esto corresponde a un determinante en la salud y un eminente riesgo de suicidio.

**Otras referencias importantes**

Algunos estudios consideran que las adicciones son factores desencadenantes de suicidio, y refieren que el consumo de alcohol y otras drogas, están presentes en un 63% de los intentos de suicidio. Igualmente, los trastornos de ansiedad se evidencian en el 70% de los suicidios (CC. Aguirre 2018:23).

La discapacidad se relaciona con el intento de suicidio independientemente de la existencia de un problema de salud mental, y tiene que ver con la restricción que presentan en las relaciones sociales y la participación. Cabe destacar que las secuelas de intento de suicidio afectan el estado de salud de las personas y producen discapacidad o agravan la misma (OPS, 2014)

Finalmente, un intento de suicidio lleva a la persona a mayor aislamiento social, por rechazo de las personas de su contexto inmediato y alteraciones funcionales dependiendo del método empleado, que limitan la ejecución de actividades de la vida cotidiana.

## 2.1. Factores protectores y obstaculizadores de la salud mental, especialmente en suicidio

Desde la salud mental se pueden establecer algunos factores protectores y de riesgo que permiten tener una referencia para acciones de prevención del suicidio a nivel individual y en los entornos diversos, sin embargo, es importante situar que las personas no son entes aislados por tanto su determinación social incide en la posibilidad de predecir la limitación de un riesgo que provoca estrés prolongado, ansiedad, miedo y afecta las habilidades para vivir (ver tabla 1).

Cabe destacar que los factores protectores son elementos 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, y las habilidades de las personas para vivir.

***Tabla 1.*** *Factores protectores y de riesgo de salud mental*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Factores de riesgo** | **Factores protectores** |
| Sociedad y comunidad | Desastres, Guerras, Pandemias  Desplazamientos  Discriminación  Crisis económica, precariedad y pobreza  Fácil acceso a medios para cometer suicidio  Estigmatización sobre la ayuda de atención mental. | Solidaridad  Inclusión  Igualdad  Diversidad |
| Sistema de protección | Vulneración de derechos  Omisiones en los procesos  Falta de voluntad de gestores  Impunidad | Protección de víctimas y testigos  Efectividad en procesos  Protección en derechos (género) |
| Entornos laborales | Conflicto familia-trabajo  Mobbing  Violencia Laboral y acoso sexual  Síndrome de Burnout  Deterioro del clima laboral | Empatía  Manejo de tensión y estrés |
| Entornos educativos | Violencia y abuso sexual  Intimidación bullying y rechazo entre pares  Pandillas | Pensamiento creativo y crítico  Empatía |
| Familia | Violencia intrafamiliar.  Adicciones (cigarrillo, alcohol, drogas).  Problemas económicos  Problema conyugal‑separación.  Hogares monoparentales  Muerte de un miembro del grupo familiar. | Comunicación asertiva  Resolución de conflictos sin violencia |
| Individuales | Intentos de suicidio anteriores  Consumo de cigarrillo, alcohol y drogas  Trastornos mentales  Bajo rendimiento escolar  Pérdida de relaciones  Falta de apoyo | Resiliencia  Manejo de emociones  Autoestima  Hábitos para la salud y la vida |

Elaborado por: Secretaría de Salud- Salud Mental

Fuente: (López, 2016)

Cabe destacar que, en la pandemia actual, el malestar psicológico ha aumentado por la incertidumbre, por la preocupación por contraer una enfermedad grave o por el miedo a perder seres queridos. **La depresión y la ansiedad ha aumentado específicamente en adolescentes y personas vulnerabilizadas.**

Esta tendencia es mayor en personas que tienen síntomas o han sido diagnosticados de la COVID-19, o por la soledad del confinamiento, en mujeres existe mayor carga de trabajo y se ha reportado violencia contra la mujer e incluso femicidios. La inestabilidad laboral ha provocado mayores ideas autolíticas llegando en algunos casos al suicidio. En general, los sentimientos de confianza y optimismo disminuyeron.

## 2.2. Algunos datos sobre suicidio en el DMQ.

En el Ecuador, en el año 2019 ocurrieron 1193 suicidios. La razón hombre mujer es de 3.85, en tal sentido la letalidad es mayor corroborando los estudios existentes que relacionan el tipo de suicidio que usan los hombres (uso de arma de fuego, ahorcamiento) pues las mujeres reportan intentos de suicidio fallidos.

Los datos de la tabla 2, muestran que el suicidio se presenta en ambos casos en la población económicamente activa, lo que significa que hay años perdidos por este evento.

***Tabla 2.*** *Defunciones por suicidio por grupos de edad y sexo en Ecuador, 2019.*

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MUJERES** | | | **HOMBRES** | | |
| **Causas** | **Frecuencia** | **%** | **Tasa\*100.000 habitantes** | **Frecuencia** | **%** | **Tasa\*100.000 habitantes** |
| **F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactiva** | **1** | **0,30%** | **0** | **1** | **0,50%** | **0** |
| **G40 Epilepsia** | **45** | **14,30%** | **2** | **32** | **14,50%** | **2** |
| **X64 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicos** | **2** | **0,60%** | **0** | **7** | **3,20%** | **1** |
| **X70 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación** | **0** | **0,00%** | **0** | **132** | **60,00%** | **10** |
| **X80 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado** | **0** | **0,00%** | **0** | **12** | **5,50%** | **1** |

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

La principal causa de muerte en las mujeres son por epilepsia, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactiva.

Las estadísticas demuestran que los hombres registran un mayor caso de defunciones, se puede analizar que las principales causas de muerte son las lesiones auto infligidas por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (suicidio). En consecuencia, se sostiene que, en el caso de los hombres, el hecho de no reconocer la depresión, la negativa a pedir ayuda y la inestabilidad en los ingresos son fuentes de sufrimiento que pueden convertirse en una amenaza en su estado emocional, por lo cual, mientras las mujeres emplean más el envenenamiento y el consumo de medicamentos, los hombres se valen de métodos más letales, como el ahorcamiento, los objetos punzantes y lanzarse de puentes.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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

Estos suicidios pueden ser prevenibles, pues los egresos hospitalarios muestran un porcentaje alto de trastornos emocionales (depresivos, ansiedad) lo que amerita que el servicio de salud realice seguimiento de estos casos incluso en domicilio (Ver tabla 4).

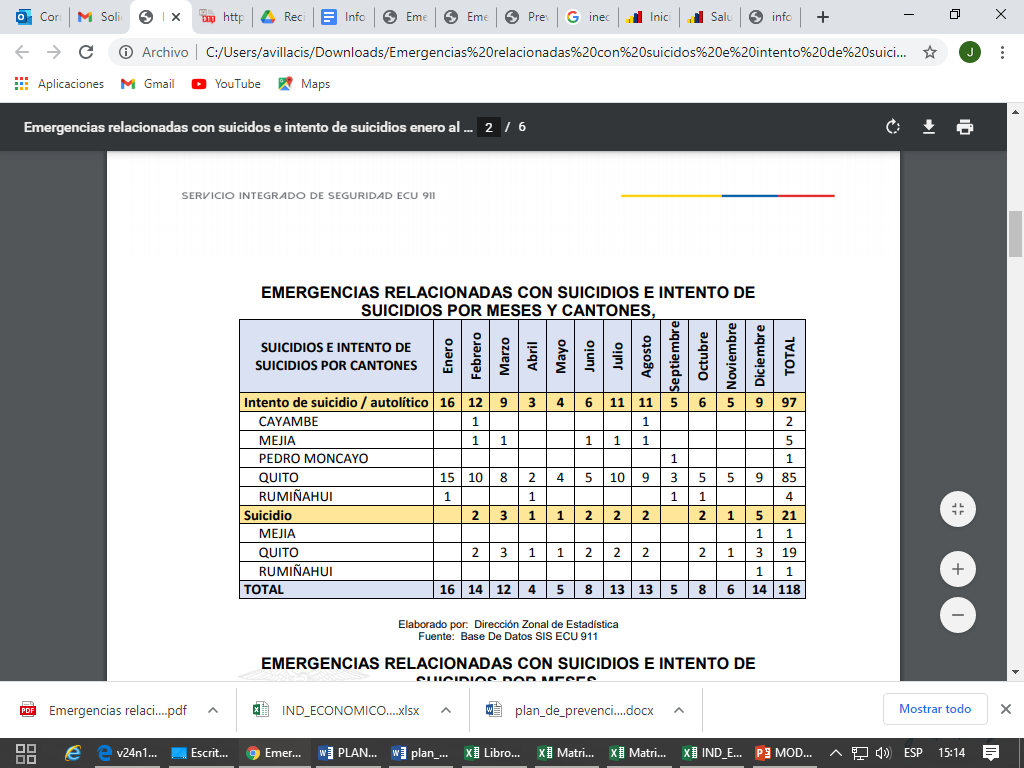
La preexistencia de depresión y ansiedad constituyen un factor de riesgo importante para la conducta suicida lo que se potencia frente a elementos como: consumo de sustancias, violencia, abuso sexual, entre otros.

Según García y Aroca. (2014), el riesgo de suicidio de los pacientes diagnosticados con depresión grave es tres veces mayor que en la población general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro depresivo.

En la actualidad, el ECU 911 reportó desde el inicio de la crisis sanitaria y con corte hasta el 06 de noviembre de 2020, (220) suicidios a nivel nacional y (429) llamadas de alertas de intentos de suicidios. Entre las ciudades que mayores eventos autolíticos presenta se encuentra el Distrito Metropolitano de Quito con (85) intentos de suicidio/ autolítico y (19) suicidios consumados (Dirección Zonal de Estadística ECU 911, 2020)

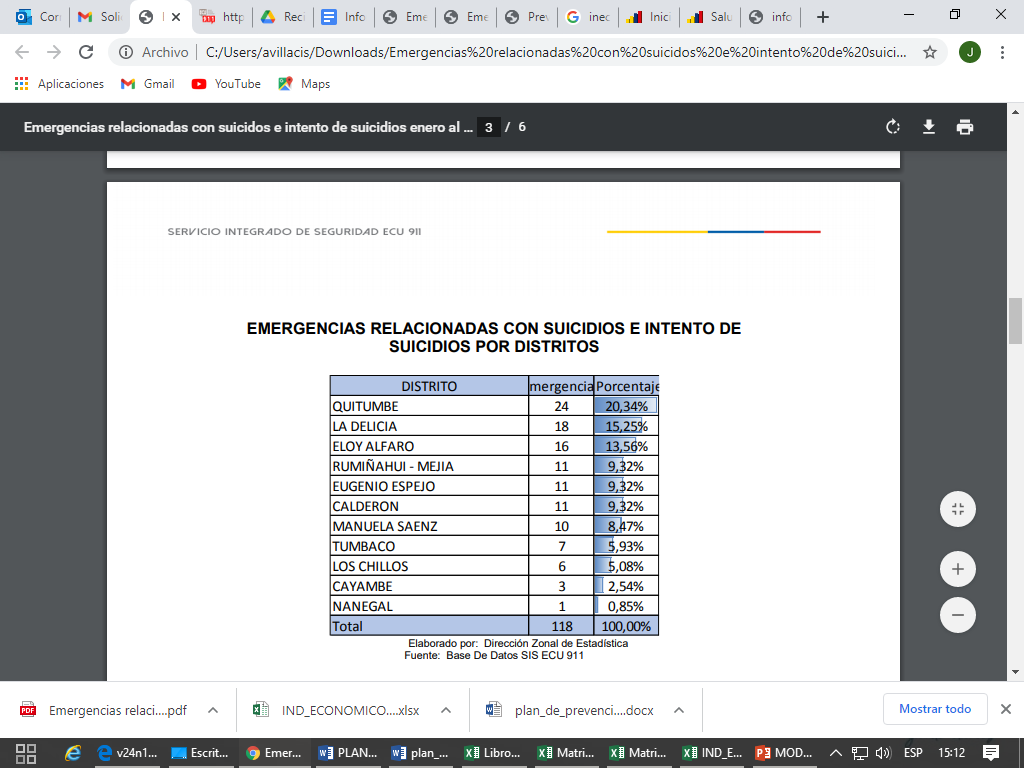
De los 429 intentos de suicidios, los reportes más altos están en Quito, se presentan en todas las administraciones zonales y con frecuencias altas en: Quitumbe, la Delicia, Eugenio Espejo y Eloy Alfaro). (Ver tabla 6)

***Tabla 5.*** *Emergencias relacionadas con suicidios e intento de suicidios por meses y cantones, año 2020.*



Elaborado por: Dirección Zonal de Estadística Fuente: Base De Datos SIS ECU 911 (\*) Año 2020.

***Tabla 6.*** *Emergencias relacionadas con suicidios e intentos de suicidios en Pichincha por Distritos y porcentajes, año 2020.*



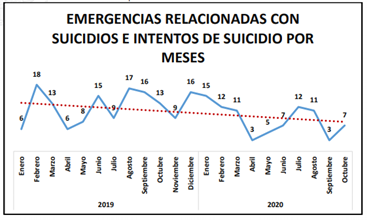
Elaborado por: Dirección Zonal de Estadística Fuente: Base De Datos SIS ECU 911 (\*) Año 2020.

***Tabla 7****. Reloj de datos de emergencias de suicidios e intento de suicidios en las Administraciones Zonales DMQ. Corte de 20 de diciembre de 2020.*



Elaborado por: Salud Mental. Secretaría de Salud. Fuente: Base De Datos SIS ECU 911 (\*) Al 20 de diciembre de 2020

***Gráfico 2.*** *Emergencias relacionadas con suicidios e intentos de suicidios por meses en el DMQ. 2020*

**

Fuente: Base de datos SIS ECU 911 Elaborado por: Dirección de Estadística Zonal 2 – 9

Los meses de mayor frecuencia alta son enero, agosto, septiembre de 2019, en el año 2020 se evidencia el crecimiento de la curva en julio y agosto. Esto posiblemente se debe a que la covid-19, ha puesto al descubierto la vulnerabilidad psicológica de la sociedad, por ello es necesario establecer estrategias de promoción de la salud mental que generen estrategias para la reconstitución del tejido social.

La problemática de la violencia es mayor a nivel rural en Quito y 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).

Cabe destacar que existen estudios en donde se habla de que la movilidad humana coloca a las personas en mayor riesgo de situaciones de violencia y sobre esto no hay investigaciones claras pero se tienen datos de que la población venezolana circula por todo el Distrito Metropolitano de Quito como lo indica la Fundación Lunita Lunera en la siguiente tabla.

***Tabla 8****. Población Venezolana en el DMQ*

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTOR** | **BARRIOS** |
| SUR | Guamaní, Chillogallo, La Mena 2 y  Solanda |
| CENTRO | La Tola, Centro histórico, El Ejido y  La Alameda |
| NORTE | El Condado (periférico), Comité del Pueblo, Jaime Roldós, La Pulida y  La Comuna |
| VALLES | Sangolquí, Tumbaco y Mitad del Mundo |

Fuente y elaboración: Fundación Lunita Lunera

Alarma el hecho de que, a pesar de las denuncias, el COE Metropolitano menciona que 9 de cada 10 personas no denuncian la violencia familiar. 5 de cada 10 personas encuestadas fueron víctimas de violencia intrafamiliar, y el 62% son mujeres. 1 de cada 10 personas encuestadas han sido víctimas de violencia física, 7 de cada 10 agresiones físicas son de la pareja actual o ex pareja. Así mismo 5 de cada 10 personas encuestadas son víctimas de violencia psicológica en el último año (Quito Informa, 2018).

El estudio de incidencia de acoso escolar entre pares en la Educación Básica, de 2° a 10°, en colegios fiscales de la ciudad de Quito (Merlyn S., et al. 2011) establece que el 46% de los estudiantes se reportan como víctimas, el 77% como espectadores y el 51% como abusadores. El Bullying[[3]](#footnote-3) naturalizado como ya se explicó antes tiene una relación importante con suicidio.

Al respecto, el estudio sobre Acoso escolar o Bullying en un colegio de Quito, concluye que es frecuente y que el estudiantado alerta sobre su existencia en forma de violencia física y psicológica y sobre una de las consecuencias el suicidio, de hecho, históricamente la relación suicidio-acoso escolar data de los años ochenta cuando en Noruega el suicidio de tres estudiantes desconcertó a la comunidad y la investigación realizada concluyó en que la causa fue el acoso escolar (Vaca 2014).

Actualmente el DMQ tiene más de 500.000 personas extranjeras importantemente venezolanas que viven en condiciones de pobreza, y que cursan por relaciones de discriminación y estigmatización (OIM, 2020). Este hecho puede llevar a consumar suicidios.

Para finalizar la Secretaría de Salud del MDMQ desde el año 2017 trabaja con las Unidades Educativas Municipales con algunas acciones, una de ellas es el tamizaje de riesgo a través de la herramienta de evaluación rápida para Adolescentes (RAAPS), que identifica cinco áreas de riesgo desde la salud mental: autocuidado (alimentación), violencia, drogas, conductas sexuales de riesgo y lo emocional, este último incluye la ideación suicida y los intentos autolíticos, siendo el área emocional la que presenta mayor riesgo en los adolescentes (ver tabla 7).

***Tabla 9.*** *Tamizaje de riesgo en salud mental en adolescentes en UEM por año y por áreas de riesgo identificadas.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AÑOS** | **Unidades Educativas cubiertas** | **Estudiantes tamizados** | **Detección de riesgo (porcentaje)** | **Áreas de mayor riesgo identificadas (porcentajes)** |
| 2017 | 7 | 3016 | 16.28% | Emocional 28.7%  Alimentación 6.6%  Drogas 2.9%  Violencia 2.06% |
| 2018 | 9 | 3183 | 14.23% | Emocional 90.43%  Violencia 10%  Drogas 3.91%  Conducta sexual 2.60%. |
| 2019 | 4 | 1120 | 18.84% | Emocional 80%  Conducta sexual 9%  Drogas 6%  Violencia 5% |
| 2020 (corte noviembre) | 2 | 112 | 29 % | Emociona 54%  Conducta sexual 19%  Drogas 9%  Violencia 13%  Autocuidado 5% |

Elaborado por: Secretaría de Salud- Salud Mental (2020)

***Tabla 10.***  *Distribución de las áreas con mayor riesgo 2018 y 2019*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RESULTADO DE TAMIZAJE EN UEM DEL DMQ- AMOS 2018 Y 2019 | | |
| **ÁREAS DE RIESGO** | **AÑO 2018** | **AÑO 2019** |
| AUTOCUIDADO | 3 | 1 |
| VIOLENCIA | 22 | 14 |
| CONSUMO DE SUSTANCIAS | 14 | 5 |
| SEXUALIDAD | 7 | 5 |
| EMOCIONAL | 204 | 95 |
| TOTAL | 250 | 120 |

Fuente: Sistema de información IYMFR, 2018-2019

Elaborado por: Secretaría de Salud- Unidad de Salud Mental

El tamizaje, corrobora estudios realizados que afirman que el área afectada importante en adolescentes y jóvenes es lo emocional, en donde se evidencia pensamientos suicidas y depresión. En el riesgo de violencia se encontró sospecha de violencia psicológica, física o sexual. El autocuidado de la persona estaba ligado a trastornos de alimentación. Finalmente, las conductas sexuales de riesgo hacen referencia al no uso de anticonceptivos o falta de conocimiento de los mismos, así como a dificultades en la definición de su orientación sexual.

# 3. MARCO LEGAL

La Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (1990), adoptó la Declaración de Caracas, que define las bases de la reforma en salud mental. Esta fue ratificada en la reunión de Brasilia de noviembre del 2005. De su contenido se destaca la necesidad de: a) asegurar el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y b) promover la organización de servicios comunitarios de salud mental.

La Constitución Política del Ecuador (2008) tiene una serie de disposiciones orientadas a garantizar la salud, el Buen Vivir y el desarrollo integral de todos los habitantes del territorio nacional. Se destacan:

* Garantía del derecho a la salud (Art. 3 y 32).
* Atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado para las personas y grupos en riesgo (Art. 35)
* Garantiza los derechos a la libertad, especial mención tienen para la salud mental: a) la integridad personal: física, psíquica, moral y sexual; y, una vida libre de violencia en el ámbito público y privado; b) tomar decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva (Art. 66).
* Las adicciones son un problema de salud pública (Art. 364).

La Ley Orgánica de Salud (2006) 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 su Art. 20 menciona la autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

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. El artículo 27 señala que los NNA tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

La Agenda de Igualdad intergeneracional prioriza como política “prevenir la ocurrencia del suicidio en 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).

El artículo 84 del COOTAD, se resaltan dos literales en donde se establece que son funciones del gobierno del distrito autónomo metropolitano a) “Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción distrital metropolitana, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas metropolitanas, en el marco de sus competencias constitucionales y legales” y j) “Implementar los sistemas de protección integral del cantón que aseguren el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos consagrados en la Constitución y en los instrumentos internacionales, lo cual incluirá la conformación de los consejos cantonales, juntas cantonales y redes de protección de derechos de los grupos de atención prioritaria. Para la atención en las zonas rurales coordinará con los gobiernos autónomos parroquiales y provinciales”

De conformidad con el Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito (año 2019), Libro II.1, De la Salud, Título I, Capítulo II, Sección I, se hace referencia a la promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad; y la responsabilidad del MDMQ a través de la Secretaría de Salud, de desarrollar políticas, programas y proyectos de salud en el Distrito.

El Sistema de Protección Integral de Derechos que es el “Conjunto articulado y coordinado de sistemas, organismos, entidades y servicios, públicos y privados, que definen, ejecutan; controlan y evalúan las políticas, planes, programas y acciones, en el ámbito de promoción, protección y reparación de derechos, con el propósito de garantizar la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, con prioridad a niños, niñas, adolescentes, jóvenes personas adultas mayores, que aseguren los derechos establecidos en la Constitución”.

Define medidas, procedimientos; sanciones y recursos en todas las funciones y todos los niveles de gobierno tal y como se puede ver en el Gráfico 3.

***Gráfico 3****. Sistema de Protección Integral de Derechos*



Elaboración: UNFPA. Dra. Soledad Guayasamín.

En materia de salud el órgano rector es el Ministerio de Salud Pública y en salud mental se ha desarrollado el Plan de Acción de Salud Mental que tiene como uno de sus ejes abordar y profundizar en la salud mental comunitaria.

En concordancia, el modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural en el principio número 4 de intersectorialidad establece que la atención integral en salud mental es competencia y obligación del Estado y las instituciones que conforman los sectores de: producción, económico, social, cultura, ambiente, educación, salud, entre otros.

# 

# 4. PLAN EN EL MARCO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

## 4.1. Enfoques:

Se establece como ejes transversales los siguientes enfoques:

**Derechos Humanos:** pues asume que es obligación del Estado garantizar el derecho a la salud con su característica e indivisibilidad, en donde se debe hacer planes, programas y políticas para promocionar el derecho a la salud mental, prevenir la vulneración de los derechos, proteger a las personas de las interferencias provenientes de sus propios agentes y de particulares, así como la adopción de mecanismos para una reparación integral.

**Participación:** es un derecho constitucional, mediante el cual la ciudadanía no sólo se encuentra informada, sino que se empodera y define acciones y es veedora de las acciones públicas y participa en procesos de exigibilidad de derechos.

**Equidad de género e inclusión de la diversidad**: permite en materia de salud mental y suicidio visibilizar y profundizar en determinaciones inequitativas, para mostrar compresiones y soluciones que subyacen en una sociedad patriarcal. Incluye también la consideración de la diversidad desde la relación con la edad (enfoque intergeneracional), etnia (enfoque intercultural), movilidad humana, discapacidad, sexo-genérica, entre otras.

**Coordinación:** pues el suicidio es un problema de salud pública y salud mental y ante todo determinado socialmente amerita abordajes interdisciplinarios e intersectoriales. Requiere coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad como: áreas de salud, educación, trabajo, justicia, defensa, así como los responsables de las leyes, la política y los medios de comunicación. El trabajo debe ser integral y sinérgico debido a que ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del suicidio.

## 4.2. Actores

En el siguiente cuadro se enuncian los principales actores involucrados en el desarrollo del presente plan.

***Tabla 11****. Actores que intervienen en el desarrollo del plan para el DMQ*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSTITUCIÓN** | **OBJETIVO** | **ACTIVIDADES** |
| **Ministerio de Salud Pública – MSP.** | Garantizar el derecho a la salud mental (SM) a través de la promoción de la SM, la prevención del suicidio y el acceso oportuno a servicios de salud integrales, especialmente a los grupos vulnerabilizados. | Diseño de la política pública nacional para la prevención del suicidio.  Socialización de la ruta de derivación en casos identificados en riesgo emergente, para la atención en salud.  Prestación oportuna de servicios de salud mental en todos los niveles de atención.  Apoyo a la formación de TTHH capacitado. |
| **Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES** | Incrementar el acceso y calidad de los servicios de protección social con énfasis en los grupos de atención prioritaria. | Diseño de la política pública con énfasis en grupos de atención prioritaria.  Apoyo a personas con necesidad de atención e protección social. |
| **Ministerio de Educación** | Generar entornos educativos saludables para evitar suicidio | Diseñar acciones coordinadas para trabajar en las unidades educativas.  Identificación temprana de casos con factores de riesgo. |
| **MDMQ** | Diseñar e implementar políticas de promoción de salud mental según lo establecido en el COOTAD | Ejecución del plan de prevención de suicidio con enfoque de promoción, que incluye coordinación con actores y desarrollo de actividades. |
| **ECU 911** | Coordinar y atender emergencias de forma efectiva con un cumplimiento de tiempo | Gestión de llamadas de emergencia de suicidios e intentos suicidas. |
| **Academia** | Generar conocimiento en el ámbito de la promoción de la salud. | Investigación en el campo de la salud.  Apoyo en las acciones con la comunidad.  Validación y adaptación de herramientas psicológicas al contexto. |
| **Consejo de Protección de Derechos** | Garantizar, proteger y defender los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria | Aporte en el diseño y transversalización de la política pública con base en los enfoques de inclusión.  Generación de procesos de observancia a la implementación de la Política Pública  Contribución a garantizar el enfoque de derechos, de interculturalidad e intergeneracional. |

## 4.3. Objetivo general

Coadyuvar para la reducción de los factores de riesgo que influyen en el suicidio, desde una perspectiva de promoción de derechos con base en equidad, inclusión y atención integral en salud mental para niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.

## 4.4. Líneas de acción estratégicas

Las líneas de acción establecidas son:

1. Promoción de la salud mental para generar entornos saludables en las comunidades educativas del DMQ, centrados en el fortalecimiento de los factores protectores de salud mental y la equidad de género
2. Atención integral entorno a la prevención del suicidio para establecer acciones tamizaje de riesgo, así como dar respuestas a las alertas y seguimiento del problema.
3. Coordinación intra e intersectorial, efectiva con todos los actores.
4. Comunicación para posicionar en la comunidad el problema del suicidio y los posibles factores causales especialmente la inequidad de género, violencia sexual, violencia contra la mujer y afectaciones de salud mental, entre otros.
5. Integración de la participación ciudadana en la ejecución del plan como un actor que permita el desarrollo de acciones eficaces, para el beneficio de la comunidad.
6. Investigación a partir de alianzas con la Academia, que permita generar conocimiento para entender el suicidio y sus relaciones a determinantes psicosociales en el DMQ

## 4.5. Marco lógico por cada línea

**Línea de acción:**

**4.5.1. Línea de acción 1:**

Promoción de la salud mental para generar entornos saludables en las comunidades educativas del DMQ, centrados en el fortalecimiento de los factores protectores de salud mental, la equidad de género, interculturalidad, intergeneracional y grupos vulnerables.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos específicos** | **Actividades** | **Meta** | **Indicador anual** | **Supuesto** |
| Crear espacios en la comunidad educativa que apunten a fortalecer la autoestima y el desarrollo de habilidades para la vida en los niños, niñas, adolescentes padres y madres de familia y docentes. | 1. Talleres de salud mental positiva en niños, niñas, adolescentes, padres y madres de familia y docentes. | Crear entornos escolares saludables en las Instituciones Educativas | Al final del año 2021, 7 Instituciones Educativas tendrán entornos educativos saludables | Falta de apoyo a nivel intra e inter sectorial  Falta de contratación de los profesionales de salud mental en las Administraciones Zonales |
| 2. Capacitar a las y los profesionales DECE, para que adquieran habilidades necesarias para la identificación y el abordaje de riesgo suicida a través de los primeros auxilios psicológicos. | Profesionales DECE, capacitados en el abordaje de riesgo suicida | Personal DECE de 7 Instituciones Educativas capacitadas cada año | La Secretaría de Educación no brinde el apoyo necesario |
| Crear espacios saludables en la comunidad | 1. Realizar talleres informativos y de concientización sobre la importancia de la salud mental en la comunidad | Barrios de las Administraciones zonales sensibilizados sobre la salud mental | 3 barrios de cada Administración zonal sensibilizados | Los representantes de los barrios no se adhieran a las actividades. |
| Creación de espacios comunitarios con los líderes y lideresas barriales juveniles de cada Administración Zonal, para crear acciones que incidan en el bienestar psicológico y social | Espacios saludables en las Administraciones Zonales | 3 Espacios saludables conformados por las Administraciones zonales. | Por parte de la comunidad no sé de la apertura para la creación de espacios saludables |
| Desarrollo de ruedas comunitarias en los barrios de las Administraciones Zonales, como estrategia de promoción. | Generación de lazos comunitarios y cuidado emocional mediante ruedas comunitarias | 40 ruedas comunitarias realizadas, anuales distribuidas en las Administraciones Zonales cada año. | Falta de participación por la parte de la comunidad |

**4.5.2. Línea de acción 2:**

Atención integral entorno a la prevención del suicidio para establecer acciones tamizaje de riesgo, así como dar respuestas a las alertas y seguimiento del problema.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos específicos** | **Actividades** | **Meta** | **Indicador anual** | **Supuesto** |
| 1. Implementar el tamizaje en niños, niñas, adolescentes y adultos mayores con el fin de detectar factores de riesgo. | - Aplicación de herramientas psicológicas de acuerdo al grupo de edad (ver anexo 4)  -Realizar entrevistas y pruebas confirmatorias  -Derivación a instancia correspondiente según el riesgo (SIPAQ, CEJ Unidades Metropolitanas de Salud y MSP).  - Realizar grupos de apoyo de acuerdo al riesgo identificado. | Instituciones Educativas y puntos de adulto mayor tamizados | 7 Instituciones Educativas tamizadas a fin de año  50 puntos del adulto mayor tamizados cada año. | Dificultad para acceder a los medios tecnológicos.    Falta de contratación de los profesionales de salud mental en las Administraciones Zonales |
| 1. Realizar seguimiento a las personas con intento suicida o problemáticas de salud mental, a fin de garantizar la atención oportuna | -Seguimiento de casos derivados a las instancias de salud con riesgo suicidas. | Atención integral de casos con necesidad de atención | Seguimiento del 90% de casos derivados anualmente | Las personas no se adhieren al proceso |
| 1. Intervenir en casos de postvención | * Atención integral a casos con postvención | Atención integral de casos de postvención | 90% de casos de postvención intervenidos de manera integral cada año. | La persona o familiares no aceptan la intervención. |

**4.5.3. Línea de acción 3:**

Coordinación intra e intersectorial, efectiva con todos los actores.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos específicos** | **Actividades** | **Meta** | **Indicador anual** | **Supuesto** |
| 1. Construir un plan de acción interinstitucional para prevención de suicidio | * Elaboración e Implementación del plan de acción. * Mesa de trabajo bimensual para monitoreo y seguimiento del plan * Legislar[[4]](#footnote-4) sobre la custodia de manejo de armas y control en la prescripción, dispensación y acopio de fármacos y pesticidas | Un plan Intersectorial elaborado e implementado | 1 plan de acción intersectorial para prevención del suicidio, liderado por el Ministerio de Salud Pública al finalizar el primer semestre del año 2021 | Dificultad en la coordinación con el ente rector (Ministerio de Salud Pública) |
| 1. Realizar la coordinación Intrasectorial a nivel municipal para la prevención del suicidio | * Mesa de trabajo a nivel municipal para la generación de acuerdos, compromisos y monitoreo del plan en forma bimensual | Articulación entre Instancias Municipales para un abordaje integral del suicidio en el DMQ | 1 evaluación general de los resultados del plan al final de cada año. | Falta de participación de las entidades municipales involucradas |

**4.5.4. Línea de acción 4:**

Comunicación para posicionar en la comunidad el problema del suicidio y los posibles factores causales especialmente la inequidad de género, intergeneracional, interculturalidad, violencia sexual, violencia contra la mujer y afectaciones de salud mental, entre otros.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos específicos** | **Actividades** | **Meta** | **Indicador anual** | **Supuesto** |
| Posicionar los factores protectores y alertas para prevenir el suicidio | * Desarrollar conceptos comunicacionales de acuerdo a cada grupo poblacional. * Crear caja de herramientas comunicacional. * Concurso de Relatos de vida. * Eventos virtuales sobre la prevención de suicidio | * Población informada en temas relacionados con suicidio | 2 productos comunicacionales anuales | Los productos comunicacionales no sensibilicen a la población. |

**4.5.5. Línea de acción 5:**

Integración de la participación ciudadana en la ejecución del plan como un actor que permita el desarrollo de acciones eficaces, para el beneficio de la comunidad.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos específicos** | **Actividades** | **Meta** | **Indicador anual** | **Supuesto** |
| 1. Fomentar la participación ciudadana en temas de salud mental y sus relaciones con el suicidio | - Creación de una red comunitaria.  - Brindar información sobre suicidio y redes de apoyo. | Barrios de las Administraciones Zonales fortalecidos mediante la participación comunitaria | Al menos 1 barrio de cada zona cuenta con un comité de salud al año | Dificultad en la coordinación con Secretaría de coordinación territorial y Administraciones Zonales  Falta de participación ciudadana en las acciones de promoción y prevención. |

**4.5.6. Línea de acción 6:**

Investigación a partir de alianzas con la Academia, que permita generar conocimiento para entender el suicidio y sus relaciones a determinantes psicosociales en el DMQ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos específicos** | **Actividades** | **Meta** | **Indicador anual** | **Supuesto** |
| 1. Realizar investigaciones que permitan aumentar la gestión de conocimiento respecto de las causas del suicidio en el DMQ | * Investigación mediante autopsias verbales de los años 2019 y 2020 * Investigación basada en género y su relación con el suicidio * Investigación respecto a la relación entre acoso sexual y suicidio | Contar con información | 1 Investigación anual | Falta de presupuesto y apoyo de la Academia |
| 1. Establecer convenios con la Academia para la generación de conocimiento | Firma de convenios con las Universidades | Establecimiento de alianzas estratégicas con la Academia | 1 convenio suscrito anual | Actividad liderada por la Secretaría Metropolitana de Salud en coordinación con la Academia |

# 5. BIBLIOGRAFIA

* Aguirre, Alexandra e Isabel Auquilla. 2018. Detección temprana de ideación suicida e identificación de los factores de riesgo asociados, en adolescentes de dos unidades educativas del sur de la Ciudad de Quito en el periodo septiembre 2017 a febrero 2018. Tesis para obtener el título de especialista en pediatría de la Facultad de Medicina de la PUCE. Disponible en: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14768/TESIS%20IDEACIÓN%20SUICIDA%20EN%20ADOLESCENTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14768/TESIS%20IDEACI%C3%93N%20SUICIDA%20EN%20ADOLESCENTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Visitado 7 de diciembre de 2020.
* Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez. (2006). *Depresión*. Disponible en: *http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf*
* Asamblea Nacional del Ecuador. (2010). *Código Orgánico de Organización, Territorial, Autonomía y Descentralización.* Disponible en: <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) Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000100008>
* Carcedo, Ana. 2011. Femicidio en Ecuador. Disponible en: <https://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/24000/4436/1/femicidio%20en%20ecuador.pdf>. Visitado el 7 de diciembre de 2020.
* Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *CASO GUZMÁN ALBARRACÍN Y OTRAS VS. ECUADOR.* Costa Rica
* CONTEMPORÁNEAS, S. D. (29 de abril de 2017). *Enfoque.* Disponible en: <https://www.usfq.edu.ec/sites/default/files/2020-07/enfoque_2016_04.pdf>
* Durkheim, Émile. 1897. El suicidio. Disponible en: <https://cienciadehoy.com/el-estudio-del-suicidio-de-emile-durkheim/>. Visitado el 6 de diciembre de 2020.
* (Vidas Robadas, Situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador. Fundación Desafío Estudio cualitativo realizado en la ciudad de Quito).
* Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffe S, Kestel D. Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev Pan Am Salud Publica. 2018;42:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>. Visitado 7 de diciembre de 2020.
* Gratz, K. L. (2003). *Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review*. Clinical Psychology: Science and Practice, 10, 192-205.
* 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.
* Gutiérrez-García A, Contreras CM, Orozco R. (2003) El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental 2006; 29(5):66-74.
* INEC. (13 de noviembre de 2019). *ENCUESTA NACIONAL SOBRE RELACIONES FAMILIARES Y VIOLENCIA DE GENERO CONTRA LAS MUJERES*. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\_Sociales/Violencia\_de\_genero\_2019/Documento%20metodologico%20ENVIGMU.pdf
* 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.* Disponible en: <https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/el-47-de-intervenciones-policiales-en-quito-son-emergencias-de-violencia-social/>
* Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. (2018, mayo 20). *Plan Nacional de Movilidad Humana*. Disponible en: <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. Disponible en: <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.* Disponible en: <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.* Disponible en: 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*. Disponible en: <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). Disponible en: <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.
* Vaca, Paola. 2014. Formas y prevalencia del acoso escolar en adolescentes del primer año del bachillerato del Colegio UNE en Quito, durante el año lectivo 2012-2014. Tesis para obtener el título de psicología de la Universidad Politécnica Salesiana, sede Quito. Disponible en: [file:///C:/Users/DETP/Documents/MDMQ/UPS-QT04794%20acoso%20escolar%20y%20suicidio.pdf](about:blank). Visitado 7 de diciembre de 2020.
* Videos “Suicidio y violencia de género: una realidad invisible”. España, México, Ecuador, Uruguay, entre otros. Disponible en: <https://www.bing.com/videos/search?q=suicidio+y+violencia&&FORM=VDVVXX>. Visitado 7 de diciembre de 2020.
* World Health Organization (WHO) (2014a). *Preventing suicide: a global imperative, CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l’Association medicale canadienne*. Ginebra: WHO.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elaborado por:** | **Nombres y apellidos** | **Cargo** |
| David Medina | Analista de Salud Mental |
| Juan José Pazmiño | Analista de Salud Mental |
| Jazmín Villacis | Analista de Salud Mental |
| Mariuxi Riofrio | Responsable de Salud Mental |
| Zaida Betancourt | Coordinadora de Salud Sexual y Salud Reproductiva |
| **Revisado por :** | Zaida Betancourt | Coordinadora de Salud Sexual y Salud Reproductiva |
| **Aprobado por:** | Dr. Fabián Oña | Director de Promoción, Prevención y Vigilancia de la Salud. |

# 6. ANEXOS

## Anexo 1. Glosario de términos

**Depresión:** 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).

**Discapacidad mental:** La discapacidad intelectual implica una serie de limitaciones en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares. La discapacidad intelectual se expresa en la relación con el entorno. Por tanto, depende tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene alrededor. Si logramos un entorno más fácil y accesible, las personas con discapacidad intelectual tendrán menos dificultades, y por ello, su discapacidad parecerá menor.

**Lesión autoinfligida:** Se ubican dentro del término abarcador “conducta suicida”. Esta incluye daño autoprovocado, cortes, automutilación, parasuicidio, gestos/comportamientos suicidas, conducta autolesiva no suicida (NSIB) y lesión autoinfligida no suicida (NSSI).

Específicamente, la lesión autoinfligida se ha definido como “la destrucción o alteración directa e intencional del tejido humano sin intento suicida consciente pero que provoca una lesión lo suficientemente grave como para que ocurra daño en los tejidos” (Gratz, 2003). Por lo tanto, nos referiremos a la lesión autoinfligida como un acto que posteriormente produce alguna forma de daño en los tejidos y en la que el adolescente no tiene la intención de morir. Más comúnmente, los adolescentes se rasguñan, se cortan o se queman a sí mismos.

**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.

**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.

**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).

**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.

**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.

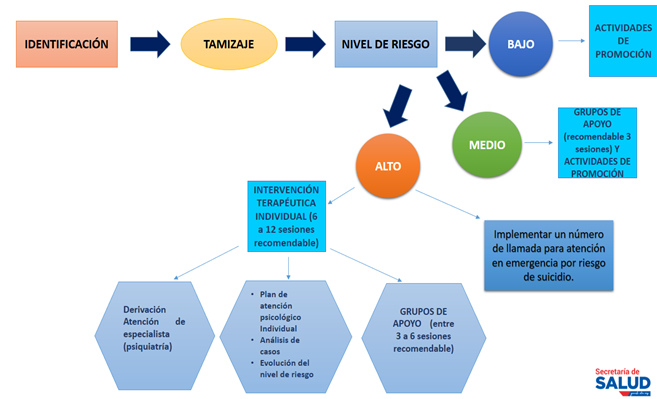
También es violencia sexual la implicación de niñas y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a ellas, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o 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.

## Anexo 2. Flujograma de atención y tamizaje para la detección del nivel de riesgo



**Una vez obtenidos los resultados** se trabaja 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**: 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.

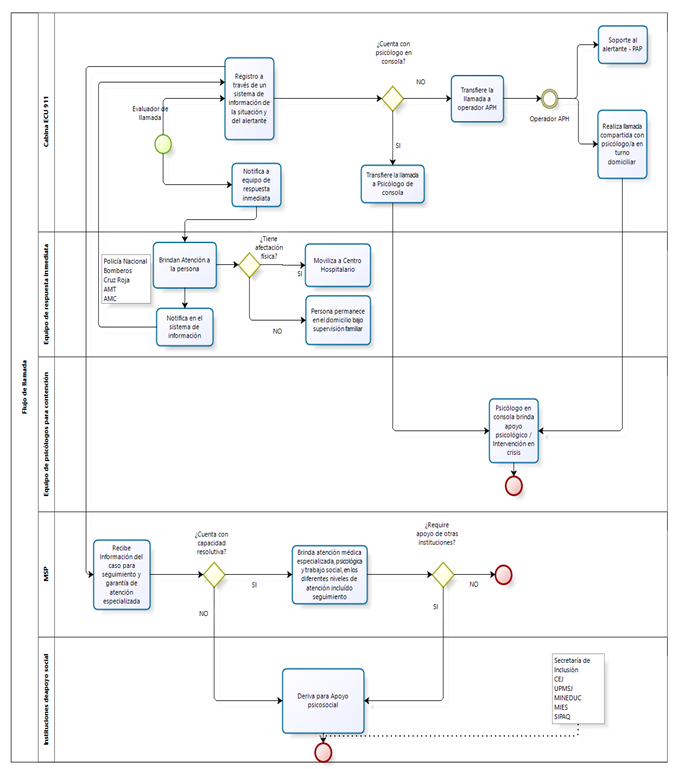
* **RIESGO ALTO**: Derivación de casos

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, PREMAQ y Hospitales de la Red Pública de Salud (siguiendo la ruta de derivación establecida en casos emergentes.

En caso de niños y adolescentes, se respetará el código bioético de confidencialidad en donde los profesionales respetaran los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley. La aceptación de confidencialidad será firmada tanto por el usuario del servicio como por su representante.

En caso de identificarse vulneración de derechos, se encaminará con debida diligencia los casos hacia los organismos de protección de derechos, para responder con determinación para la defensa y protección de la víctima.

## Anexo 3. Flujo de atención de llamadas emergentes de riesgo suicida



### Anexo 4. Herramientas de medición psicológica para realizar el tamizaje

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Test** | **Objetivo** | **Temas de identificación** |
| EVALUACIÓN RÁPIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADOLESCENTES (RAAPS, por sus siglas en inglés) | Encuesta que permite identificar conductas que puedan poner en riesgo de lesión o muerte prematura a la población adolescente. | * Comportamientos de alimentación relacionados con trastornos alimenticios * Factores de seguridad personal * Bullying o acoso escolar * Violencia psicológica, física o sexual * Conducta agresiva o violenta * Consumo problemático de alcohol y otras drogas, inclusive las de prescripción * Conductas sexuales de riesgo * Confusión sobre identidad sexual * Estado de ánimo * Ideación o intento suicida |
| ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE | Se utiliza como instrumento de tamizaje en personas adultas mayores con sospecha de patología depresiva y como evidencia para la posterior formulación de diagnósticos diferenciales en ambientes geriátricos y en la práctica en psicología clínica. | * Depresión moderada * Depresión severa |

1. Este comité ocasional para el análisis del suicidio, se conformó en octubre del 2019 con las siguientes instancias: Consejos Consultivos de Derechos de: Diversidades Sexo – Genéricas, Personas en Situación de Movilidad Humana, Derechos de Niñez y Adolescencia, Pueblos y Nacionalidades Indígenas, de Personas con Discapacidad; la Comisión de Género, Igualdad e Inclusión Social del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito; el Ministerio de Inclusión Económica y Social a través de la Coordinación Zonal 9; el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII); y la Secretaría de Derechos Humanos. [↑](#footnote-ref-1)
2. Lesiones autoinfligidas: acciones que pueden o no tener consecuencias fatales, así como el intento o tentativa de suicidio, que se considera cuando el deseo y el propósito explícito de la conducta están relacionados con morir o dejar de vivir (Gutiérrez-García A, 2006). [↑](#footnote-ref-2)
3. Esta palabra fue adaptada por Dan Olweus, psicólogo que investigó el suicidio de los tres escolares noruegos. Tomó como referencia a mobbing que en etimología se usa para explicar el ataque de pájaros a un animal de una especie diferente y, actualmente se utiliza en el acoso laboral (Vaca 2014:19). [↑](#footnote-ref-3)
4. Como estrategia de prevención integral es de vital importancia la legislación del control de armas y el acceso de la población a medios letales como plaguicidas, ya que pueden ser medios utilizables para el acto suicida. [↑](#footnote-ref-4)