Ministerio de Salud Pública
República de Guatemala



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA

CONDUCTA SUICIDA

EN LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Normatividad de Programas de Atención a las Personas y el Programa de Salud Mental
República de Guatemala, 2023

Prevención de CONDUCTA SUICIDA

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA

CONDUCTA SUICIDA

EN LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

AUTORIDADES

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Francisco José Coma Martín
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

M.A. Leslie Lorena Samayoa Jerez de Hermosilla
Viceministra de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud

Lic. Ariel Estuardo Hernández Cardona
Viceministro Administrativo Financiero

Dr. Edwin Eduardo Montúfar Velarde
Viceministro de Atención Primaria en Salud

AUTORIDADES

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dra. Carmen Xiomara Castañeda Colindres Ph.D
Dirección de Normatividad de Programas de Atención a las Personas -DNPAP-

Dra. Fluvia Aracely Téllez Orellana
Coordinadora del Programa de Salud Mental

LISTADO DE PARTICIPANTES

Equipo ejecutor
Programa de Salud Mental

Lcda. Heidy Johanna Moscoso Calderón/
Profesional Técnica Normativa
Dra. Fabiola Aracely García Lima/
Profesional Técnica Normativa
Lcda. Karen Lily Villagrán Monterroso/
Profesional Técnica Normativa
Lcda. Jakelin Paola Higueros García/
Profesional Técnica Normativa

Equipo Conductor
Unidad Técnica Normativa -DNPAP-

Dra. Ruth Elena Girón de Arango/
Coordinadora
Lcda. Edna Leticia Cano de León/
Profesional Técnica Normativa
Dra. Wendy Susette Sáenz Alivat/
Profesional Técnica Normativa
MSc María Valeria Luna Dardón/
Profesional Técnica Normativa
Sandra Pahola Velásquez Castillo/
Técnica Normativa
Brenda Noemy Sánchez Ochoa/
Secretaria
Marco Lorenzo Córdoba Alcayaga/
Comunicación Social

Equipo de Expertos

Dra. Virginia María Ortiz Paredes/
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF-

Equipo de apoyo

Programa de Salud Integral de la Niñez
Lcda. Nancy Carolina Almengor Morales/
Profesional Técnica Normativa
Lcda. Celsa Elizabeth Mejía Muñoz/
Profesional Técnica Normativa

Programa de Adolescencia y Juventud
Lcda. Verónica del Carmen Pineda Liquidano/
Profesional Técnica Normativa

Participantes en la Validación
Dra. María Elisa Argueta Flores/
Psiquiatra Infanto-Juvenil
Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales/
Psiquiatra Infanto-Juvenil

Personal de la Dirección Departamental de Redes Integrales de Servicios de Salud de:
San Marcos
Jutiapa
Santa Rosa
Guatemala

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, a través de la Dirección de Normatividad de Programas de Atención a las Personas y el Programa de Salud Mental, presenta el “Protocolo Prevención de la Conducta Suicida en Niñas, Niños, Adolescentes y Jóvenes”, como una herramienta técnica de apoyo a los profesionales de la salud mental en las Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud -DDRISS- con respecto a la atención de niñas, niños, adolescentes, que presentan conducta suicida.

La conducta suicida considerada como problema de salud pública, requiere de atención multidisciplinaria que incluye procesos de sensibilización, comunicación, investigación y transferencia de conocimientos, particularmente sobre aspectos psicosociales para su abordaje. El presente Protocolo contiene factores individuales, factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores para la población en estas etapas del curso de vida, así como la forma de evaluarles, los diagnósticos diferenciales, criterios de referencia e intervenciones breves a implementar para el abordaje en los servicios de salud, así como su referencia y contrarreferencia a los establecimientos con personal especializado en salud mental.

Se incluye un apartado de abordaje psicosocial ya que con frecuencia hay un problema de salud mental subyacente y un acontecimiento estresante que lo desencadena. Esta constituye una herramienta psicoeducativa efectiva y práctica, para las y los proveedores de salud no especializados y especializados y que trabajan con la salud mental

Dr. Francisco José Coma Martín
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades - 10
COVID-19	Enfermedad por el coronavirus Sars-Cov-2
EEG	Electroencefalograma
EKG	Electrocardiograma
HS	En hora sueño
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INACIF	Instituto Nacional de Ciencias Forenses
INE	Instituto Nacional de Estadística
Ley PINA	Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia
LGBTIQ+	Colectivo lesbianas, gay, bisexual, transgénero, indefinido, queers +
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
PO	Por vía oral
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
RENAP	Registro Nacional de las Personas
DDRISS	Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud
SARS-CoV-2	Coronavirus tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TEA	Trastorno del Espectro Autista

CONTENIDO

Introducción	1
Objetivos	2
Objetivo General	2
Objetivos específicos	2
RESUMEN DE LA METODOLOGÍA	3
ALCANCE	3
USUARIO	3
POBLACIÓN DIANA	3
MARCO LEGAL	4
Marco Jurídico Nacional	4
Marco Jurídico Internacional	5
ANTECEDENTES	7
MARCO CONCEPTUAL	7
Suicidio	7
Factores Protectores	8
Factores De Riesgo	10
Suicidio Y Covid-19	11
Evaluación De La Conducta Suicida En La Niñez, Adolescencia Y Juventud	12
Intervenciones Breves	13
Algoritmo Para la Atención de la Conducta Suicida Según Riesgo en la Niñez, Adolescencia y Juventud	15

CRITERIOS ABSOLUTOS DE INGRESO PARA INTENTO SUICIDA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES 17

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL 17

ANEXOS 20

Anexo No. 1 Guía Para Entrevistar a Niñas y Niños para Determinar Conducta Suicida 20

Anexo No. 2 Guía Para Entrevistar a Adolescentes y Jóvenes para Determinar Conducta Suicida 21

Anexo No. 3 Guía para Entrevistar a Madres, Padres o Cuidadores Principales de Niñas, Niños y Adolescentes 22

Anexo No. 4 Indicaciones para la Escucha Activa 23

Anexo No. 5 Pautas para la Entrevista Clínica en Caso de Conducta Suicida 24

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 25

INTRODUCCIÓN

En Guatemala, según el informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-, el Índice de Desarrollo Humano -IDH- es de 0.663, sólo por arriba de Honduras y Haití siendo uno de los más bajos de la región. Los menores de 19 años representan el 44 % de la población del país en donde predominan los factores de riesgo con relación a la enfermedad mental. Entre los problemas encontrados están la baja escolaridad de la población, con una media de 5.7 años; la esperanza educativa alcanza sólo 10.6 años. Las personas indígenas tienen condiciones de vida menos favorables, comparados con otros grupos de la población. Las niñas, niños, adolescentes y jóvenes que tienen nivel socioeconómico bajo, viven en áreas rurales, pertenecen a pueblos indígenas y con baja escolaridad, tienen mayores factores de riesgo de padecer un trastorno mental. Asociado a esto, la emergencia sanitaria provocada por la enfermedad COVID-19 agravó los problemas que ya se encontraban en el país, generando una crisis mundial de salud mental (6). Las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, no fueron ajenos al aumento de problemas de salud mental, tal y como se puede evidenciar en múltiples artículos científicos que fueron publicados a nivel mundial, entre estos P. Hoekstra (), D. Manzar et. al. () y U. Panchaet al (). Esta situación demanda que se puedan implementar planes de acción dirigidos tanto a la atención como a la prevención de la conducta suicida en estos grupos de población y, a la promoción de la salud mental. Así como promover, mejorar y descentralizar los servicios de salud mental. Por medio de este protocolo de atención, se busca homologar el proceso de atención de la en salud mental, logrando fortalecer la toma de decisiones para la intervención oportuna con la población objetivo.

El número de psicólogos, psiquiatras generales y psiquiatras infanto-juveniles, que atienden los problemas de salud mental es escaso en el país. La mayoría se concentran en la ciudad capital. Esta situación genera una brecha importante en la atención en salud mental a la niñez, la adolescencia y la juventud, por lo que, para reducirla, es necesario tomar acciones que incorporen la atención de la salud mental en los establecimientos de salud del MSPAS. La descentralización, para la atención de los problemas de salud mental, debe ser parte de este proceso, ya que fortalece la atención en los establecimientos y el abordaje en la comunidad, facilitando la incorporación de otros actores tales como trabajadores comunitarios, maestros y otros trabajadores de salud que contribuyan a aumentar la cobertura para la promoción y atención de la salud mental, con énfasis en la prevención.

El presente protocolo está dirigido a proveedores de salud especializados y no especializados en problemas de salud mental, para la identificación del riesgo de la conducta suicida en la niñez, la adolescencia y la juventud, así como el abordaje temprano, brindando criterios técnicos de actuación en los casos de conducta suicida.

El fortalecimiento de la atención de la salud mental debe realizarse teniendo como base la protección de los derechos de la niñez, la adolescencia y juventud, brindando una atención de calidad, en condiciones de equidad, igualdad, pertinencia cultural y de derechos humanos, entre otros, de manera que se evite el sufrimiento, la estigmatización y la discriminación que sufren quienes padecen problemas de salud mental.

Dado que en Guatemala no existe evidencia de estudios de prevalencia del suicido, los datos con los que se cuenta son sólo los reportados por distintas fuentes institucionales como el Registro Nacional de las Personas -RENAP-, Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala -INACIF-, Instituto Nacional de Estadística -INE-, por lo que es imprescindible mejorar el registro epidemiológico para estos casos, éste es un reto que se debe asumir a corto plazo.

En términos de planificación y organización, los datos epidemiológicos permitirán tomar decisiones con relación a la priorización de los servicios de salud, para dirigir las acciones a las poblaciones con mayor prevalencia de esta problemática.

Este protocolo es un documento técnico para identificar a niñas, niños, adolescentes y jóvenes en riesgo y, facilitar el actuar y la toma de decisiones ante casos de autolesiones, ideación o intento suicida; considerando que ésta es una condición que amerita atención inmediata.

OBJETIVO

Objetivo General

Proporcionar los criterios técnicos para el abordaje integral de la conducta suicida en niñez, adolescencia y juventud, para que el personal de las Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud -DDRISS- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pueda desarrollar acciones para la identificación y adecuado abordaje de la conducta suicida en menores.

Objetivos específicos

1. Brindar una herramienta, a los proveedores de salud multidisciplinarios de las Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud DDRISS, que facilite la identificación del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes en los servicios de salud que asisten a consulta.
2. Establecer la ruta de referencia y contrarreferencia al especialista en salud mental psiquiatra infanto-juvenil o EPS de Psiquiatría, para la atención oportuna de la conducta suicida en niñas, niños, adolescentes y jóvenes que consultan en los servicios de salud.
3. Promocionar la salud mental en las personas, familias y comunidades.

RESUMEN DE LA METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN

Para la elaboración de este protocolo, se buscó información de fuentes primarias tales como artículos científicos, reportes de casos y libros de texto de psiquiatría que tuvieran relación con la elaboración de protocolos para la prevención del riesgo suicida y atención del suicidio en niños, niñas y adolescentes. Se utilizaron fuentes secundarias: recursos de internet de base de datos de páginas médicas. Se utilizaron PubMed, Trip Medical Database, SUMsearch, PubMed, Scielo y Google académico, como metabuscadores. Se tomaron en cuenta las fuentes de información que cumplen con los criterios de validez y credibilidad y para aportar información fiable y útil para el desarrollo del protocolo. Se utilizó como operador lógico “AND” para conectar los términos por separado.

ALCANCE

Es de observancia nacional, en la Red Integrada de Servicios de Salud del Primero y Segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

USUARIOS

Está dirigido a proveedores de salud de la Red Integrada de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

POBLACIÓN DIANA

Niñez, adolescencia y juventud que consulta por conducta suicida.

MARCO LEGAL

Marco Jurídico Nacional

Constitución Política de la República de Guatemala

Artículo Número 51. Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.

Artículo Número 56. Acciones contra causas de desintegración familiar. Se declara de interés social, las acciones contra el alcoholismo, la drogadicción y otras causas de desintegración familiar. El Estado deberá tomar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitaciones adecuadas para hacer efectivas dichas acciones, por el bienestar del individuo, la familia y la sociedad.

Artículo Número 93. Derecho a la Salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo Número 94. Obligación del Estado, sobre la salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo Número 98. Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud (1).

Decreto Número 90-97 del Congreso de la República, Código de Salud, Decreto Número 90-97 del Congreso de la República

Artículo Número1. Del Derecho a la Salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Artículo Número 2. Definición. La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo Número 4. Reformado por el Artículo No.1 del Decreto Número 53-2003, del Congreso de la República Obligación del Estado. El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descen-

tralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, con la finalidad de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social.

Con esta finalidad, el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona, en forma gratuita.

Artículo Número 6. Información sobre salud y servicios. Todos los habitantes tienen, en relación con su salud, derecho al respeto a su persona, dignidad humana e intimidad, secreto profesional y a ser informados en términos comprensibles sobre los riesgos relacionados con la pérdida de la salud y la enfermedad y los servicios a los cuales tienen derecho (2).

Decreto Número 27-2003 del Congreso de la República de Guatemala, Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (Ley PINA)

Artículo Número 25. Nivel de vida adecuado. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho, a un nivel de vida adecuado y a la salud, mediante la realización de políticas sociales públicas que les permitan un nacimiento y un desarrollo sano y armonioso, en condiciones dignas de existencia.

Artículo Número 28. Sistema de salud. Queda asegurada la atención médica al niño, niña y adolescente a través del sistema de salud pública del país, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud. Las niñas, niños y adolescentes que sufran deficiencia diagnosticada, recibirán atención especializada.

Artículo Número 29. Comunicación de casos de maltrato. Los casos de sospecha o confirmación de maltrato contra la niña, niño y adolescente detectados por personal médico o paramédico de centros de atención social, centros educativos y otros deberán obligatoriamente comunicarlos a la autoridad competente de la respectiva localidad, sin perjuicio de otras medidas legales.

Artículo Número 33. Salud primaria. El Estado por medio de los organismos competentes deberá establecer programas dedicados a la atención integral del niño y niña hasta los seis años, así como promoverá la salud preventiva, procurando la activa participación de la familia y la comunidad, sin perjuicio de las obligaciones que el Estado tiene para todos los niños, niñas y adolescentes.

Artículo Número 35. Atención a la salud. Todos los centros de atención a la salud del país, tanto públicos como privados, están obligados a: a) Posibilitar que el recién nacido tenga contacto con la madre al nacer y alojamiento conjunto con ella. b) Diagnosticar y hacer seguimiento médico de las niñas y niños que nacieren con problemas patológicos y con discapacidades físicas, sensoriales o mentales, así como orientar a los padres de los mismos. c) Crear programas especializados para la atención de niñas, niños y

adolescentes que presenten problemas patológicos y discapacidades físicas sensoriales y mentales. d) Controlar que el crecimiento y desarrollo de la niña o niño no sea inferior a la edad cronológica del mismo y orientar a los padres, tutores o encargados para que tomen las medidas necesarias remitiéndolos a donde corresponda.

Artículo Número 53. Maltrato y agravios. Toda niña, niño o adolescente tiene el derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación, explotación, violencia, crueldad y opresión, punibles por la ley, ya sea por acción u omisión a sus derechos fundamentales. Asimismo, tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato. El Estado estimulará la creación de instituciones y programas preventivos o psicosociales necesarios, para dar apoyo y orientación a la familia y a la comunidad. Deberá proporcionar la asistencia necesaria, tratamiento y rehabilitación a las víctimas, a quienes cuidan de ellas y al victimario (3).

Marco Jurídico Internacional

Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948

Artículo Número 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (4).

Convención sobre los Derechos del Niño. Aprobada por el Estado de Guatemala mediante Decreto N. 27-1990 del Congreso de la República. Esta fue aprobada por el Estado de Guatemala mediante el Decreto 27-1990 del Congreso de la República.

Artículo Número 19. Protección contra los malos tratos: Las autoridades deberán protegerte de los malos tratos, los abusos y la violencia, también de los que provengan de tus padres o responsables legales.

Artículo Número 25. Condiciones de internamiento: Si permaneces temporalmente en un establecimiento para protegerte o para curarte de una enfermedad física o mental, se debe revisar periódicamente tu situación para comprobar que el internamiento sea apropiado y no se prolongue más de la cuenta.

Artículo Número 27. El nivel de vida: Tienes derecho a un nivel de vida adecuado para tu desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Tus padres son los responsables de que tengas lo necesario para vivir de una forma digna, pero si ellos no pueden proporcionártelo las autoridades deben ayudarlos (5).

ANTECEDENTES

En el país solo se cuenta con 11 psiquiatras Infanto-juveniles de los cuales uno se encuentra en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, otro en el Hospital Roosevelt y dos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, el resto trabaja en el ámbito privado. Sin embargo, no se cuenta con registros específicos de la atención brindada en salud mental a la población en estas etapas del curso de vida.

En el año 2014 se inició el programa de postgrado en Psiquiatría Infanto-juvenil, en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, en coordinación con la Escuela de Especialidades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, lo cual ha fortalecido una parte del sistema de salud.

En la ciudad de Guatemala, además de los hospitales antes mencionados, el Departamento de Psiquiatría de Adultos del Hospital Roosevelt, atiende a personas a partir de los 12 años, dado que no existe una clínica especializada para este grupo etario. Lo mismo sucede en los hospitales departamentales en donde existe atención en salud mental: Mazatenango, Cuilapa, San Marcos, Huehuetenango, Santa Cruz del Quiché y San Benito en el departamento de Petén. El Hospital Federico Mora, atiende a personas a partir de los 18 años (6).

MARCO CONCEPTUAL

1. SUICIDIO

La palabra suicidio se deriva del latín *suicadere*, que significa, “matarse a sí mismo”. Es decir, el acto que lleva a cabo una persona para quitarse la vida.

A pesar que el estudio de la conducta suicida viene desde el siglo pasado, no existe una manera absoluta de identificar a la persona suicida. El 25 % de las personas menores de edad que cometen suicidio, en ningún momento mencionaron haber tenido ideación suicida (10).

Se reconoce que la falla en la evaluación del riesgo suicida es la causa más común por la que la persona en riesgo, lleve a cabo el intento suicida. Aproximadamente el 45 % de quienes se suicidan, consultaron 30 días antes de cometer el acto con un profesional de la salud. Algo importante a considerar es que un intento de suicidio previo, se convierte en un factor de riesgo que requiere una atención urgente (11).

En la niñez y adolescencia es importante hacer la distinción entre intento suicida y otras formas de expresar el malestar. El primero se refiere a la intención real de acabar con su vida, asociado a un sentimiento crónico de desesperanza o soledad y aquí las formas de autolesión son graves, con un alto riesgo de letalidad.

Las distintas formas de expresión del malestar que puede presentar un menor de edad o joven con relación a este tema son:

a. Conducta suicida: es una sucesión de eventos que se da progresivamente e inicia con pensamientos o ideas, continúa con planes y finaliza con uno o varios intentos suicidas con un aumento escalonado de la letalidad, sin llegar a la muerte.

b. Ideación suicida: pensamientos con relación a quitarse la vida. No siempre van acompañados de una planificación y un método.

c. Amenaza suicida: manifestaciones del deseo de quitarse la vida. Puede ser verbal, expresando frases o ideas de muerte y/o suicidas. No verbal, a través de actos que ponen en riesgo su vida o a través de cartas y/o mensajes en redes sociales.

d. Tentativa o intento suicida: existe la intención o voluntad de quitarse la vida. El menor o joven, no logra su objetivo, porque se arrepiente o es interrumpido (a) por otras personas. Puede o no llegar a provocarse daño físico.

e. Suicidio consumado: muerte intencional, provocada por el menor o joven, habiendo tenido un método y una planificación previa.

f. Autolesión no suicida: la principal característica es que la finalidad, no es quitarse la vida. La niña, niño, adolescente o joven presentó, previo a la autolesión, un cuadro de impulsividad, ira o malestar. Generalmente las agresiones no son tan graves, por lo que no llevan a la muerte, aunque en algunas ocasiones pueden llevar a muerte accidental. Estas autolesiones se realizan más de una vez a lo largo de estas etapas del curso de vida.

La intervención para la prevención del suicidio debe hacerse de una manera integral, que incluya la promoción de los factores protectores y la prevención de los factores de riesgo. Las acciones de atención y seguimiento en las que se valore de manera integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales, así como la importancia que el personal de salud de todos los niveles de atención, conozca la importancia de la atención integral, para que el menor y su familia puedan beneficiarse de esta atención.

Es importante desarrollar habilidades sociales y emocionales en la niñez y adolescencia, así como la identificación temprana, evaluación, manejo y seguimiento de aquellos que han manifestado conducta suicida (9).

2. **FACTORES PROTECTORES**

Los factores protectores están dirigidos a prevenir el suicidio y mejorar la salud mental. Existen intervenciones universales, dirigidas a una población definida, la cual puede ser una comunidad. Estas incluyen campañas de concientización sobre la importancia de la salud mental y prevención del suicidio y desarrollo de programas educativos. Además trabajar con grupos específicos vulnerables tales como personas con problemas de salud mental, víctimas de violencia física o sexual, jóvenes miembros de la comunidad LGBTIQ+, migrantes, entre otros.

La estabilidad familiar y económica, la pertenencia a grupos de pares, un adecuado ambiente escolar, pertenecer a un grupo religioso y practicar estilos de vida saludable, son factores que disminuyen el riesgo de conducta suicida.

Hablar del suicidio reduce el riesgo de cometerlo, además que disminuye el malestar en aquellos que tienen ideas suicidas. Por lo tanto, el personal de salud debe tener la capacidad de hablar del tema con la niña, niño o adolescente que consulta, de manera que no pase desapercibida la idea.

Cuadro No. 1

Factores protectores para evitar el riesgo de conducta suicida en niñez, adolescencia y juventud

PERSONALES	FAMILIARES	SOCIALES/ESCOLARES
1. Habilidades de resolución de problemas. 2. Confianza en uno mismo Habilidades sociales. 3. Apoyo familiar. 4. Mejorar las relaciones sociales entre pares. 5. Participar en actividades culturales, deportivas, religiosas. 6. Valores. 7. Tratamiento integral de enfermedad física y mental. 8. Participar en actividades grupales. 9. Mejorar los hábitos de alimentación. 10. Mejorar los hábitos de sueño Realizar actividades físicas. 11. Brindar herramientas para el manejo de estrés y resolución de conflictos. 12.1Fomentar la espiritualidad. 13. Desarrollar habilidades sociales. 14. Aprovechar positivamente el tiempo libre. 15. Contar con su proyecto de vida.	1. Mejorar las relaciones familiares reforzando el desarrollo de actividades en conjunto. 2. Contar con el apoyo por parte de la familia o cuidadores principales. 3. Fomentar valores morales. 4. Fortalecer valores espirituales. 5. Practicar comunicación efectiva entre padres con sus hijas e hijos. 6. Fomentar la autoestima. 7. Religión, espiritualidad o valores positivos.	1. Integración y apoyo social. 2. Lograr un ambiente escolar saludable. 3. Desaprobar y sancionar conductas problemáticas (acoso, discriminación, violencia, entre otras). 4. Proporcionar un ambiente escolar adecuado y saludable para niñas, niños y adolescentes (buenas instalaciones, actividades extra aula, deportes, actividades A1:C2 5. Detectar y trabajar con grupos vulnerables. 6. Fomentar redes de apoyo. 7. Fomentar la participación en los Espacios Amigables que funcionan en los servicios de salud. 8. Educar sobre la importancia de el uso adecuado del tiempo libre y la recreación.

Fuente: MSPAS/DNPAP, Elaboración propia. Programa de Salud Mental, Guatemala, 2023.

3. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son características, condiciones o comportamientos que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión.

Factores de riesgo que pueden estar presentes al momento de la evaluación de una persona cuando se sospecha riesgo suicida, sin embargo, la evaluación no debe limitarse a la búsqueda de éstos o minimizar el riesgo en tanto no estén presentes. Al momento de la evaluación, la entrevista debe realizarse con la niña, el niño, el adolescente y su familia. En los casos en los que se sospechen problemas escolares, deberá realizarse una visita a la escuela o centro educativo y entrevista con los maestros (10).

Cuadro No. 2

Factores de riesgo para la conducta suicida en niñez, adolescencia y juventud

PERSONALES	FAMILIARES	SOCIALES/ESCOLARES
1. Intento suicida previo 2. Víctimas de cualquier tipo de violencia 3. Presencia de ideas suicidas 4. Problemas emocionales 5. Baja autoestima 6. Diferentes tipos de trastornos: • Trastorno de Déficit de Atención -TDA- y Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad –TDAH • Depresión • Trastorno del Espectro autista • Trastornos de Ansiedad • Trastornos Neurológicos • Entre otros 7. Consumo y abuso de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas). 8. Discriminación 9. Presión de grupo 10. Embarazo no planificado 11. Duelo en sus diferentes manifestaciones 12. Aislamiento social 13. Enfermedades 14. Acoso por pares	1. Violencia intrafamiliar 2. Familia disfuncional 3. Historia familiar de suicidio 4. Problemas económicos 5. Consumo de sustancias 6. Muerte de uno o ambos padres o algún otro familiar cercano 7. Consumo y abuso de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas). 8. Historia familiar de conducta suicida 9. Negligencia	1. Víctima de acoso escolar 2. Fracaso escolar 3. Acoso laboral (en jóvenes) 4. Desempleo (en jóvenes) 5. Antecedentes comunitarios de conducta suicida 6. Exposición a desastres 7. Violencia social 8. Retos en redes sociales 9. Entorno social no favorable 10. Estigma asociado a la infección de COVID-19 o a otros problemas de salud

Fuente: MSPAS/DNPAP, Elaboración propia. Programa de Salud Mental, Guatemala, 2023

4. SUICIDIO Y COVID-19

Los problemas de salud mental han aumentado, incluyendo la conducta suicida inmediatamente después que han pasado desastres naturales, guerra o epidemias, tal como sucedió con la pandemia de COVID-19 causada por el SARS-CoV-2.

El año 2019 marcó un antes y un después en este siglo. La pandemia por SARS-CoV-2 generó una grave crisis en la salud física y mental de los habitantes del planeta. Guatemala no fue la excepción y las niñas, niños, adolescentes y jóvenes fueron los más afectados. En los primeros meses de la pandemia, el gobierno adoptó medidas de salud dirigidas a contrarrestar los contagios: distanciamiento social, uso obligatorio de mascarilla, suspensión de actividades escolares y laborales. A partir del 16 de marzo, se cerraron las escuelas y colegios, los espacios públicos y se decretó un confinamiento estricto. De la noche a la mañana, todos se vieron encerrados en sus casas. Esto trajo como consecuencia el aislamiento de niñas, niños y adolescentes, cambios en el estilo de vida, cambios en la forma de estudiar, asociado esto al miedo real a la muerte.

En las y los adolescentes, se vio truncado su desarrollo en cuanto a la independencia de los padres, la socialización, la realización de actividades fuera del establecimiento educativo y, el rendimiento escolar que en algunos casos fue visto como fracaso. El ingreso a la universidad o la búsqueda de espacios laborales, como parte del proceso de independencia, fue también interrumpido. Se generaron sentimientos de soledad y aislamiento, lo que derivó en un aumento de la ansiedad y depresión (8). Las restricciones de movilidades dirigidas a disminuir los contagios aumentaron los problemas familiares y la violencia doméstica (9). Como fue descrito anteriormente, todos estos son factores de riesgo para la salud mental, incluyendo la conducta suicida para la niñez, adolescencia y juventud.

Las emergencias de los establecimientos de salud, deben tener personal preparado para evaluar y atender niñas, niños, adolescentes y jóvenes con conducta suicida. Se ha evidenciado que el personal de salud no está preparado para atender estos casos. Ante esta situación, queda demostrada la necesidad de capacitar al personal de salud multidisciplinario para que tengan la capacidad de identificar la conducta suicida, asociada o no a enfermedad psiquiátrica.

Los establecimientos de la red integrada de servicios de salud que atienden a niñas, niños, adolescentes y jóvenes con conducta suicida, deben contar con los recursos necesarios para el abordaje integral y de calidad. Es necesario que progresivamente se vaya fortaleciendo a todo el personal con las competencias necesarias para la atención de la salud mental.

Es importante no perder de vista que estos servicios de atención persiguen fundamentalmente mejorar la calidad de vida y el adecuado tratamiento, brindando una atención integral tanto al individuo como al entorno más inmediato, su familia.

Recomendaciones generales para los establecimientos que brindan atención en salud mental:

- Brindar la atención con pertinencia cultural y enfoque de género en el marco de los derechos humanos
- Atender de manera integral y diferenciada en la red integrada de servicios de salud, en la familia y en la comunidad
- Garantizar la confidencialidad tanto de la persona como de la familia, hacérselo saber a la persona
- Crear un ambiente privado que favorezca la comunicación abierta
- Ser amistoso y respetuoso en todo momento y no juzgar
- Responder con sensibilidad cuando nos sea compartida una experiencia difícil
- Identificar los factores protectores y factores de riesgo, para incidir en la prevención y la atención de las personas con conducta suicida
- Identificar otras determinantes sociales significativas en el entorno de la persona para mejorar su pronóstico, tratamiento, continuidad terapéutica y disminución de posibles secuelas
- Desarrollar programas psicopedagógicos adaptados a niñas, niños, adolescentes y jóvenes, en coordinación con otras instituciones que funcionan a nivel local
- Desestigmatizar los problemas de salud mental, tanto a nivel institucional como en el entorno social
- Registrar en el SIGSA 3 correspondiente
- Realizar el mapeo de los servicios que cuentan con psicólogo y/o psiquiatra o un profesional realizando su Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de psiquiatría para realizar la referencia oportuna
- Dar seguimiento a la referencia y contrarreferencia

5. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Con la finalidad de identificar los factores de riesgo y los factores protectores, que permitirán reconocer oportunamente la posible conducta suicida, el personal de salud debe tener el tiempo suficiente para realizar o revisar la historia clínica completa y el personal especializado realizar un adecuado examen mental, para determinar si existen antecedentes y/o riesgos que puedan comprometer la vida de la persona. Por lo tanto, la evaluación consistirá en identificar factores protectores y factores de riesgo.

a. EVALUACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO

Es importante que al realizar la entrevista escuche atentamente a la niña o niño (ver anexo No. 1) con empatía y respeto, demostrando interés y preocupación, (ver anexo No. 4) Debe asegurarse de no realizar críticas ni juicios de valor. **SIEMPRE** deben estar acompañados por algún familiar o alguna persona que les haga sentir seguros.

Al momento de la evaluación se debe recordar que el concepto y entendimiento del concepto de la muerte está presente en los niños y niñas a partir de los siete años (8).

b. EVALUACIÓN DEL ADOLESCENTE

Se recomienda entrevistar al adolescente (ver anexo No. 2) en compañía de algún adulto que le brinde seguridad y pueda dar la información necesaria. Posteriormente, se sugiere quedarse a solas con el/la adolescente, siempre y cuando haya consentimiento, para que pueda expresarse con confianza y sin temor. Es muy importante que sea empático y le haga sentir confianza. No adoptar una actitud paternalista ni punitiva. Debe explicarle que lo que ella/él le diga durante la entrevista, usted no lo dirá a ninguna otra persona a menos que ponga en riesgo su vida o la vida de alguien más.

6. INTERVENCIONES BREVES

Detectar y abordar los problemas psicosociales que causan estrés a la persona o que repercuten en su vida, como, por ejemplo: problemas familiares, de relaciones, económicos, de desempleo, estigmatización y discriminación, entre otros. Para lo cual puede aplicar entre otros:

- **Conversaciones:** con la niña, el niño, el adolescente o joven utilizando un lenguaje claro, conciso y culturalmente apropiado, con relación a sus pensamientos de muerte y/o conducta suicida.
- **Contención emocional:** brindarle apoyo a la niña, niño, adolescente o joven en un ambiente tranquilo, de confianza, que le haga sentir seguro (a), con escucha activa.
- **Consejería individual:** se recomienda que esta intervención sea realizada por un profesional de psicología o psiquiatría.
- **Red de apoyo:** identificar personas, instituciones locales, líderes comunitarios o religiosos, entre otros que puedan funcionar como red de apoyo.

MARCO TEÓRICO

En Guatemala, de acuerdo con la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEY PINA), se considera niño o niña desde la concepción hasta los 13 años, y adolescente desde los 13 hasta los 18 años y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social lo define en sus Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel 2018, considera a estas etapas del curso de vida, según la Organización Mundial de la Salud -OMS- niñez (0 a menores de 10 años), adolescentes (10 a menores de 20) y jóvenes (20 a menores de 30 años) como un recurso estratégico para el desarrollo del recurso humano, que contribuye al desarrollo económico y social del país, por lo que la atención a estos grupos de población debe hacerse con medidas de promoción, prevención, atención, rehabilitación, así como la participación activa del individuo, la familia y la comunidad.

La importancia de los servicios no especializados no tiene discusión, especialmente en áreas rurales y marginales donde no existe un servicio con especialistas en salud mental y es el médico general o el personal de enfermería: auxiliares, técnicos y profesionales, quienes brindan la primera atención. Esta situación puede presentar ciertas ventajas, tales como la no estigmatización, contrario a lo que sucede con los servicios psiquiátricos que brindan atención a personas con conducta suicida (6).

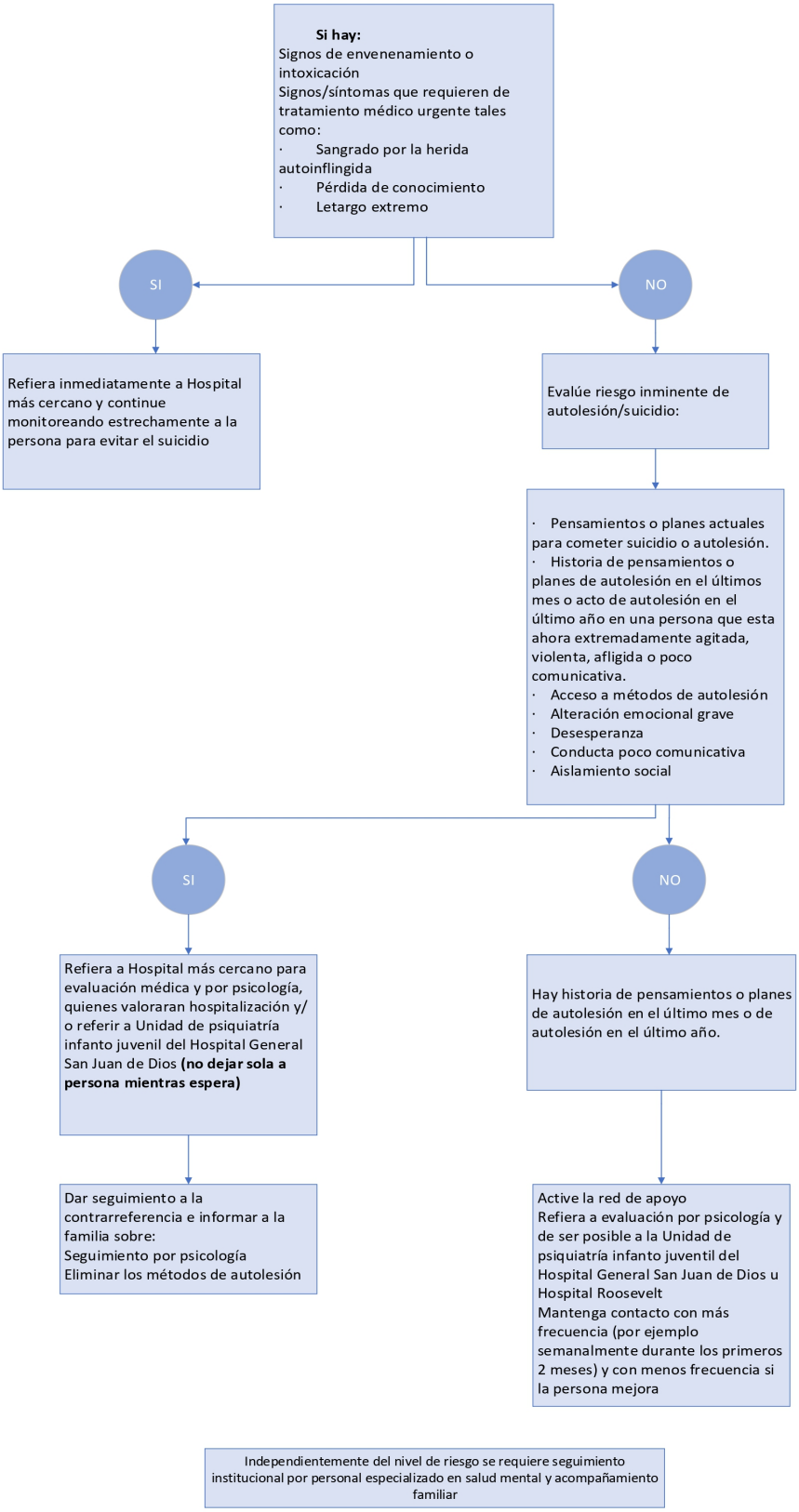
El suicidio está considerado un problema de salud y actualmente las estadísticas indican que, a nivel mundial, entre los 10 y 24 años, incrementaron los suicidios en un 60 % entre 2007 y 2018 (7). De acuerdo con las Estimaciones Globales de Salud de la OMS el suicidio es la cuarta causa de muerte en ambos sexos en personas entre los 15 y 19 años (7). En el sexo femenino es la tercera causa de muerte (después de condiciones maternas) y en el sexo masculino es la cuarta causa de muerte, después de la tuberculosis (7). En Guatemala es necesario reforzar la notificación y registro de las conductas suicidas y las muertes por ésta. Actualmente, las estadísticas difieren entre los reportes del MSPAS y el INE.

De acuerdo con los reportes del MSPAS, de enero a junio del año 2022, sólo se reportaron muertes por envenenamiento e intoxicaciones. Las tasas reportadas fueron de 0.10 x 100,000 habitantes en el sexo femenino y, de 0.17 x 100,000 en el sexo masculino. Heridas corto-punzantes 0.02 x 100,000 en mujeres y de 0.13 x 100,000 en hombres. Por “sofocación”, los reportes indican que la tasa tanto para el sexo femenino como para el sexo masculino es de 0.01 x 100,000 (7).

En cuanto al género, los hombres tienen el doble de posibilidad de morir por un intento suicida comparado con las mujeres. Sin embargo, el sexo femenino realiza más intentos suicidas que los hombres (8).

Las mujeres entre 12 y 26 años, de bajo nivel socioeconómico, tienen mayor riesgo de tener múltiples intentos suicidas (9).

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA SEGÚN RIESGO EN LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD



Cuadro No. 3

Resumen de la evaluación de conducta suicida en niñez, adolescencia y juventud

C **Cambios repentinos**	Reservado/a, cansado/a, apático/a, indeciso/a o bullicioso/a, hablador/a, extrovertido/a, poca concentración en el estudio o tareas rutinarias, trastornos del sueño, alimenticios, pérdida de apetito y peso o aumento de peso. Pérdida de interés en amigos/as, preferencias o gustos. Mejora súbita después de un periodo de depresión. Problemas escolares o con la ley.
A **Amenazas verbales y no verbales**	Declaraciones, planes o señales de advertencia: **Verbales:** • Directas: “Yo deseo estar muerto (a), he decidido matarme”. • Menos directas: “Ustedes estarán tristes sin mí. Si yo muero, te cuidas”. **No verbales:** • Directas: Conseguir lo necesario para hacerse daño. • Menos directas: Deshacerse de todas sus pertenencias queridas.
S **Sentimientos**	Desesperación: “no hay nada que hacer”. Miedo de perder el control, volverse loco/a, dañarse a sí mismo/a o a otros/a. Desvalido/a, nadie se preocupa por mí. Culpa, vergüenza, odio a sí mismo/a Tristeza profunda Ansiedad persistente o enojo
A **Acciones o conductas**	Abuso de drogas o alcohol Pláticas o escritos de muerte o destrucción Pesadillas Recientes pérdidas por muerte, divorcio, separación, rompimiento de una relación, pérdida de trabajo, dinero, o estima propia Pérdida de espiritualidad, tendencia al uso de objetos oscuros Agitación o inquietud Agresión a otros/as y a sí mismo/a Aislamiento Poca comunicación

Fuente: Ministerio de educación Pública de Costa Rica Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio MEP [en línea]. 2018.

CRITERIOS DE REFERENCIA POR INTENTO SUICIDA EN NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES

Generales

1. Si detecta que la persona presenta uno o más de los factores de riesgo mencionados en el cuadro número dos de este protocolo, proceda a referirla al establecimiento correspondiente para evaluación psicológica.
2. Si la persona presenta riesgo por autolesión o conducta suicida inminente, proceda a referirla de manera inmediata a un hospital con capacidad resolutiva.

Absolutos

- Si necesita tratamiento médico de la tentativa (intoxicación, trauma o cualquier medio utilizado que ponga en riesgo la vida de la persona)
- Si se requiere tratamiento psiquiátrico (tentativa de suicido persistente o de alto riesgo de suicidio, depresión severa, psicosis con predominio alucinatorio)
- Para tratamiento psicosocial, si la familia no puede hacer una adecuada contención (observación las 24 horas del día, eliminación de armas, tóxicos o cualquier otro método que esté al alcance de la persona)
- En caso de que exista violencia sexual o maltrato infantil, debe seguir los protocolos establecidos para estos casos (Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual y Protocolo de atención en salud integral de niñas y niños en situación de Maltrato Infantil)

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL

Evaluar

- Desesperanza y desesperación extremas, pensamientos, planes o actos del presente o pasados de autolesión, envenenamiento o intoxicación, hemorragia por heridas autoinfligidas, pérdida del conocimiento o letargo extremo.

Determinar

- Si existe riesgo inminente de conducta suicida

Preguntar

- A la persona y a sus cuidadores si observan alguno de los síntomas siguientes:
  - Pensamientos actuales o plan de autolesión o de quitarse la vida
  - Antecedentes de pensamientos o de un plan de autolesión en el último mes, o de un acto de autolesión en el último año, en una persona que ahora está extremadamente agitada, violenta, afligida, o no se comunica
  - Existencia de carta o mensajes de despedida por cualquier medio (carta, redes sociales, entre otros) o ceder sus pertenencias en los días previos a la consulta

Determinar

- Si la persona padece:
  - Depresión
  - Psicosis
  - Consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas)
  - Epilepsia
  - Trastornos mentales y conductuales
  - Discapacidad
  - Violencia, entre otros

Brindar apoyo

- A la persona, (ver algoritmo para la atención de la conducta suicida según riesgo en la niñez, adolescencia y juventud, de este protocolo).

  - Investigar cuáles razones y de qué forma puede permanecer la persona con vida
  - Concéntrarse en los puntos fuertes de la persona y aliéntela a hablar sobre cómo se resolvieron problemas anteriores
  - Si se cuenta con recursos humanos suficientes, considerar la orientación para la resolución de problemas para ayudar a las personas que han cometido actos de autolesión en el último año

Activar el apoyo psicosocial

- Movilizar a la familia, los amigos, personas interesadas y otros recursos disponibles para garantizar que se vigila estrechamente a la persona, mientras persista el riesgo conducta suicida.
- Recomendar a la persona y los cuidadores que restrinjan el acceso a medios de autolesión o suicidio (por ejemplo, sustancias plaguicidas o tóxicas, medicamentos de prescripción, armas de fuego, entre otras).
- Optimizar el apoyo social de los recursos disponibles en la comunidad. Estos incluyen recursos informales, como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos; o recursos formales de la comunidad, si los hay, como los centros de crisis, grupos de auto ayuda, espacios amigables y centros locales de salud mental, entre otros.

Apoyo a madres, padres, cuidadores principales, parejas, entre otros

- Présteles apoyo emocional si lo necesitan en caso de estrés grave
- Informe a los cuidadores que, aunque pueden sentirse angustiados, deben evitar manifestar hostilidad y críticas severas hacia la persona vulnerable en riesgo de cometer autolesión o suicidio (13)

Mensajes fundamentales para la persona y los cuidadores

- Si tiene pensamientos de autolesión/suicidio, busque ayuda de inmediato recurriendo a un familiar confiable, un amigo o un trabajador de salud
- Está bien hablar del suicidio. Hablar del suicidio no provoca el acto del suicidio
- Los suicidios son prevenibles
- Tener un episodio de autolesión/suicidio es un indicador de sufrimiento emocional grave. La persona no ve una opción o una solución. Por consiguiente, es importante hacerle llegar a la persona apoyo inmediato para afrontar los problemas emocionales y los factores estresantes
- Se deben retirar del hogar los medios de autolesión (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego, medicamentos, entre otros)
- Le red de relaciones sociales, que incluye a la familia y otras personas pertinentes, es importante para proporcionar apoyo social

Seguimiento

- **Si hay mejoría**
  - Disminuir la frecuencia del contacto a medida que la persona mejora
  - Continuar el seguimiento por dos años, disminuyendo aún más el contacto según la mejoría de la persona (por ejemplo, una vez cada 2 o 4 semanas después de los dos meses iniciales y dos veces en el segundo año)

- **Si no hay mejoría**
  - Aumentar la frecuencia o la duración del contacto según sea necesario
  - Referir a la persona al especialista cuando sea necesario

- En cada contacto, investigar sistemáticamente, para detectar pensamientos y planes suicidas. ¿Es inminente el riesgo de autolesión o suicidio?

Atención a la persona con autolesión

- Colocar a la persona en un entorno seguro y propicio en un establecimiento (nunca dejarla sola)
- Eliminar el acceso a medios de autolesión
- Movilizar a la familia, los amigos y otras personas pertinentes o a los recursos de la comunidad disponibles para supervisar y apoyar a la persona durante el período de riesgo inminente
- Tratar a las personas con conducta suicida con la misma atención, el respeto y privacidad otorgados a otras personas y sea sensible al sufrimiento emocional asociado con la autolesión
- Incluir a los cuidadores si la persona desea su apoyo durante la evaluación y el tratamiento; si es posible, la evaluación psicosocial debe incluir una entrevista personal entre la persona y el trabajador de salud para abordar temas privados
- Prestar apoyo emocional a los miembros de la familia y los cuidadores, si lo necesitan
- Velar por la continuidad de la atención

ANEXOS

ANEXO No. 1

GUÍA PARA ENTREVISTAR A NIÑAS Y NIÑOS PARA DETERMINAR CONDUCTA SUICIDA

Esta guía debe ser utilizada solamente por personal especializado como psicólogo o psiquiatra.

Es muy importante tener en cuenta la edad de la niña o niño y recordar que antes de los siete años el concepto de muerte aún no está definido. Para que la evaluación sea completa, deberá utilizar el instrumento de historia clínica.

Si hay ideación suicida:

- Cuando piensas en quitarte la vida, ¿lo piensas más de una vez al día?
- ¿Cuándo fue la primera vez que tuviste este pensamiento?
- ¿Qué piensas o te imaginas qué pasaría si logras quitarte la vida?

Si el niño o la niña tuvo un intento suicida:

- ¿Qué pensaste cuando …? Preguntar aquí sobre el método suicida, por ejemplo:
  ¿te tiraste por la ventana?
  ¿tomaste el veneno?
  ¿te cortaste?

ANEXO No. 2

GUÍA PARA ENTREVISTAR A ADOLESCENTES Y JÓVENES PARA DETERMINAR CONDUCTA SUICIDA

Si hay ideación suicida:

- ¿Desde hace cuánto tiempo tienes la idea de quitarte la vida?
- ¿Has intentado antes quitarte la vida?
- ¿Te cortas o lastimas en alguna parte de tu cuerpo?
- ¿Has escrito alguna vez alguna carta de despedida o te has despedido de amigos o familiares como si pensaras nunca más volver?

SI hubo un intento suicida

- ¿Qué sucedió exactamente el día que intentaste quitarte la vida? ¿Te sucedió algo que te hizo sentir mal o desesperado (a)?
- ¿Qué pasó después de haberlo intentado?
- ¿Estabas solo (a) en el momento en que atentaste contra tu vida?
- ¿Algún familiar o amigo cercano ha tenido algún atentado contra su propia vida?

ANEXO No. 3

GUÍA PARA ENTREVISTAR A MADRES, PADRES O CUIDADORES PRINCIPALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Si hay ideación suicida:

- ¿Desde hace cuánto tiempo su hijo (a) ha dicho que quiere quitarse la vida?
- ¿Ha tenido un intento suicida previo?
- ¿Ha visto usted si su hijo (a) se lastima o se corta alguna parte de su cuerpo?
- ¿Su hijo (a) ha escrito alguna vez alguna carta de despedida o se ha despedido de usted o de amigos o familiares como si pensara nunca más volver?

SI hubo un intento suicida:

- ¿Qué sucedió exactamente el día que su hijo (a) intentó quitarse la vida?
- ¿Qué pasó después de haberlo (a) encontrado (a) en esa situación?
- ¿Su hijo (a) estaba solo (a) en el momento en que atentó contra su vida?
- ¿Algún familiar o amigo cercano ha tenido algún atentado contra su propia vida?

ANEXO No. 4

INDICACIONES PARA LA ESCUCHA ACTIVA

¿Cómo Comunicarse?	¿Cómo no comunicarse?
Escuchando atentamente	Interrumpiendo con frecuencia
Permaneciendo calmada o calmado, concentrada o concentrado	Escandalizándose
Entendiendo los sentimientos (empatía)	Manifestando que está ocupada u ocupado
Transmitiendo mensajes no verbales de aceptación y respeto	Haciendo otras cosas
Expresando respeto por las opiniones y valores	Mirando a otro lado
Hablando honesta y genuinamente	Emitiendo comentarios, juicios y críticas
Demostrando interés, preocupación y calidez	Preguntando morbosidades

Fuente: Ministerio de Educación Pública de Costa Rica, Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio MEP [en línea]. 2018.

ANEXO No. 5

PAUTAS PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA EN CASO DE CONDUCTA SUICIDA

Es importante que quien realice la entrevista asegure la confidencialidad de la niña, niño adolescente y joven.

Indique cuál es el problema y utilice la siguiente guía para describirlo:

- **Problema de conducta**: rebeldía, agresividad, robo, delincuencia, uso de alcohol, tabaco u otras drogas (especifique cuáles), se escapa de la casa y/o de la escuela. Le cuesta relacionarse con personas de su edad.
- **Problema escolar:** es inquieto; distrae al resto de la clase; desordenado; pierde sus cosas; bajo rendimiento; ha repetido una o más veces el grado. En mayores de 7 años: todavía no sabe leer ni escribir; dificultad para sumas y restas; no quiere hacer deberes (establecer contacto con la escuela, personalmente, por escrito o por teléfono).
- **Trastornos del sueño:** dificultad para ir a dormir; despierta durante la noche llorando, con miedo; se levanta dormido; se orina en la cama (mayores de 7 años).
- **Trastornos de alimentación:** ha dejado de comer; come demasiado. Se provoca el vómito después de comer; come cualquier otra cosa que no sea alimento (especifique en mayores de 3 años).
- **Control de esfínteres:** enuresis (pérdida de control de la vejiga durante el día o la noche) o encopresis (incontinencia fecal o evacuación involuntaria durante el día o la noche) (mayores de 5 años).
- **Comportamiento de riesgo:** se sube a lugares altos; ha tenido más de un accidente; parece que no le tiene miedo a nada; atraviesa la calle o la carretera sin ver.
- **Aislamiento social:** no se relaciona con otras personas; vive como encerrado en su propio mundo; no puede jugar como otros niños; cuando uno le habla parece que está sordo o como que no reconoce la presencia de la otra persona; escucha voces; tiene miedo de salir a la calle; siente que lo persiguen, que le quieren hacer daño, ha dejado de ir a la escuela o al trabajo.
- **Trastorno afectivo:** se le ve triste; está de mal humor la mayor parte del día; no tiene interés en nada; llora por cualquier cosa; está muy nervioso todo el tiempo; no se quiere separar de su madre, padre, cuidador principal o pareja; se queja de que está enfermo (dolor de estómago, cabeza, entre otros).
- **Vivencia traumática:** en el último año ha vivido o visto un asalto, robo a mano armada, un homicidio, abuso físico o sexual; muerte de algún familiar cercano.
- Divorcio o separación de sus padres (10).
- **Observe:** actitud, aspecto físico, relación madre-hijo(a); padre-madre-hijo(a). Comportamiento, lenguaje, tono y actitud motriz.
- **Pregunte:** ¿qué te sucede?, ¿por qué crees que te sucede?, ¿desde cuándo?, ¿afecta tu vida social, familiar, de pareja? En adolescentes pida a los padres que le dejen solo (16).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Congreso de la República. Constitución Política de la República de Guatemala. Guatemala: Presidencia de la República. 1993. Guatemala.
2. Congreso de la República. Código de Salud, Decreto No. 90-97. Guatemala: Presidencia de la República. 1997.
3. Guatemala. Congreso de la República. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Decreto 27-2003. Guatemala: Presidencia de la República. 2003.
4. Paris, Francia. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de la Naciones Unidas, sesión plenaria número 183. 1948.
5. Guatemala. Congreso de la República. Convención sobre los Derechos del Niño. Decreto N. 27-1990. Guatemala: Presidencia de la República. 1990.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Informe Nacional de Desarrollo Humano: Desafíos y oportunidades para Guatemala: hacia una agenda de futuro. La celeridad del cambio, una mirada territorial del desarrollo humano [en línea]. 2022 [consultado 10 Nov 2022].
7. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019[en línea]. 2020 [consultado 29 Jun 2022]. https://www.paho.org/es/noticias/9-12-2020-oms-revela-principales-causas-muerte-discapacidad-mundo-2000-2019
8. World Health Organization [en línea]. 2019 [consultado 20 Ago 2022]. https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948
9. MSPAS Situación epidemiológica, lesiones de causa externa, morbilidad y mortalidad en Guatemala [en línea]. 2021 [consultado 12 Jun 2022].
10. Cambridge University Press A rapid review of emergency department interventions for children and young people presenting with suicidal ideation [en línea]. 2022 [consultado 20 Jul 2022].
11. Gupta M, Gupta N, et.al. Three confounded high-risk groups for suicide in adolescents and young adults [en línea]. 2021 [consultado 30 Oct 2022].
12. Jiao W, Wang L, et.al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic [en línea]. 2020 [consultado 25 Sept 2022].
13. Ministerio de educación Pública de Costa Rica Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio MEP [en línea]. 2018 [consultado 5 Ago 2022].
14. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Guía de Intervención mh-GAP 2.a ed Guatemala: OPS; 2017 P-132-139
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Recopilación de guías de Atención Integral en Salud 1.a ed. Guatemala: MSPAS; 2015 P-613-632
16. Paschke K, Arnaud N, et.al. Risk factors for prospective increase in psychological stress during COVID-19 lockdown in a representative sample of adolescents and their parents [en línea]. 2021 [consultado 29 Jun 2022].
17. Wassermann D, Losue M, et.al. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic [en línea]. 2020 [consultado 30 Jul 2022].

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección de Normatividad de Programas de Atención a las Personas
Programa de Salud Mental
República de Guatemala, 2023

ACUERDO MINISTERIAL NÚMERO 254-2023

Guatemala, 22 de agosto de 2023

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de la República de Guatemala establece que el Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollando a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social; y a su vez, indica que cada ministerio estará a cargo de un ministro de Estado, quien tendrá entre otras, las funciones de ejercer jurisdicción sobre todas las dependencias de su ministerio y dirigir, tramitar, resolver e inspeccionar todos los negocios relacionados con su ministerio.

CONSIDERANDO

Que el Código de Salud establece que corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la rectoría del Sector Salud, entendida esta como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional y que para cumplir con las funciones anteriores, tiene las más amplias facultades para ejercer todos los actos y dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de su función; y siendo el caso que debido al análisis técnico efectuado por la dependencia competente de esta Cartera, se estableció la necesidad de contar con un instrumento que permita proporcionar los criterios técnicos para la identificación y el abordaje integral de la conducta suicida en niñez, adolescencia y juventud, y con ello lograr la disminución de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores para los mismos, por lo que deviene necesario emitir el presente instrumento legal.

POR TANTO

En el ejercicio de las funciones que le confiere el Artículo 194 literales a) y f) de la Constitución Política de la República de Guatemala, y con fundamento en los Artículos 93, 94 y 95 de ese mismo cuerpo legal; 27 literales a), f) y m) del Decreto Número 114-97, Ley del Organismo Ejecutivo; 9 literal a), 17 literal a) y 40 del Decreto Número 90-97, Código de Salud, ambos Decretos del Congreso de la República de Guatemala.

ACUERDA

Lo siguiente:

APROBAR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Artículo 1. Aprobación. Se aprueba el Protocolo de Prevención de la Conducta Suicida en la Niñez, Adolescencia y Juventud, el que se encuentra contenido en el documento adjunto al presente Acuerdo Ministerial del cual forma parte integral.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. El Protocolo que se aprueba mediante el presente Acuerdo Ministerial es de observancia nacional y de aplicación obligatoria para las Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud -DDRISS- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Artículo 3. Vigencia. El presente Acuerdo Ministerial empieza a regir inmediatamente y deberá publicarse en la página web oficial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, junto con el Protocolo que se aprueba.

COMUNÍQUESE

DOCTOR FRANCISCO JOSÉ COMA MARTÍN
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

M.A. LESLIE LORENA SAMAYOA JEREZ DE HERMOSILLA
VICEMINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL