

VIDAS SILENCIADAS

UNA TRAGEDIA DE LA QUE NO SE HABLA



Vinculación entre suicidio y embarazo en mujeres adolescentes (2009-2019)



UN SENTIDO AGRADECIMIENTO

a las personas de diversas organizaciones que fueron entrevistadas durante el tiempo que duró la investigación, quienes trabajan por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y jóvenes. Especial agradecimiento a Rossana Cifuentes, Emma López y José Roberto Luna por su compromiso en las consultorías realizadas.

Nuestro profundo agradecimiento a las familias, amistades, autoridades locales, maestras de las adolescentes fallecidas, quienes no dudaron en hablar para evitar que otro suicidio vinculado a violencia sexual y embarazo no deseado/no planeado/forzado vuelva a ocurrir.

Créditos

FLACSO-Guatemala

Programa de Estudios de Género y Feminismos

Walda Barrios-Klee

Coordinadora de Proyecto

Ana Lucía Ramazzini Morales

Investigadora Principal

Karina Peruch Álvarez

Investigadora Componente Cuantitativo

Hilda Beatriz Marroquín Suárez

Realización de Autopsias Verbales

Diseño y diagramación:

Martika Victoria Orellana

Agradecimientos

Comité de Expertas y Expertos

Aracely Tórtola, especialista en sexualidad y comunicación

Emma López, EFPEM-USAC, Mesa Nacional por la Educación Integral en Sexualidad MENEIS

Flor de María Palencia, Escuela de Ciencias Psicológicas USAC

Herbert Bolaños, Unidad de Investigación Profesional, Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC

Linda Valencia, Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala AGOG

María José Lara, La Alianza y Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora

Mirna Montenegro y Ana Victoria Maldonado, Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva OSAR

Paula Barrios y Meeelyn Mejía, Mujeres Transformando el Mundo MTM

Quetzalí Cerezo, Asociación Movimiento por la Equidad en Guatemala AME

Rossana Cifuentes, PSI/GUATEMALA

Actoras y Actores clave

Presentación preliminar y retroalimentación

Alejandro Silva, UNFPA

Ana Silvia Monzón, PEGF FLACSO-Guatemala, MENEIS

Berta María Valdez, INCIDEJOVEN

Cecilia Garcés, Population Council, Instituto EducaGuatemala

Hilda Rivas, OPS/UNFPA/UNICEF

Ingrid Gálvez, Instituto EducaGuatemala

Joseline Velásquez, GO Joven

Ketzalí Sipac Patal, GO Joven

María Luisa Maldonado, OSAR

Marianna Laine, INCIDEJOVEN

Paola Broll, UNFPA

Vinicio del Valle, Grupo Multidisciplinario

ÍNDICE

6	Introducción
10	Capítulo 1: La ruta metodológica
12	1.1 Puntos de partida
14	1.2 Objetivos
15	1.3 Metodología
15	1.3.1 Componente cuantitativo
15	1.3.2 Componente cualitativo
16	1.4 Criterios de inclusión/exclusión
17	1.5 Consideraciones éticas
18	Capítulo 2: Interpretaciones sobre el suicidio e investigaciones recientes
20	2.1 El suicidio en los saberes ancestrales
22	2.2 El suicidio en las tres religiones monoteístas: judaísmo, islamismo, cristianismo
25	2.3 El suicidio en las ciencias sociales
27	2.4 El suicidio desde la perspectiva de género
30	2.5 Investigaciones recientes sobre suicidio y embarazo en adolescentes a nivel nacional y centroamericano
34	Capítulo 3: Mortalidad Materna, salud mental y suicidio en mujeres adolescentes
36	3.1 Una mirada al contexto nacional y regional centroamericano
40	3.2 El suicidio como causa de muerte materna
42	3.3 Los factores de riesgo (biológicos, psicológicos y sociales) del embarazo en adolescentes
45	3.4 Casos de suicidio de adolescentes embarazadas
58	3.5 Hallazgos y reflexiones
72	Capítulo 4: Los vacíos en las estadísticas
74	4.1 Contexto nacional
86	4.2 Datos de suicidios a nivel mundial
87	4.3 Suicidios en Guatemala
96	Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones
98	5.1 Conclusiones
100	5.2 Recomendaciones
105	Bibliografía

“LA PASTILLA



DEL AMOR”

Despertás súbitamente a medianoche,
entre pensamientos que rayan en el delirio
demencial.

Con la vista aletargada, inmersa en una espiral
infinita, intentás inútilmente acabar con el
tormento de pensar.

Emborrachándote de luna, de noche y de
tristeza, sabés que no existe mundo a la salida
de ese túnel -tu propio túnel-

Infinidad de lágrimas agolpan tus ojos, bajando
lentamente a ambos lados de tu rostro,
mientras un viento feroz va enredando tus
pensamientos, arrastrándote por oscuros
laberintos.

Llanto, terror, miedo, odio, tortura, amargura y
desesperanza son los demonios que perforan tu
alma, entregándote a la penumbra y el silencio.

El cuerpo no olvida sus intrincados caminos.
Fuertes son las cicatrices que quedan tatuadas
en la memoria y van desnudando todos tus
miedos y angustias.

¿Cómo escapar de esta realidad?
¿Cómo acabar con esa sensación que se te ha
metido precisamente a vos,
la mujer que pretende ser piedra?

Se abre una grieta en el centro de tu pecho,
obligándote al auto exilio.

Tus ojos distantes, en un viaje sidéreo, van
perforando estrellas infinitas.

Precarias quedan las palabras ante tus llagas
abiertas.

Voces que no vibraron, deseos que se diluyeron
en ese amor no correspondido.
Ráfagas de recuerdos fulguran en tu mente, tan
incomprensibles y rotundos como tus últimos
instantes.

Una voz surge desde las profundas aguas de
tus mares
¿Qué es lo que harás?
Tenés que ir hasta el final
-es la pastilla del amor-
solo tomála, esto pronto se acaba,
la mortalidad es la condena.

Estás hecha de vacío y polvo de estrellas
y, ante el inevitable final, vas con tus 19 años,
corriendo hacia la tumba.

Son ya varias lunas abrazando un olvido que
nunca llega y, para vos, lo incomprensible sigue
siendo el dolor del desamor que supera los
horrores de la muerte.

Karen Molina¹, 2019



(1) Nacida en 1987. Licenciada en Ciencia Política, activista por los derechos sexuales y reproductivos y poeta de Jutiapa, uno de los departamentos de Guatemala en donde, según informantes clave, los suicidios en mujeres menores de edad son muy recurrentes. Recuerda que cuando tenía 13 años (2000), una compañera dos años mayor y del mismo centro educativo donde estudió básicos, se suicidó con una pastilla de phostoxin. Desde entonces escuchó que le decían “La pastilla del amor”, porque decidían tomarla por alguna decepción amorosa, en donde muchas veces también había un embarazo no deseado/no planteado/forzado. Tuvo cercano otro caso, la hermana de un amigo. Y desde diciembre de 2018, mes en el que regresó a vivir a Jutiapa, por lo menos, ha escuchado de tres casos más. En sus propias palabras: *Jutiapa es conocido como el departamento donde nace el sol, pero lamentablemente no nace para todas las personas, o no por mucho tiempo; para algunas, ese sol se pone más temprano, volviendo sus días más cortos y, en muchos casos, también sus vidas.*

INTRO



DUCCIÓN

El Programa de Estudios de Género y Feminismos (PEGF) de FLACSO-Guatemala, desde su fundación en 1996, tiene entre sus objetivos teórico-metodológicos los derechos sexuales y reproductivos, que forman parte de las reivindicaciones del movimiento feminista en la lucha de las niñas, adolescentes, jóvenes y adultas por convertirnos en dueñas de nuestros cuerpos y nuestras vidas.

Las mujeres hemos sido expropiadas de nuestros cuerpos, controlados férreamente por el sistema patriarcal, desde la prohibición de la anticoncepción hasta la penalización del aborto.

A lo largo de estos años, desde el PEGF se ha perfilado una línea de trabajo sobre sexualidad a través de la docencia, la incidencia y la investigación, siendo el abordaje de esta temática una significativa preocupación política, teórica y metodológica.

En el campo de la investigación se han desarrollado, en años recientes, los siguientes estudios: “¡Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes” (2016), “De la normativa a la práctica: la política y el currículo de educación en sexualidad y su implementación en Guatemala” (2017); “¿Cuál es el problema? Masculinidades hegemónicas y su influencia en uniones, matrimonios y embarazos niñas, adolescentes y jóvenes” (2017); “Violencia

ejercida contra las personas LGBTI, el caso de la ciudad de Guatemala” (2017); “Violencia en espacios laborales hacia lesbianas, gais y personas trans en la Ciudad de Guatemala” (2018).

En esta oportunidad el PEGF realiza una investigación sobre la vinculación entre suicidio y embarazo en adolescentes. El estudio del fenómeno del suicidio relacionado al embarazo en adolescentes es considerado el “tema ausente” en los estudios de mortalidad materna. Si bien en América Latina, recientemente se ha comenzado a visibilizar como un problema de salud pública y de derechos en salud reproductiva, aún necesita ser investigado. (Espinoza y Camacho, 2005)

Esta es un área poco explorada en la región, pues no se cuenta con suficientes investigaciones que aporten evidencia sobre el fenómeno del suicidio relacionado al embarazo a pesar de que recientemente la identificación de casos de suicidio vinculado al embarazo en menores ha emergido con la implementación de acciones para mejorar el registro de la muerte materna. (Langer, 2002)

La presente publicación comprende cinco capítulos. El primer capítulo traza la ruta metodológica que se siguió desde el componente cuantitativo y cualitativo, dando a conocer los alcances y limitaciones de esta investigación exploratoria, tanto en la identificación de los casos, la implementación de las autopsias verbales así como en el registro de datos de este fenómeno.

El segundo capítulo aborda algunas reflexiones teóricas que ofrecen un marco de análisis sobre la interpretación del suicidio desde los saberes ancestrales, las religiones y las ciencias sociales. Además, ubica el análisis del tema de investigación a partir de la perspectiva de género. Este capítulo, también presenta los hallazgos del rastreo de estudios recientes sobre la vinculación entre suicidio y embarazos en adolescentes, tanto en Guatemala como en la región centroamericana.

El tercer capítulo se centra en la relación entre mortalidad maternidad, salud mental y suicidio en adolescentes. En éste se realiza una descripción de los riesgos bio-psico-sociales tomando como base un estudio realizado por IPPF, Iniciativas Sanitarias,

Women's Link Worldwide titulado "Pautas para la toma de decisiones clínicas cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer" (Briozzo et al, 2018), y se presentan 14 historias de las adolescentes fallecidas a partir de las autopsias verbales, notas periodísticas y registros hospitalarios.

El cuarto capítulo da a conocer el contexto mundial del suicidio, así como las condiciones del contexto nacional. Además, evidencia los vacíos encontrados en el análisis de las bases de datos, y el impacto que esto tiene para poder conocer la magnitud de la problemática.

Finalmente, el quinto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones, las cuales son planteadas desde una interpretación integral del derecho a la salud.

Nota de apertura: "Lo que

Una de las consignas del movimiento feminista plantea que lo que no se nombra, no existe. A través de esta investigación pretendemos visibilizar esta tragedia vivida por tantas niñas y adolescentes, en un entramado de poderes patriarcales, que silencia sus vidas a través de la muerte.

En el marco del cierre de esta investigación, se presentan los casos de Susana, Lucía, Norma y Fátima ante



no se nombra, no existe”

el Comité de Derechos Humanos de la ONU contra los Estados de Nicaragua, Ecuador y Guatemala. Las cuatro vivieron violencia sexual de alguien cercano y quedaron embarazadas. Enfrentaron los riesgos y consecuencias de un embarazo forzado, no tuvieron opción de decidir, les negaron acceso a información y a servicios esenciales de salud. Las ideas de suicidio estuvieron presentes. Ellas hoy alzan su voz a nivel

internacional para que sus historias no se repitan. Las reconocemos, así como las 14 historias de suicidio de adolescentes en Guatemala a las que tuvimos acceso. Las nombramos porque queremos que existan, en un sistema que silencia sus vidas.



MET



CAPÍTULO

1

LA RUTA ODOLÓGICA

1.1 PUNTOS DE PARTIDA.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida. En el caso de suicidio en adolescentes, es fundamental referirse a la noción de adolescencia, que desde el punto de vista de la salud mental, se plantea como una etapa del desarrollo en la que se presentan particularidades. Es una categoría construida socialmente y utilizada para nombrar el período que va de la niñez a la adultez. La adolescencia no es vivida de la misma manera, está determinada por factores sociales, económicos y culturales. (UNICEF, 2017:7)

En lo que concierne al embarazo en adolescentes, éste es un grave problema de salud pública y de derechos humanos. Se pone en riesgo su salud física, mental y social, limitando el ejercicio de sus derechos fundamentales. Las ideas de suicidio aparecen con frecuencia durante un embarazo no deseado/no planeado/forzado. Muchas veces, la continuación del embarazo y la maternidad son incompatibles con sus proyectos de vida y se ve al suicidio como la única salida.

En el caso de Guatemala, se reconoce que existen avances en la vigilancia y análisis de la mortalidad materna, que permite contar con información oportuna para facilitar la toma de decisiones. No obstante, específicamente en cuanto a suicidios y embarazos en adolescentes, se evidencian vacíos en su registro para hacerlos vinculantes y reconocer al suicidio como causal de muerte materna en adolescentes. Esto a pesar que en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) aplicado a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio, se incluye actualmente el suicidio como una “causa directa” de muerte materna.

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala presenta un descenso de 26% en la razón de muerte materna (RMM) entre el año 2000 y el 2013. A pesar de este avance en la reducción de la muerte materna, el país no alcanzó la meta para el 2015 de reducir la RMM en tres cuartas partes entre los años 1990 y 2015, establecida por el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 5: Mejorar la salud materna. (MSPAS, 2015:37)

Es importante señalar que, en el informe de país sobre mortalidad materna (MM), el análisis por grupo etario muestra un descenso de la RMM en cada grupo, excepto en el de adolescentes (15 a 19 años) donde se observa un incremento importante del estudio realizado en el 2007 (77.9%) al del 2013 (106.9%); lo que refleja el alto riesgo de MM en adolescentes (MSPAS, 2015:19). Esto se conecta con el dato global que postula que las muertes relacionadas con el embarazo son la causa principal de mortalidad para adolescentes entre 15 y 19 años, independientemente si son casadas o solteras.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida.

La reducción de la muerte materna es una de las metas clave para el desarrollo del país y está contemplada en los Objetivos de Desarrollo del Sostenible y la Agenda 2030 (ODS). Entre las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 referente a Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades, se encuentran:

- *Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.*
- *Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar*
- *Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.*

Para alcanzar esas metas, Guatemala necesita tener un panorama exacto de los niveles y causas de las muertes maternas. En la última década el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha venido realizando diversas acciones para la reducción de muerte materna y cuenta con un Plan Nacional de Reducción de la Muerte Materna, así como protocolos, entre los que se encuentran el de Vigilancia de la Muerte en Mujeres en Edad Fértil (10 – 54 años) para Identificación de Muerte Materna, cuyo objetivo general es orientar las estrategias, intervenciones y actividades de identificación de los casos, recolección de los datos, análisis de la información, recomendaciones, acción, evaluación y monitoreo que tienen como propósito la reducción de la mortalidad materna en el nivel local, municipal, departamental y nacional de forma rutinaria.

Todo este escenario resulta propicio para plantear las siguientes preguntas de investigación en tres dimensiones:

Vinculación suicidio-embarazos:

P1: ¿Cuál es la vinculación existente entre suicidios y embarazos no deseados/no planeados/forzados en adolescentes?

Impacto de embarazos en la vida de las adolescentes

P2: ¿Cuáles son las principales características de las adolescentes embarazadas o en período de puerperio que se suicidaron? Ser adolescente y estar embarazada ¿representa un riesgo de suicidio? ¿Cuál es el impacto de los embarazos en la vida de las adolescentes?

Protocolos, salud mental y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos

P3: ¿Cuáles son los vacíos en el abordaje de salud mental de los protocolos vinculados a la atención de adolescentes embarazadas? ¿Qué oportunidades existen para el fortalecimiento y actualización de protocolos respecto a la muerte materna y sus causas? ¿Cómo se puede integrar la salud mental como parte de la salud integral en la agenda pública para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes?

Lo anterior conlleva la necesidad de estudiar la relación entre suicidio y embarazo entre los años 2009-2019, delimitación temporal de 10 años en los que se puede analizar el comportamiento histórico de la problemática en la República de Guatemala.

Las sujetas de investigación fueron mujeres menores de 20 años embarazadas que se suicidaron durante el embarazo o en el puerperio. Existen varias definiciones alrededor de la adolescencia. Esta investigación se adscribe a la definición de la Organización Mundial de la Salud, que define la adolescencia como la etapa entre la niñez y la adultez, comprendida entre 10-19 años, con datos desagregados de acuerdo a los grupos de los 10 a 14 y 15 a 19 años.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General:

Explorar la vinculación entre suicidio y embarazo en adolescentes.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- a) Determinar la relación/magnitud entre el suicidio y embarazos forzados/no deseados/no planeados como causal de muerte materna en adolescentes.
- b) Identificar las principales características de adolescentes embarazadas o en período de puerperio que se suicidaron.
- c) Analizar el impacto de los embarazos en la vida de las adolescentes.

- d) Identificar oportunidades para el fortalecimiento y actualización de protocolos de atención, desde el criterio de la salud mental, que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

1.3 METODOLOGÍA

Se realizó un estudio exploratorio con un componente cuantitativo y un componente cualitativo. Se inició el estudio haciendo una revisión de la literatura existente sobre la problemática, la identificación y análisis de protocolos vinculados a salud mental y embarazos en adolescentes, la atención pre y post natal y aquellos protocolos relacionados con muerte materna. Posteriormente se llevaron a cabo entrevistas con informantes clave con el propósito de identificar registros existentes y casos de suicidio de mujeres embarazadas menores de 20 años.

1.3.1 Componente cuantitativo

Desde el componente cuantitativo se partió del análisis de las bases de datos de estadísticas vitales para establecer el vínculo entre suicidio y embarazo, así como los vacíos existentes. Se llevó a cabo el análisis de los registros estadísticos de las siguientes instituciones, centrando la mirada en las variables: suicidio, edad (menor de 20 años), embarazo.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF)
- Ministerio Público (MP)
- Instituto Nacional de Estadística (INE), con base en el Registro Nacional de Personas (RENAP)

Además, desde este componente se realizó un perfil sobre el estado civil, la residencia, el nivel educativo, la autoadscripción étnica, según lo permitieran las bases de datos, buscando identificar los factores de riesgo de las adolescentes.

1.3.2 Componente cualitativo

El componente cualitativo se enfoca en la metodología de autopsias verbales*, las cuales intentan reconstruir, a través de entrevistas a familiares y otros informantes clave, los eventos que condujeron al suicidio de las adolescentes y el contexto en el que se dio el mismo durante el embarazo o puerperio. El instrumento de entrevista para autopsia verbal contempla aspectos psicosociales y salud mental, específicamente de la adolescente así como del contexto del embarazo y las dinámicas familiares y comunitarias alrededor de éste. Este instrumento fue sometido a un proceso de validación.

Es preciso hacer notar que la metodología de la autopsia verbal tiene la limitación del sesgo de memoria de los informantes clave, sobre todo cuando el caso de suicidio pasó hace muchos años; y el sesgo del duelo que se vive, cuando el caso es reciente.

* Para más información sobre la metodología de autopsias verbales, revisar el texto de María Isabel Lalinde Ángel titulado “La autopsia verbal, reconstruyendo la historia de una muerte materna. En: <https://docplayer.es/14635825-La-autopsia-verbal-reconstruyendo-la-historia-de-una-muerte-materna.html>

Debido a que los registros estadísticos nacionales no permiten establecer el vínculo entre suicidio y embarazo no deseado/no planeado/forzado, no fue posible plantear un marco maestral, que permitiera desarrollar un muestreo probabilístico y representativo, por lo que en este caso se utiliza un muestreo por bola de nieve, y por tratarse de un muestreo no probabilístico no es posible expandir los hallazgos a la totalidad de la población en estudio.

Es por esto que 5 de los casos identificados correspondan al departamento de Alta Verapaz, y 4 al de Jutiapa, no puede asociarse con que sean los departamentos con mayor incidencia, ya que este hecho está afectado por las siguientes circunstancias:

- En ambos departamentos existen iniciativas por parte de personal del Ministerio de Salud, vinculadas a la realización de estudios específicos sobre suicidio, que permitieron contar con información detallada de los casos de suicidio y su vínculo con embarazo, lo que facilitó la identificación de casos en ambos departamentos.
- Uno de los criterios de inclusión para realizar la entrevista, fue partir de que las familias quisieran hablar. Otros casos fueron identificados en otros departamentos, pero debido al estigma que se vive alrededor de un suicidio, las familias se negaron a brindar la entrevista.

Para lograr el acercamiento a los casos, tanto el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) como los contactos establecidos en un primer mapeo de informantes clave con organizaciones que se dedican a la salud reproductiva, violencia sexual, salud mental y justicia, resultó crucial. La entrevistadora fue una persona clave en este proceso, acercándose a los lugares donde habían rumores de algún caso, confirmando con los hospitales y autoridades locales, así como visitando a las familias.

Además, se aplicó la técnica de análisis hemerográfico para identificar casos en los principales medios de comunicación, sobre todo a nivel escrito. Es de enfatizar que la gran mayoría de estos casos no aparecen en los medios tradicionales de mayor circulación. El suicidio sigue siendo un tema tabú en el país.

1.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Criterios	Fallecida	Informante clave
Inclusión/exclusión	Mujer adolescente (menor de 20 años) embarazada que se suicida durante el embarazo o en el puerperio, durante los años 2009-2019.	<ul style="list-style-type: none"> • Es familiar, amistad, maestra, autoridad local. • Conoce de manera cercana a la joven embarazada fallecida. • Consiente participar en la entrevista.

1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se cuidó la selección del personal para desarrollar el trabajo de campo. Por la temática a trabajar y el contacto directo con personas cercanas al evento de suicidio, se escogió personal con formación en ciencias sociales y perspectiva de género, experiencia en la aplicación de instrumentos con sensibilidad de género y etnia, y con capacidad de empatía con las personas participantes del estudio.

Se desarrolló un Plan Formativo para el personal del equipo de investigación, el cual incluyó:

- Contextualización de la problemática del estudio.
- Presentación de los objetivos e impacto del estudio.
- Presentación de la estrategia metodológica del estudio.
- Capacitación en el instrumento de autopsia verbal.
- Taller sobre abordaje del duelo.
- Capacitación sobre protocolo de contención.
- Capacitación sobre protocolo de seguridad.

Cada una de las personas entrevistadas para la implementación del instrumento de autopsias verbales, fue informada de los objetivos y procedimientos del estudio a través de un consentimiento informado en el que se contempla su derecho a rehusarse a participar, aun cuando hubiera aceptado inicialmente, a no responder cualesquiera de las preguntas o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna consecuencia. Se protegió en todo momento el anonimato de las personas participantes y se garantizó no publicar ningún nombre ni dato que pueda comprometer la seguridad de las y los informantes ni la identificación de la adolescente fallecida.

Además, la capacitación para la aplicación de las autopsias verbales así como del plan de contención, incluyó una ruta para atender de la mejor manera posible a los familiares y personas allegadas que fueran informantes clave, ya que la aplicación de autopsias verbales puede detonar aspectos psicológicos relacionados con la pérdida de la adolescente, máxime en un periodo de duelo. Se proporcionaron herramientas a las entrevistadoras para apoyar al informante si entraba en crisis así como para evaluar la pertinencia de continuar o no con la entrevista.

Es importante mencionar la conformación de un Comité de Expertas y Expertos sobre el tema de estudio, quienes han retroalimentado la investigación a partir de los hallazgos, desde sus opiniones especializadas. Asimismo, se realizó una presentación preliminar a actrices y actores clave que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional.



INTE
SOB
e inv

CAPÍTULO

2

INTERPRETACIONES RE EL SUICIDIO

investigaciones recientes

Resulta indispensable, antes de abordar la situación de las adolescentes que cometen suicidio por un embarazo no deseado/no planeado/forzado, realizar un breve recorrido sobre la interpretación del suicidio desde los saberes ancestrales, religiones, ciencias sociales, y en particular la perspectiva de género. Todas estas interpretaciones permiten dar cuenta de las formas en que éste es concebido así como de muchas de las reacciones -familiares y comunitarias- de quienes se explican el fenómeno a partir de la sujeta fallecida y las condiciones del suicidio. Vale la pena mencionar la importancia de profundizar en los estudios sobre el suicidio en los pueblos originarios en la actualidad, el cual representa un desafío que rebasa este estudio.

2.1 EL SUICIDIO EN LOS SABERES ANCESTRALES

Un rastreo en la región mesoamericana, da cuenta que antes de la caída de Tenochtitlán, derivada de la invasión española, el suicidio era considerado un acto valeroso de autosacrificio en el que se ofrendaba la vida.

Según Patrick Johansson (2014), esta era una práctica llamada Nenamicitliztli, una forma de honrar a sus ancestros, haciendo los mismos sacrificios que habían realizado para lograr la armonía con el cosmos.

Señala este autor que la muerte de esa manera; es decir, por voluntad propia era una forma respetable de preservar la vida, la propia existencia. (Garrido, 2017)

Quienes cometían muerte por voluntad propia, iban directamente a Cincalco o la Casa del Maíz, en donde eran esperados por Ixtab.

Se considera a Ixtab, la energía que equilibra la vida y la muerte. Vida y muerte son parte de un todo, no existe la una sin la otra. Ixtab significa “la de la cuerda” debido a que se quitó la vida ahorcándose colgada de un árbol.

A Ixtab, la energía que equilibra
la vida y la muerte, se le
relaciona con preservar la vida
y la armonía.

Es así como a Ixtab se le representa con los ojos cerrados, colgada de un árbol y con un lazo amarrado de su cuello. Su imagen aparece en el Códice de Dresde.

El acto del suicidio era considerado desde un sentido colectivo, se realizaba para pedir una buena cosecha o el bienestar de las comunidades y familias. Tenía una vinculación directa con la fertilidad y el crecimiento. La forma más valorada de quitarse la vida voluntariamente era por ahorcamiento, imitando a Ixtab (Johanson, 2014: 73). Era una manera honorable de morir, similar a quienes habían muerto en sacrificios, prisioneros de guerra o en batallas y mujeres muertas durante el parto.



Ixtab protegía a quienes se suicidaban acompañándolos y ofreciéndoles refugio y fortaleza.¹

Desde estas comovisiones de los pueblos originarios, no concebían al suicidio como en la época contemporánea, en la que por la influencia judeocristiana es identificado como “pecaminoso”. Mas bien, era una forma de valorar lo colectivo frente a lo individual.

¹ La psicóloga Ninette Mejía en su conferencia sobre el análisis de las formas de suicidio y su simbología, señala que el suicidio por ahorcamiento significa problemas con la madre, el cuello es el vínculo con la madre y la cuerda se asocia al cordón umbilical. En el caso de Ixtab de acuerdo a la cosmogonía representa una madre que espera a sus hijos e hijas después de la muerte.

Un equipo de investigación de la Universidad de Colombia (2017) realizó un estado del arte sobre suicidio en pueblos indígenas encontrando que “la literatura revisada indica que la tasa de suicidios en los pueblos originarios es mayor que la de la población general en el mundo (sobre todo en jóvenes). El enfoque prevalente de los estudios revisados es cualitativo y epidemiológico desde factores de riesgo. Por lo general, la conducta suicida en pueblos indígenas se observa epidemiológicamente desde un enfoque clásico que ignora su cosmovisión. Por lo tanto, este fenómeno se debe comprender más como un hecho social que individual, en el cual existe un desequilibrio entre procesos destructivos y protectores de salud y vida.” (Vargas-Espíndola et al, 2017:129) ²

2.2 EL SUICIDIO EN LAS TRES RELIGIONES MONOTEÍSTAS: JUDAÍSMO, ISLAMISMO, CRISTIANISMO

Como ya se mencionó, en las tradiciones judeocristianas se considera el suicidio como pecaminoso, en especial en la religión católica, porque se parte de la idea que Dios es el dador de la vida, y solamente él la puede quitar, lo que conduce a un fuerte estigma social sobre el mismo.

Existe un velo de silencio que recubre el evento, y los familiares de la persona fallecida tienden a no desear hablar al respecto; en una mezcla de sentimientos encontrados y en algunos casos muestra la sensación de culpa y la percepción de “deshonra familiar” ante la comunidad.

El doctor Ruiloba Ausin (2017) establece las formas en que las tres religiones monoteístas comprenden el suicidio:

En el judaísmo, existe la creencia de un Dios providente y omnipotente, y creador tanto del pueblo judío como del universo. Se reveló ante este pueblo y le dio leyes de conducta a seguir, los diez mandamientos y las prescripciones rituales de los libros tercero y cuarto de la Torá.

² Las publicaciones revisadas fueron escritas en el siglo XX, sobre todo a partir de 1978. El 81% de los documentos revisados se escribieron en inglés, el 14% en español y el 5% en portugués.

Según menciona este autor, existen siete preceptos o leyes de los Hijos de Noaj (del hebreo: Sheva Mitzvot Benei Noaj), citados en el Talmud (Sanhedrín 56^a/b): un mandamiento positivo con respecto a establecer cortes de justicia y seis prohibiciones en contra de idolatría, blasfemia, asesinato, conducta sexual impropia, robo, y comer carne de un animal vivo; uno de estos preceptos es la prohibición de cometer suicidio.

Señala que se habla, inclusive, de situaciones especiales para proteger la vida como son:

- *Quien mata a un ser humano, aun dentro del vientre de su madre (40 días después de la concepción) recibe la pena capital.*
- *Prohibida la eutanasia y el suicidio.*
- *La muerte por proteger a alguien está prohibida excepto si se es el agredido.*
- *Está prohibido contratar un sicario.*

“El suicidio se considera como un pecado contra Dios, pues es el único que tiene el derecho sobre la vida y la muerte (Deuteronomio XXXII, 39). Se le considera también como un pecado contra los seres humanos y la sociedad”. (Ruiloba Ausin, 2017)

En cuanto al islamismo, este autor plantea que existe la creencia de cuatro pilares de predestinación:

- *Dios abarca todas las cosas.*
- *Dios ha escrito todo en una tabla preservada Al Laûh Al Mahfudh*
- *Todo lo que sucede es porque Dios así lo quiere; y lo que Dios no quiere es imposible que suceda.*
- *Toda criatura, su ser y sus actos son creación de Dios.*

En el Islam también se prohíbe el suicidio, pero no el sacrificio por una causa que vaya más allá de lo personal. Sus creencias se centran en que lo que acontece es designio de Alá, aunque reconocen que los seres humanos tienen la capacidad de elección. Para el Islam, el suicidio es una mala decisión. (Ruiloba Ausin, 2017)

“En la teología islámica el suicidio está unánimemente condenado. Aún más, matarse uno mismo representa dudas personales respecto al cuidado y la provisión de Dios. Representa una evasión cobarde de las pruebas que Dios ha destinado para el ser humano, por lo tanto es una indicación de flaqueza de fe “. (Schirmmacher, 2012:250-265, citado por Carmona Parra, 2015:30-31)

El cristianismo y en especial la Iglesia Católica, siempre se ha pronunciado en contra del suicidio, condenándole como crimen grave y por lo tanto, como pecado mortal.

En el cristianismo, expresa Ruiloba Ausin (2017), se encuentra también la condena contra el suicidio. En el Credo Católico se menciona que “Dios es Padre Todopoderoso”, “Jesucristo, Hijo Único de Dios” y “Espíritu Santo es Señor y Dador de Vida”, por lo que el suicidio se considera que va en contra de los deseos de Dios y es un pecado grave.

El cristianismo y en especial la Iglesia Católica, siempre se ha pronunciado en contra del suicidio, condenándole como crimen grave y por lo tanto, como pecado mortal. En el concilio Vaticano II (en la constitución *Gadium et Spes*, número 27), se señala que el suicidio deliberado es infamante y deshonor a quien lo comete, siendo totalmente contrario al honor debido a Dios.

El suicidio es una negación al amor de Dios e incluso se le considera un acto de egoísmo e injusticia.

De acuerdo a Ruiloba Ausin (2017), antes que se cometa el suicidio que él denomina corporal, existe un suicidio previo, que es el suicidio moral: “El suicidio es un asesinato, es quitar vida; pero no solo se quita la vida el suicida, sino que durante el proceso de suicidio moral quita vida a los que le rodean, sean amados o no amados por el suicida. Es a mi modo de ver entre muchas cosas que el suicidio moral, es el primer suicidio que existe; pues como el segundo suicidio, el físico, quita la vida y no solo la del suicida sino a los que le rodean.”³

El impacto, tanto psicológico y social sobre la familia y la sociedad, no es mensurable. “En promedio un suicidio afecta íntimamente a otras seis personas; y si ocurre en una institución o sitio de trabajo, afecta a cientos de ellas. “ (Baader, 2011:2)

3. Publicado por Marta Hamill, www.tanatologías.com.mx/2011/10/17/el-suicidio-en-las-tres-grandes-religiones-monoteistas.

2.3 EL SUICIDIO EN LAS CIENCIAS SOCIALES

Desde que el clásico de la sociología Emilio Durkheim (1858-1917), inició sus reflexiones sobre la trascendencia moral e intelectual de la vida colectiva⁴, se empezó a plantear la necesidad de reflexionar sobre el suicidio desde una explicación no religiosa, probablemente muy impactado por el suicidio de su amigo y compañero de estudios Víctor Hommay.

Así, fue Durkheim quien posicionó el suicidio como un hecho social y no como un hecho religioso. Este autor, además, señala la necesidad de comprenderlo más allá de una perspectiva estrictamente psicológica. Si bien reconoce que la decisión de quitarse la vida es demasiado íntima y personal, califica al suicidio como un hecho social al sostener que el contexto social influye de manera poderosa en éste. Propone la definición sociológica de suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producirse ese resultado.”

Es decir, se trata de un acto voluntario en el que la persona sabe que la muerte sobrevendrá. Señala que el acto puede ser positivo o negativo, considerando llevar a cabo una acción consciente que producirá la muerte, o bien, dejar de hacer algo que tendrá las mismas consecuencias.

Con su obra “El Suicidio”, por primera vez en la historia de la sociología, se llevó a cabo un estudio estadístico sobre el tema. Revisó 26 mil expedientes de suicidios en Francia, Alemania, Italia y España, en una época en que no se contaba con los recursos tecnológicos de los que se disponen actualmente.

Durkheim propone la definición sociológica de suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producirse ese resultado.”

4. Que fueron expuestas en su obra señera “La división del trabajo social” (1893) y posteriormente en “Las formas elementales de la vida religiosa” (1912).

En su análisis del suicidio, Durkheim consideró una serie de variables: el país, sexo, edad, religión, estado civil, densidad familiar, entre otras. En este sentido, presenta los datos desagregados por sexo. Esto representó un enfoque avanzado para su tiempo, en donde no se hablaba de perspectiva de género. Entre los datos que encontró en aquella época (1897) destacó que el suicidio es más un fenómeno urbano que rural, que se suicidan más los hombres que las mujeres, pero encontró evidencia en torno al mayor número de mujeres en centro psiquiátricos.

Las correlaciones establecidas por Durkheim, merecen un estudio contemporáneo, no obstante hay algunas cuestiones que se continúan reproduciendo en las sociedades actuales.

Durkheim plantea una tipología de suicidios sociales, convenientes de referir:

Denomina suicidio anómico, cuando la persona percibe que ha perdido el respaldo social así como el sentido de pertenencia. El relajamiento de las normas sociales o su ausencia, pueden orillar a las personas a quitarse la vida.

Lo contrario sucede con el suicidio altruista, en el que la persona se quita la vida, en aras de la sociedad y lo colectivo. Entrega su vida a una causa que considera justa, como los kamikazes japoneses en la segunda guerra mundial, y los recientes realizados por el terrorismo islamista; en donde la causa social es más importante que la propia vida.

El tercer tipo, es el suicidio egoísta, en el que la persona solamente piensa en sí misma, se siente abandonada por la sociedad y el grupo, no encuentra salidas a su situación y por eso toma la decisión de quitarse la vida.

El cuarto tipo es el suicidio fatalista, donde la persona no encuentra otra forma de abandonar la situación en la que se encuentra, en un contexto donde las reglas a las que está sometida son demasiadas y muy duras. Ejemplo de este tipo de suicidios son los que se dan en las sociedades esclavistas.

Lo valioso del análisis sociológico de Durkheim es su argumentación sobre que el suicidio es ante todo un hecho social y sus causas no sólo son rigurosamente psicológicas ni individuales. Pero además, una de sus conclusiones plantea que para reducir los suicidios, las sociedades y comunidades requieren más cohesión y solidaridad orgánica.

Desde su perspectiva, existen diversas causas sociales, así como contextos, donde sucede el mismo, y lo concibe como un fenómeno histórico y anómalo. En este sentido, plantea la necesidad de desarrollar estrategias que corrijan esta anomalía, para lo cual recalca el rol de las instituciones y los grupos de profesionales, en la disminución y prevención del mismo. (Castro, 2017:18)

Así, pues, Durkheim da la pauta para comprender el suicidio desde lo social y ubica el sentido de la necesidad de cohesión para disminuirlo.

En años recientes, se han desarrollado análisis sobre el suicidio que responden a una visión más integral del fenómeno. Esto se ilustra, por ejemplo, en la compilación realizada por Jaime Alberto Cormona Parra (2015), en la que el suicidio se analiza bajo cuatro perspectivas: neuropsicológica, teológica, epidemiológica y sociológica.

2.4 EL SUICIDIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

De acuerdo a la OMS (2011) “el suicidio es un fenómeno complejo en el que se involucran elementos psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales de forma simultánea, que llega a convertirse en un problema de salud pública”. Dentro de estos elementos, la diferenciación en la construcción del género juega un papel fundamental.

Es en la década de los 90, con la institucionalización del enfoque de género a partir de la IV Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Beijing (1995), que el suicidio empieza a analizarse con una perspectiva de género y en algunos estudios a vincularse con la violencia machista.

No obstante, desde una perspectiva histórica no puede dejar de mencionarse que en los años 70 Gayle Rubin publicó su célebre texto “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”⁵, en el proponía el concepto de sistema sexo/género, entendido como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986: 97), en el que argumenta la subordinación de las mujeres en el sistema patriarcal.

Rubin insiste en que, en el ordenamiento jerárquico de la sociedad, en el cual las mujeres estamos totalmente subordinadas, nos constituimos en lo que Monique Wittig denominó “vil y preciosa mercancía”; debido a que el sistema social se ancla en “un aparato social sistemático que emplea a las mujeres como materia prima y modela mujeres domesticadas como producto.” (Rubin, 1986:96)

En este contexto, la violencia -en el marco de la masculinidad hegemónica- se convierte en la principal estrategia de sujeción. En una investigación precedente titulada “¿Cuál es el problema? Masculinidades hegemónicas y su influencia en

⁵ Publicado en inglés en 1975 en Reiter Rayana (comp) *Toward an anthropology of women*, Monthly Review Press, New York; en castellano casi una década después en 1986 en la Revista Nueva Antropología No. 30, traducido por Stella Mastrangelo

uniones, matrimonios y embarazos en niñas, adolescentes y jóvenes” (FLACSO/ UNFPA, 2017), se analizó, desde la perspectiva de género, la categoría de masculinidad hegemónica que se caracteriza por la naturalización de la violencia, la apropiación de sus cuerpos y el control de la sexualidad, y la limitación de la autonomía.

Ese estudio nació de uno anterior, titulado “¡Me cambió la vida! Embarazos, uniones y vulneración de derechos en adolescentes”(FLACSO/MSPAS/UNFPA, 2015), que da cuenta también desde la perspectiva de género, del entramado de poderes de esta compleja problemática en donde menores de edad viven la vulneración de sus derechos así como múltiples violencias: 9 de cada 10 entrevistadas deja de estudiar debido al embarazo; 9 de cada 10 no participa en ningún espacio de organización en su comunidad principalmente porque debe cuidar a sus hijas e hijos; 8 de cada 10 no trabaja fuera del hogar. Otro hallazgo relevante fue que al preguntarles dónde encuentran información sobre métodos anticonceptivos, únicamente 2 de cada 10 mencionó que en la escuela, mientras que 7 de cada 10 encuentra la información en los centros de salud, cuando va a éstos porque ya está embarazada.

Estos hallazgos dan pauta para analizar la ideación del suicidio frente al peso del embarazo no planeado/no deseado/forzado en la vida de las adolescentes.

Estudios recientes⁶ muestran una mayor tendencia de los hombres a suicidarse, así como la forma distinta en que la muerte se realiza: “arma de fuego, vivir solo y suicidio bajo efectos del alcohol se asociaron al sexo masculino, mientras el suicidio en casa y dejar una nota previa se asociaron al género femenino.” (González et al., 2010:251)

Uno de los estudios realizados en Colombia demostró que las mujeres planifican más el acto suicida motivado por conflictos y relaciones de pareja. El amor romántico concebido desde el patriarcado⁷ favorece las relaciones tóxicas de dependencia, el destino de madresposas⁸, el despecho amoroso, la baja autoestima para las mujeres y una serie de situaciones que devienen de las relaciones de noviazgo⁹, y que se evidencian en la mal llamada “pastilla del amor”¹⁰, la cual es muy utilizada en los suicidios de las adolescentes. El embarazo unido al desamor¹¹, la violencia sexual, la ausencia de autonomía y falta de apoyo resulta impactar en las decisiones de llevar a cabo un suicidio.

6 Pueden revisarse, entre otros, *El Suicidio masculino, una cuestión de género*, en : https://www.researchgate.net/publication/273120744_EL_SUICIDIO_MASCULINO_UNA_CUESTION_DE_GENERO Así como *¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena?* En:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300008

7 En esta línea es que Kate Millet señala que “el amor ha sido el opio de las mujeres”. En entrevista a *El país* https://elpais.com/diario/1984/05/21/sociedad/453938405_850215.html

8 El siguiente caso ilustra la decisión del suicidio frente a las obligaciones de atender un hogar a temprana edad a pocos meses de haberse casado <http://www.prensalibre.com/guatemala/baja-verapaz/adolescente-16-aos-se-suicida-en-rabinal>

9 Véase la noticia ilustrativa en: <https://www.soy502.com/articulo/mujer-habria-suicidado-amor-lago-atitlan-solola-50172>

10 Phostoxin, un fumigante sólido a base de fósforo de aluminio y otros componentes que se utiliza para “curar el maíz” y que resulta letal al ser ingerido.

11 El siguiente caso ilustra la socialización del amor romántico con un hombre de mayor edad: <https://www.prensalibre.com/ciudades/jalapa/deja-mensaje-escrito-al-hombre-del-que-se-enamoro-antes-de-envenenarse/>

“En el sexo femenino es la depresión lo que suele causar este impulso mientras que en el masculino está vinculado con problemas de agresividad, alcohol e impulsividad. En relación con el método utilizado para el suicidio, se observa que las mujeres produjeron su muerte por intoxicación o envenenamiento, en tanto que los hombres por ahorcamiento.” (Egea, 2011:70)

Otro estudio realizado en Chile mostró que “las mujeres cometen suicidios en mayor porcentaje a edades tempranas (entre 11 y 20 años), en cambio los hombres cometen suicidios más frecuentemente en edad adulta (entre 41 y 50 años).” (Egea, 2011:6)

Autoras contemporáneas coinciden en que el suicidio de mujeres jóvenes por violencia sexual o embarazo no deseado constituye una de las formas de violencia de género. De acuerdo a Naciones Unidas la violencia en contra de las mujeres es “...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (ONU, 1993:3, citado por Antúnez 2016:116). En esta línea de argumentación se encuentran trabajos como el realizado por Javier Antúnez (2016) que analiza el feminicidio/ suicidio como “una forma extrema de violencia de género.”

De acuerdo a Altúnez para evitar esta forma extrema de violencia de género se requiere de “una educación sexual cuestionadora de los estereotipos de género y del machismo dominante en la sociedad (...) para avanzar hacia una sociedad más equitativa en cuestiones de género, menos restrictiva para la mujer y que, a su vez, no exija al varón adaptarse a un modelo masculino en obsolescencia, cuya adecuación al mismo no es más que ilusoria y provoca diversas consecuencias negativas para éste” (Altúnez, 2016:125). La enseñanza desde el enfoque de educación integral en sexualidad provee herramientas para desmontar la violencia de género.

“Las mujeres cometen suicidios en mayor porcentaje a edades tempranas (entre 11 y 20 años), en cambio los hombres cometen suicidios más frecuentemente en edad adulta (entre 41 y 50 años)”

Además, las mujeres enfrentan la violencia sexual que es la principal causante de los embarazos forzados, en especial en menores de edad. En los estudios realizados sobre el embarazo por violación por la asociación Sí, Mujer de Colombia (2004)¹² lo tipificaron como detonador de crisis múltiples para la mujer afectada, y puntualizan que “el embarazo por violación es la más específica de las violencias de género, que ha pasado mimetizada bajo expresiones de la cultura y del sistema patriarcal.”

La denominan crisis múltiple, porque afecta a la mujer en su integridad personal, social, sexual y existencial. Concluyen que “un número indeterminado de mujeres violadas y con embarazo por violación no lo comunican y optan por el suicidio.” (Sí, Mujer 2004)

Como plantea la investigadora María Dolores Castro:

“Es importante considerar el vínculo entre el suicidio con los derechos sexuales y derechos reproductivos y las relaciones de poder basadas en género, puesto que por lo general y lo que evidencia la literatura, las decisiones de quitarse la vida son producidas por un embarazo no planificado, no deseado, que a su vez devela la limitada autonomía y empoderamiento de las adolescentes sobre sus cuerpos y decisiones, la violencia sexual de la que pueden ser víctimas y la limitada educación sobre una sexualidad integral, escaso acceso a servicios de salud y ausencia de información en anticoncepción, prevención y otros cuidados de la salud”. (2017:10)

2.5 INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE SUICIDIO Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES A NIVEL NACIONAL Y CENTROAMERICANO

En el caso específico de Guatemala existen algunos estudios que abordan, a diferentes niveles y escalas, la vinculación entre suicidio y embarazo en adolescentes. Caso ilustrativo es el estudio titulado “El matrimonio infantil y las uniones de hecho forzadas en adolescentes en Guatemala” (Cabrera, 2011), el cual tiene un capítulo de suicidio nombrándolo como opción desesperada. Ese mismo año, la Fundación Sobrevivientes realizó el estudio “Violación y embarazo: análisis de las secuelas psicológicas” (2011), en el que destaca un alto índice de disforia, aislamiento, depresión, agresividad, así como ideas suicidas.

12. Sí Mujer, es una institución prestadora de servicios que se ha especializado en la atención integral a mujeres víctimas de violencia sexual y en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que está permitida en Colombia por 3 causales: 1) cuando el embarazo genere riesgo para la salud o la vida de las mujeres (emocional o física); 2) cuando el embarazo es producto de violación; 3) cuando el feto tiene una malformación fetal incompatible con la vida.

En años más recientes, se ubica la investigación que lleva el título de “Los embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala ¿Un eslabón más del continuum de violencia contra las mujeres?” (Mujeres Transformando el Mundo, 2014). A través de entrevistas a profundidad a adolescentes y entrevistas a informantes clave evidencian, a lo largo del texto, situaciones de suicidio directamente derivadas de embarazos.

Las autoras mencionan que “...efectivamente existen vínculos entre los embarazos en adolescentes, la violencia sexual contra adolescentes y varios de los suicidios de adolescentes que se registran en el país”. (MTM, 2014:9)

En esta investigación, dos de las entrevistadas, Mariana y Claudia¹³ intentaron suicidarse luego de enterarse que estaban embarazadas como resultado de la violencia sexual. Claudia, por ejemplo, menciona que no quería ser madre a los once años, pero la madre la forzó. Ella expresa que no quería vivir así y recurrió a los intentos de suicidio, la autoagresión y la agresión pasiva hacia su hija. (MTM, 2014:32)

En el estudio se resalta el impacto emocional como una de las implicaciones más profundas para las niñas y adolescentes. Este impacto emocional se manifiesta de distintas maneras: estrés postraumático, ansiedad, angustia, depresión, delirios de persecución, paranoia, fobias, alteraciones del sueño, etc. En algunos casos llegan a manifestar serios niveles de agresividad, ira y frustración.

Este estudio se señala que

“Algunas niñas y adolescentes víctimas de este continuum de violencia han optado por el suicidio. Ello ante el peso insostenible del poder patriarcal que adquiere una forma psíquica frente a las víctimas, imponiéndoles prejuicios y estereotipos acerca de lo que debe ser una femineidad adecuada. Se traduce en sentimientos negativos tales como la culpa, miedo, frustración, vergüenza e inadecuación constantes. Ese entramado de emociones ha llevado a muchas de ellas a terminar con su vida.” (MTM, 2014:70)

En el año 2015 PPGlobal realiza el estudio “Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9–14 años”. En éste contempla un apartado sobre el impacto de las maternidades forzadas en la salud mental, en el que plantea que es común que la violación sexual y el embarazo forzado generen en las mujeres una afectación emocional, que puede llegar hasta la ideación suicida o el suicidio. De hecho, en el caso de Guatemala, la evaluación psicológica después del parto mostró que 12 de 20 (60%) adolescentes que participaron en la investigación tenían señales de daño emocional. (PPG, 2015:25)

¹³ Nombres ficticios.

El estudio resalta que la violación sexual y el embarazo forzoso afecta todas las dimensiones de la salud, incluso la salud mental, generando una afectación emocional que puede llegar a la ideación suicida o el suicidio; y siendo adolescentes, tienen mayor riesgo de sufrir psicopatologías después de una incidencia de violencia sexual; además, un embarazo forzado bajo estas circunstancias puede generar una afectación psicológica, perjudicando su salud mental. (PPG, 2015:59)

Por otra parte, en esa investigación, se evidencia la falla en proveer servicios de salud mental integrales a las víctimas de violencia sexual, la mayoría del tiempo pasándola por alto o bien, dándola desde una actitud proteccionista de la maternidad. (PPG, 2015:59)

Vale la pena resaltar que en la búsqueda preliminar de estudios, también existen varias tesis relacionadas con la temática, entre las cuales sobresalen: “La salud mental desde la perspectiva maya” (Tubín, 2004) y “Suicidio en menores de edad desde el punto médico y legal” (Urizar, 2007); así como otras más específicas vinculadas a las “Consecuencias psicológicas en adolescentes embarazadas por violencia sexual” (Rodas, 2014) y “El perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado” (Ramos, s/f). La mayoría de ellas ubicadas espacialmente en alguno de los departamentos de Guatemala, ninguna con alcance nacional¹⁴.

No obstante, una tesis fundamental para este estudio es la del Dr. Jorge Cabrera sobre mortalidad materna¹⁵. Los resultados del estudio evidencian que las causas de mortalidad materna son similares a los reportados en la literatura, sin embargo, en el Hospital Nacional de Cobán¹⁶, las intoxicaciones con fines de suicidio toman un papel importante como causa de mortalidad materna, ocupando junto a la sepsis, el tercer lugar como causa de muerte materna.

Uno de los hallazgos más relevantes en cuestión de estudios recientes en la región centroamericana, es la investigación titulada “Suicidio relacionado al embarazo: estudio multicéntrico en países seleccionados de América Latina: Honduras, El Salvador y Guatemala” (Camacho et.al, 2013), el cual fue financiado por UNFPA y se encuentra inédito. En las conclusiones de su versión preliminar, afirman que todas las muertes por suicidio relacionadas al embarazo descritas en ese estudio entrarían en el grupo de las causas obstétricas directas según la nueva clasificación de CIE 10 MM, ya que ninguna adolescente tenía enfermedad mental previa.

¹⁴ La revisión mostró, además, un ensayo directamente vinculando salud mental en jóvenes embarazadas como producto de violaciones, reconociéndolo como un problema nacional (Colussi, s/f).

¹⁵ Mortalidad Materna en Niñas y Adolescentes que consultan al Hospital Nacional de Escuintla y Hospital Nacional de Cobán. Maestría en gestión del desarrollo de la niñez y adolescencia, Universidad Rafael Landívar, Guatemala, 2016.

¹⁶ Cabecera departamental de Alta Verapaz, uno de los 22 departamentos de Guatemala.

El Salvador, a nivel de la región centroamericana, es el que presenta mayores avances en el abordaje de la vinculación suicidio y embarazos en adolescentes. De hecho, desde un estudio de línea base sobre mortalidad materna en ese país se revela que en el 2005-2006, el suicidio fue la tercera causa de defunción más frecuente, especialmente entre las adolescentes. Del total de muertes maternas (82 casos), las causas indirectas representan el 39% y entre éstas, el 40.6% (13 casos) se debieron a envenenamiento auto-infligido (MSPAS, El Salvador, 2006).

La revisión de literatura en El Salvador llevó a identificar otros estudios específicos sobre el tema, entre los que sobre salen investigaciones realizadas en las zonas de Oriente y Occidente de ese país. Una de ellas, titulada “Factores Sociales relacionados con la Mortalidad Materna por Intoxicación en la Zona Oriental de El Salvador de Junio 2005 a Mayo 2006” (Salazar, 2009) y la otra “Investigación del Embarazo en adolescentes vinculada al suicidio en la Regional de Salud De Occidente” (Landa, 2013).

Además, en este país centroamericano, en el marco de la Reforma de Salud, se oficializaron los Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo. Esto apoya las intervenciones institucionales e intersectoriales para abordar la salud mental en embarazadas.

Se considera importante hacer mención de estos estudios no solo por ser pioneros en la región, sino porque se constituyen en una suerte de puerta de entrada de lecciones aprendidas para el desarrollo tanto de investigación como de incidencia en intervenciones integrales en Guatemala.

En mayo de 2019, se presentó el estudio del UNFPA El Salvador titulado: “¿Sin opciones? Muertes maternas por suicidio”, en el que se dan a conocer 14 historias de mujeres embarazadas que se suicidaron, entre 2011 y 2018. Es valioso enfatizar que algunas de estas historias, en donde se vincula el embarazo y el suicidio, se dan en el contexto de la problemática de las pandillas.



**MORT
SALUD MEN
MUJERE**

CAPÍTULO

3

**ALIDAD MATERNA,
TAL Y SUICIDIO EN
S ADOLESCENTES**

3.1 UNA MIRADA AL CONTEXTO NACIONAL Y REGIONAL CENTROAMERICANO

A partir de los primeros acercamientos con informantes clave, se logró contar con un panorama general sobre la vinculación entre suicidios y embarazos en adolescentes.

Desde el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva OSAR, se señaló que hace aproximadamente 3 años, a través de esfuerzos interinstitucionales, se ha intentado establecer el vínculo entre embarazo no deseado y suicidios en adolescentes.

Al momento de la entrevista (2017), se mencionó que uno de los obstáculos es que la OMS no brinda la base técnica que permita argumentar con fuerza a favor de esta correlación como causa de muerte materna para que forme parte de los registros bajo ese acápite.

Desde su perspectiva, a esto se suma que el 60% de los certificados de defunción los hacen los alcaldes, en cuyo caso no tienen los elementos técnicos para elaborar certificados de defunción confiables y que permitan establecer causales de muerte.

A nivel del territorio guatemalteco, el OSAR tiene casos registrados de suicidios por embarazo en Quetzaltenango, Jalapa y Chiquimula.

Además, se tuvo la oportunidad de conversar con una informante clave del OSAR de Jutiapa, quien comenta que ha habido un repunte de suicidios de adolescentes en este departamento, en donde se han llegado a reportar 40 suicidios, por múltiples causas, en un año. La tendencia es la utilización del phostoxín, que se usa para combatir los gorgojos en el maíz y frijol, y que es un potente insecticida, mal llamada “la pastilla del amor”, por la recurrencia de su uso en casos de decepciones amorosas.

Jutiapa ha sido un departamento de mención recurrente durante las entrevistas a algunos informantes clave. Un informante clave del Componente Materno Infantil de la Dirección de Hospitales, coincide en plantear que a partir de 2013 ha habido un repunte de suicidios en el oriente de Guatemala, en especial en los departamentos de Jalapa y Jutiapa.

De hecho, en el mes de mayo del año 2017, un equipo de investigación del Instituto de Investigaciones del Centro Universitario de Jutiapa de la Universidad de San Carlos de Guatemala INJUSAC presentó los resultados de la investigación “La conducta suicida y factores asociados en la ciudad de Jutiapa”, que incluyó la identificación diaria de los casos de conducta suicida ingresados en el Hospital Nacional en los meses de marzo a julio de 2016, a quienes se realizó entrevistas personales y/o familiares.

En sus conclusiones afirman que el municipio de Jutiapa presenta una tasa elevada de suicidio, comparada con los parámetros de la Organización Panamericana de la Salud OPS. Se detectaron 84 casos, 26.2% suicidios consumados y 73.8% intentos de suicidio; es decir, un acto suicida cuyo resultado no fue la muerte. Entre los hallazgos mencionan que en cuanto al género, el departamento de Jutiapa en los suicidios consumados, la proporción para los hombres es de 77.27% y para las mujeres 22.73% ; y en los intentos de suicidio la proporción es de 56.45% para los hombres y 43.55% para las mujeres. Con relación a la edad, la mayoría de suicidios en el departamento de Jutiapa, 50.0%, se produjo en edades comprendidas entre los 18 y 27 años; entre los 28 y los 37 años, 13.6%; y entre los 8 y 17 años 9.1%. Sin embargo, un dato interesante resulta ser el intento de suicidio: 53.2% se produjo en edades comprendidas entre los 18 y 27 años: entre los 8 y los 17 años, período que corresponde a la adolescencia, 17.8%, y entre los 28 y 37 años 11.3%. Este estudio caracteriza al principal grupo de riesgo como de género masculino, edades entre 18 y 27 años, estado civil soltero, residente en áreas rurales, que se dediquen a la agricultura.

Si bien esa investigación no identifica el embarazo como un factor de riesgo para el grupo de adolescentes, vale la pena estudiar más a fondo el comportamiento entre suicidio y embarazos en adolescentes en este departamento.

Otro de los hallazgos de contexto que resulta muy relevante para la presente investigación fue el acercamiento con informantes clave de UNFPA Guatemala, ya que coinciden con el OSAR al mencionar que uno de los desafíos más grandes es que en el caso de Guatemala cuando se da un intento de suicidio o suicidio consumado en mujeres en edad fértil, no se hace la prueba de embarazo. El Instituto Nacional de Ciencias Forenses INACIF no cuenta con protocolos o normas que establezcan la realización de una prueba de embarazo en caso de suicido de las mujeres en edad fértil, lo cual limita el análisis para establecer la correlación existente.

El municipio de Jutiapa presenta una tasa elevada de suicidio, comparada con los parámetros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se llevó a cabo una entrevista con personal del INACIF, quienes plantearon que esta institución identifica la causa de muerte, pero no les corresponde identificar el suicidio, esto lo hace el Ministerio Público. Señalan que cuando el cadáver de una mujer, en edad fértil, llega al INACIF, se realiza la necropsia y se hace una observación ocular del útero. Si se identifica que hubo gestación, su registro depende de la experticia del perito, y queda escrito en el manuscrito del dictamen forense. No existe una casilla en el Sistema Informático Nacional Forense (SINAF) en donde quede registrado el dato que estaba en estado de gestación.

Por su parte el informante del Componente Materno Infantil de la Dirección de Hospitales, señaló que en el hospital del departamento de Santa Rosa ya se hace la prueba de embarazo en los casos de muerte de mujeres en edad fértil por lesiones auto infligidas. Expresó que por lo general la palabra “suicidio” no se utiliza, se usa muerte auto infligida.

Se tuvo conocimiento que en el sistema de salud de El Salvador, frente a cualquier suicidio o intento de suicidio de mujer en edad fértil, se realiza la prueba de embarazo, por lo que resulta relativamente fácil establecer el embarazo como causal de muerte.

La comunicación con la Dra. Aurora Salaz¹⁷ de El Salvador permitió conocer más la situación en ese país, que cuenta con significativos avances en el registro de suicidio-embarazo. Ella hizo referencia a un estudio de línea de base (2005) en el que se identificaron 13 muertes maternas por intoxicación, en todo el país, de las cuales 6 eran en el área de Oriente. Frente a esto y para dejar clara la relación del embarazo con la muerte por intoxicación, se decidió que al presentarse la mujer en la sala de emergencia, se le pediría su historial clínico y se le haría la prueba de embarazo a todas las mujeres en edad reproductiva. Así, quedó establecido que toda mujer en edad reproductiva que fallece en un servicio de medicina o cirugía, ya sea por una cuestión quirúrgica o por una patología médica, se le hacen pruebas para determinar si está o no embarazada. Es importante mencionar que la Dra. Salazar afirma que en el caso de El Salvador no fue complicado lograr esto en términos de incidencia, ya que fue el mismo Ministerio de Salud que tomó la iniciativa de desarrollar el estudio. Trabajaron con líderes locales, con alcaldías, con el sistema judicial, en una estrategia de no solamente focalizarse en Salud, sino Gobernación para que estas muertes quedaran bien documentadas, por eso no resultó difícil modificar los protocolos y lineamientos.

En estos primeros acercamientos, fue importante entrevistar a personal vinculado con el Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Una informante clave del Programa Nacional de Salud Reproductiva, reconoció la necesidad de incluir más

17. Doctora en Medicina, Ginecología y Obstetricia. Maestra en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad Nacional de El Salvador. Jefa Médica de Centro Obstétrico del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, El Salvador. Y Coordinadora Docente de Residentes de Ginecología y Obstetricia del mismo hospital. Entrevistada 24 de octubre de 2017

aspectos psicosociales en los protocolos. Expresó que esta investigación puede dar insumos para la actualización del Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Materna, ya que en el presente si bien el MSPAS cuenta con este protocolo, al quedar establecido que la muerte fue provocada por un suicidio, automáticamente queda fuera de la ruta de investigación y seguimiento, y no se investiga si el suicidio pudo estar asociado a un embarazo no deseado.

Otra de las informantes clave de la Secretaría de la Mujer del Ministerio Público MP, afirmó que a su institución no llegan datos de suicidio. Sin embargo, mencionó que una puerta de entrada a los suicidios podría ser a través de la Fiscalía del Femicidio, pues toda muerte de mujer entra en esta dependencia y al hacer las averiguaciones se descarta o no si es femicidio.

La Fiscalía Contra el Delito de Femicidio del MP, reportó con base en sus propios registros, 9 casos de muerte por suicidios de adolescentes y 2 casos de adolescentes embarazadas (17 años y dos meses de gestación; 17 años y cuatro meses de gestación), hechos ocurridos en los primeros 7 meses del año 2017, en la ciudad capital.

Por otra parte, en el marco del contexto, cabe señalar que en Simposio Internacional “Experiencias en la prevención de violencia urbana en América Latina” realizado el 12 y 13 de septiembre de 2017, algunas conclusiones relacionadas a la problemática de esta investigación, a partir de las mesas temáticas plantean que en América Latina el problema de los embarazos en niñas y adolescentes es generalizado, y en todos los casos se considera un delito, que debe ser combatido para disminuir los indicadores de violencia. Asimismo, se planteó el problema de los suicidios en adolescentes, y el uso de phostoxin en el caso del oriente de Guatemala, como otro problema de seguridad ciudadana. Se está considerando el problema del embarazo en adolescentes y los suicidios de jóvenes (independientemente de la causa) como asuntos de seguridad ciudadana. Ambos son estimados como indicadores de violencia.

La Fiscalía Contra el Delito de Femicidio del MP, reportó con base en sus propios registros, 9 casos de muerte por suicidios de adolescentes y 2 casos de adolescentes embarazadas.

En entrevista con informante clave de la Liga de Higiene Mental, se planteó que el suicidio es un fenómeno más recurrente en las áreas rurales que no tienen atención mediática. Además, señaló que la percepción de las personas sobre los sucesos de suicidio es alta, pero no así a nivel institucional, debido a que en el Estado no hay registros y esto oscurece e invisibiliza el problema. Expresó que se han tratado de hacer esfuerzos para atender la situación. Por ejemplo, en el año 2005 se trató de llevar a cabo un estudio a nivel nacional sobre el suicidio de jóvenes, pero no prosperó la iniciativa. También durante ese año, se planteó que para tener registros confiables, se debería manejar un protocolo único en todas las instituciones del Estado. Pero tampoco prosperó y hasta la fecha cada institución registra sus datos de manera no articulada ni sistematizada. Por otra parte, mencionó que una de las regiones en la que los suicidios de jóvenes es alta, es el área ixil, golpeada fuertemente por el conflicto armado interno. Según el informante clave, uno de los disparadores de esta región es el alcoholismo, el cual concibe como un problema de salud pública. En esta región, desde la Liga de Higiene Mental, se propuso una mesa de discusión con el sector salud, justicia, educación, pero logró llevarse a cabo.

Todos estos acercamientos con informantes clave fueron valiosos porque mostraron la necesidad y urgencia de contar con información cuantitativa y cualitativa sobre la vinculación suicidio y embarazo en adolescentes.

3.2 EL SUICIDIO COMO CAUSA DE MUERTE MATERNA

La norma de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna (VEMM 2014) define a la defunción materna como: “La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales (Accidentes de tránsito, caídas y otros), ni las debidas a causas incidentales (homicidios y suicidios).”

En la región Latinoamericana, la mortalidad materna en el grupo de mujeres entre 15 a 19 años de edad se ubica como una de las causas más importantes de muerte.

(LACRO-UNFPA, 2014)

Las causas de mortalidad materna se clasifican en directas e indirectas.

Causas directas	Causas indirectas
<p>Complicaciones del embarazo, parto y puerperio, incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• hemorragia• estados hipertensivos• aborto inseguro• sepsis <p>Son las principales causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los países pobres.</p>	<p>Vinculadas a enfermedades preexistentes al embarazo que se agravan durante el mismo. Los principales componentes de las causas indirectas son tres:</p> <ul style="list-style-type: none">• las infecciones• las enfermedades crónicas denominadas no transmisibles (aunque hoy se considera que son socialmente transmisibles por la situación de pobreza y exclusión social)• las causas relacionadas con la salud mental. Estas últimas han recibido escasa atención y se asocian fuertemente con las situaciones de abuso y violencia por razones de género.

Tomado de “Pautas para la toma de decisiones clínicas cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer” (Briozzo et al, 2018: 19 y 20)

El suicidio como causa de muerte materna, ha sido estudiado recientemente. Y en la región Latinoamericana, la mortalidad materna en el grupo de mujeres entre 15 a 19 años de edad se ubica como una de las causas más importantes de muerte. (LACRO-UNFPA, 2014)

Es de resaltar, que un avance significativo es que en la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) aplicado a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio, se incluye el suicidio como una “causa directa” de la muerte materna y por tanto debe ser analizada, estudiada y registrada como tal (Castro, 2017:15):

“Cuando las muertes maternas debidas a suicidio son incluidas dentro de la comunicación de vigilancia, éstas podrían ser consideradas en el conjunto de datos de estudios de estimación de mortalidad materna. En esta guía el suicidio en los períodos prenatal y postparto se agrupa bajo causas directas de muerte en la categoría “Otros”. Se recomienda hacerlo aunque no sea posible establecer definitivamente el diagnóstico de psicosis puerperal y/o depresión postparto.” (OMS, 2012).

3.3 LOS FACTORES DE RIESGO (BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES) DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo no constituye solamente una condición física, es a su vez, un evento psicológico, emocional y social, que incluso puede llegar a generar situaciones de riesgo para la salud y para la vida misma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ha definido la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición identifica los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales para la vida de las adolescentes embarazadas, los cuales se vinculan. Por ejemplo, los factores de riesgo biológico se pueden convertir en detonantes de riesgos para la salud mental y los factores de riesgos sociales también pueden provocar problemas psicológicos.

El enfoque integral de la salud, toma en cuenta esta vinculación. En el caso específico de las menores de 15 años, el embarazo se considera un riesgo en sí mismo, fundamentalmente porque su aparato genital está en proceso de maduración. Esto se suma a la falta de desarrollo psicofísico general, y al hecho de que en la mayoría de los casos el embarazo es derivado de la violencia sexual, lo cual aumenta el riesgo biomédico. (Briozzo et al, 2018:37)

En cuanto a los factores de riesgo biológicos, las adolescentes son más propensas al desarrollo de presión arterial alta, infecciones, eclampsia, fístula obstétrica, anemia, así como parto prematuro, muerte materna y mortalidad neonatal, nacimientos prematuros, con bajo peso y malformaciones.

Otro de los componentes del enfoque de la salud integral es el mental/psíquico. Para la OMS (2013), la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales

los factores de riesgo biológico se pueden convertir en detonantes de riesgos para la salud mental y los factores de riesgos sociales también pueden provocar problemas psicológicos.

de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Entre los factores de riesgo psicológicos, se debe tomar en cuenta que el embarazo es un factor de estrés muy importante que requiere una gran cantidad de adaptaciones fisiológicas, psicológicas y sociales de la mujer y su entorno. En el caso de un embarazo no deseado se genera un elemento de estrés aún más intenso para su estabilidad integral. Los embarazos derivados de la violencia sexual irrumpen con los planes y proyectos de vida de la mujer. Esto provoca la presencia de ansiedad, desesperación, con la sensación de estar “encerradas sin salida”. Y también provoca cambios físicos, por ejemplo en los sistemas endocrino, cardiovascular e inmunológico de la mujer, que a su vez pueden poner en riesgo su salud o su vida (Briozzo et al, 2018:39)

La depresión que generalmente acompaña estos embarazos, afecta negativamente la salud integral y la calidad de vida de la persona, porque obstaculiza sus proyectos de vida y limita el desarrollo de sus sueños, estudios, posibilidades de trabajo, se vive el estigma en la comunidad, se trastoca la dinámica familiar, entre otros. Así, se genera un escenario riesgoso para la ideación suicida (Briozzo et al, 2018:39/40). De hecho, “las adolescentes embarazadas tienen un riesgo de suicidio hasta tres veces mayor que las adolescentes no embarazadas, debido a la exposición a la violencia, el estigma, la violencia sexual, la falta de alternativas frente a la interferencia en sus proyectos de vida y la penalización del aborto”. (Briozzo et al,2018:42)

“La OMS ha determinado que el riesgo de autolesionarse es mayor entre las mujeres que entre los hombres, ya que la depresión tiene una mayor prevalencia en las mujeres, sobre todo en aquellos grupos que están más expuestos a la violencia o que tienen un historial de violencia sexual en la infancia y adolescencia o que están viviendo un embarazo no deseado”.

(Briozzo et al, 2018:40)

En el marco de la salud mental se ha evidenciado que las tasas de depresión y ansiedad, así como los pensamientos suicidas son más altas en las adolescentes embarazadas que en las mujeres adultas. (Briozzo et al, 2018:25)

El suicidio es considerado como una epidemia y una grave preocupación de salud pública, especialmente por la falta de atención a la salud mental. El acceso a servicios de salud mental, en la mayoría de los países de América Latina, es vivido como un privilegio de clase social.

En el caso de los factores de riesgo sociales, la OMS (2013) define como determinantes sociales de la salud a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Esto tiene relación con las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales que limitan el ejercicio del derecho a la salud. Entre éstos se puede mencionar las diversas manifestaciones de violencia contra las mujeres, las brechas de género, el racismo, la pobreza, los imaginarios sociales y las prácticas vinculadas a la apropiación de los cuerpos de las mujeres, entre otras.

Tanto los riesgos biológicos, psicológicos como sociales, son evidentes en las 14 historias de suicidio de adolescentes embarazadas que a continuación se presentan. Desarrollar su análisis desde el enfoque integral de salud, permite contar con elementos para comprender la afectación de un embarazo adolescente, hasta el extremo de quitarse la vida.



Casos de suicidio de adolescentes embarazadas

El suicidio “es una manifestación no solo del sufrimiento personal, sino también de un fracaso colectivo: sí la sociedad es demasiado dolorosa para vivir en ella, quizá todos somos culpables.”

(The Economist, Prensa Libre, Guatemala, domingo 27 de enero, 2019 p. 18)

En este apartado se presentan las historias de las adolescentes fallecidas, con nombres ficticios, a partir tanto de las autopsias verbales como de notas periodísticas encontradas como parte de la revisión hemerográfica. Estas notas aparecen en medios de comunicación digitales o en páginas virtuales de noticias de la propia comunidad, y fueron la “puerta de entrada” para acercarse a las familias, quienes en estos casos no quisieron llevar a cabo la entrevista. Además, se incluye uno de los casos registrados en un hospital.

ANA

1

*Año del suicidio: 2010
Forma de suicidio: ahorcamiento
Departamento: Alta Verapaz
Edad de la fallecida: 13 años*

Ana estaba iniciando básicos. De origen maya y en condiciones de pobreza. Generalmente reservada. Le gustaba bromear y jugar. Una mañana decidió no ir a estudiar. La mamá se fue a lavar, pero al notar que se le había olvidado el cepillo para lavar, le pidió favor a un muchacho que se estaba criando con la abuela de Ana que lo fuera a traer a su casa. Este muchacho la encontró colgada en el cuarto de su casa. Ana no había mencionado nada sobre suicidarse. Se le veía feliz y con ganas de seguir estudiando. Iba bien en sus calificaciones. No comentaba nada sobre muchachos que le gustaran,

pero a través de un compañero con el que estudiaba, el papá y la mamá se enteraron que fue víctima de una apuesta de un joven, que también era su compañero de estudios, para enamorarla y “hacerla suya”. Hasta hace poco tiempo la mamá se enteró que era muy probable que estuviera embarazada. El día del suicidio, la policía llegó a hacer averiguaciones, recogieron la soga con la que se quitó la vida como evidencia y le hicieron preguntas a la mamá, que no pudo responder en ese momento. Le dieron un acta de defunción que establecía como causa de muerte: asfixia por suspensión.



2

BLANCA

Año del suicidio: 2011

Forma de suicidio: Ahorcamiento

Departamento: Guatemala

Edad de la fallecida: 15/16 años

Blanca estudiaba primero básico. Era muy sociable. La definen como una persona que amaba la vida, directa al hablar. Anhelaba estudiar ingeniería en sistemas en la universidad. Cuando su mamá se iba a trabajar, quedaba a cargo de todos los quehaceres de la casa y de su hermana. Murió ahorcada en la habitación de su casa. Mencionó que quería morirse por estar embarazada. Le contó a la informante que tenía una relación con la pareja de su mamá. Al enterarse la mamá de la relación, la comenzó a tratar mal, no le daba dinero para la comida, la insultaba por “meterse con su pareja”. El hombre se enteró que Blanca estaba embarazada y le dijo que seguramente no era de él, que a saber de quién era.

Ana se llevaba bien con su mamá previo a la relación con este hombre. Dejó una carta donde mencionaba que se sentía incomprendida, que su mamá no la había escuchado, que le había

delegado muchas funciones y también le pedía perdón. En la carta mencionó que estaba embarazada y quién la había embarazado. También escribió que esa persona le había dado dinero y donde lo tenía guardado. A Ana la encontró su hermana de 13 años. Al encontrarla fallecida, se llamó a la Policía Nacional Civil, la Procuraduría de Derechos Humanos y el Ministerio Público. Inicialmente se llevaron al hombre preso, pero la mamá quitó la denuncia. A Ana se le practicó prueba de embarazo como parte del peritaje y se determinó que tenía 3 meses de embarazo.

El abuso de este hombre fue constante. La mamá se enteró del embarazo de la hija hasta el día que se suicidó. La informante percibió que hubo cambio de personalidad probablemente motivado por el embarazo, pero no se dieron indicios de depresión previa.

CARMEN

3

*Año del suicidio: 2012
Forma de suicidio: Envenenamiento
Departamento: Jutiapa
Edad de la fallecida: 15 años*

En una nota escrita de radio local se señala: “Una adolescente de 15 años mató a su hija de cuatro meses, a quien envenenó con un químico agrícola y luego se suicidó con la misma sustancia, informaron este domingo fuentes oficiales”.

Según dijo a los periodistas un portavoz de la Policía Nacional Civil (PNC) de ese lugar, una “decepción amorosa” habría motivado a la adolescente a tomar esa decisión.

La joven, utilizó un químico agrícola empleado para combatir a los animales

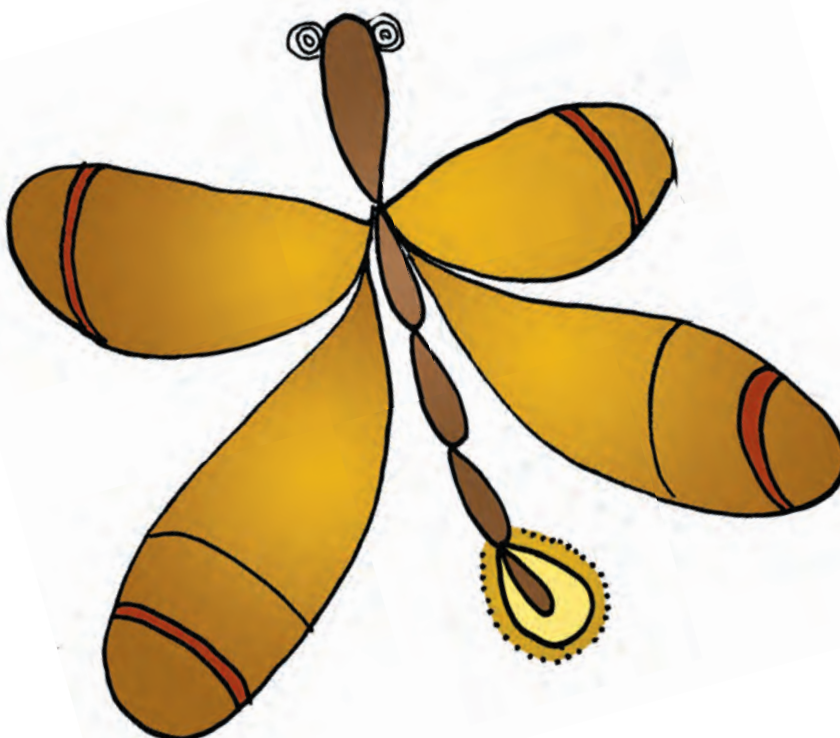
que atacan las plantaciones de maíz, el cual disolvió en agua y dio a beber a su hija recién nacida y luego tomó ella.

La bebé falleció de inmediato y la madre adolescente horas después.

Según la PNC, la adolescente padecía de depresión desde hace varios meses debido a que el padre de su hija no quiso casarse con ella luego de conocer de su embarazo.

Se buscó más información en la localidad. Los contactos informaron no conocer del caso.

<http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/122162/adolescente-mata-a-su-hija-con-quimico-agricola-y-luego-se-suicida-en-guatemala/>



4

DIANA

Año del suicidio: 2014

Forma de suicidio: Ahorcamiento

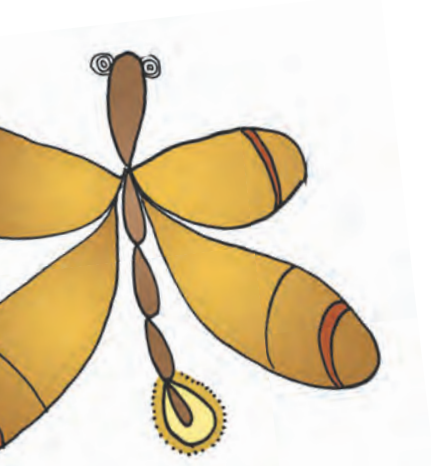
Departamento: Alta Verapaz

Edad de la fallecida: 17 años

Diana estaba por graduarse de V Bachillerato, incluso realizó los exámenes de finales de año. De estrato medio y origen maya. Poco sociable y poco comunicativa, más bien tímida. Quería seguir estudiando y ser trabajadora social. Murió por ahorcamiento en el cuarto de su casa. Nunca dijo que deseaba suicidarse. Se "cortaba" con guilet en partes de sus manos y cuerpo. Le preguntaban y nunca respondía por qué lo hacía. Ella lloraba y lloraba pero nunca decía el motivo. Por esto estaba bajo tratamiento psicológico. Pero debido a que la mamá no podía estar pidiendo permiso a su trabajo para llevarla a las citas con la psicóloga, no continuó. En el colegio notaron que fue mostrando más rebeldía y que no le gustaba que se acercaran a hablar con ella. Sus cortes fueron en aumento y eran más

significativos tanto en brazos como en piernas y en otros lugares del cuerpo. Incluso la psicóloga del colegio donde estudiaba, la atendía.

Diana tenía periodos de tristeza y estrés como de tres días, pero era "raro" porque ella era muy sonriente, amable. Dejó una carta. La madre dice que ella no la leyó. Sus hermanas y cuñada la leyeron. En la carta se despedía, agradecía lo que sus padres habían hecho por ella, pero no el motivo de tomar esa decisión, sino solo se estaba despidiendo. Escribió que eso era lo mejor para ella. Su papá fue la primera persona en encontrarla. Existe la posibilidad de haber estado embarazada. Una prima de ella comenta que estaba embarazada y habían rumores del abuso sexual de parte de un tío. Llegó la Policía Nacional Civil. El acta de defunción estableció muerte por asfixia.



Dinora estudiaba Segundo Básico. Origen étnico ladino-mestizo y en condición de pobreza. Alegre, entusiasta, amistosa, muy sociable. Quería estudiar para ser policía. En la mañana del día del suicidio asistió a una jornada médica y regresó con una actitud muy cambiada, diciendo que se iba a morir. Nunca antes había mencionado el suicidio. Se presume que ahí se realizó la prueba de embarazo.

El día del suicidio tomó una pastilla. Se apretaba el estómago de dolor. Su mamá le preguntaba qué tenía y ella le contestó: "Mamita, ¿Me perdona? ¿Dígame que sí me perdona?". Su mamá le preguntó: "Dinora, ¿Estás embarazada? Ella respondió: "Yo le dije que nietos míos de parte mía no iba a conocer y no los va a conocer... perdóneme mamita".

La mamá en su angustia, trató de hacerla vomitar pero Dinora apretó los dientes. También trató de darle leche. Dinora sólo eructó. Buscó llevarla al centro de salud. No habían ambulancias, ese día los bomberos andaban atendiendo una emergencia en el río. Logró llevarla al centro de salud y la atendieron. La trasladaron al Hospital. Dinora insistía en decirle a su mamá que la perdonara: "No he escuchado que me diga que me perdona". Al llegar al Hospital nada se podía hacer. Dinora murió en los brazos de su mamá, escuchando que la perdonaba. Su mamá le avisó a su papá. No hay registro de que estuviera embarazada.

Le dijeron a la mamá que el novio de Dinora le había pegado y le había dicho que era una prostituta y que no la quería. Se presume que estaba embarazada.



6

ESPERANZA

Año del suicidio: 2016

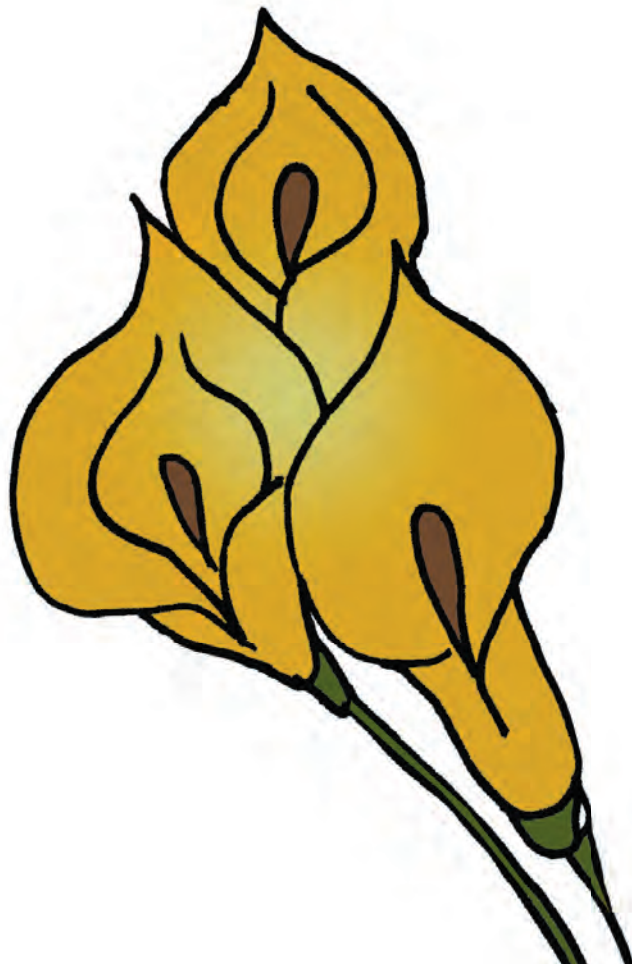
Forma de suicidio: Envenenamiento

Departamento: Guatemala

Edad de la fallecida: 16/17 años

Esperanza estaba finalizando sus estudios de diversificado, próxima a graduarse. Tenía ilusión de cerrar su carrera. No se identificó ningún indicio de ideas suicidas. Al momento del suicidio tenía más de 8 meses de embarazo. Ingerió phostoxin en su casa de habitación. Dejó una nota dirigida a su mamá agradeciéndole la valentía de tenerla a los 15 años y de haberla sacado adelante. En la carta le pedía perdón porque ella no lo podría hacer con su hija.

La encontró su hermano menor. Se presume que el padrastro la violaba y que es el padre de su la hija. No se le conoció novio. El día del suicidio, se tuvo que esperar a que llegaran los bomberos por lo que la bebé que estaba en su vientre pasó tiempo sin recibir oxígeno. No obstante, sobrevivió aunque presenta daño cerebral. No habla y su desarrollo motriz es limitado. La situación económica de la madre de Esperanza es bastante precaria. Dejó de trabajar para dedicarse al cuidado de su nieta.



GABRIELA 7

*Año del suicidio: 2016
Forma de suicidio: Envenenamiento
Departamento: Alta Verapaz
Edad de la fallecida: 18 años*

Gabriela estudiaba en Quinto grado de primaria. Origen étnico maya y de una familia de muy escasos recursos. El novio que tenía la fue a "pedir" para casamiento y su papá y mamá aceptaron. Pero se fue a la ciudad de Guatemala por aproximadamente 5 meses como trabajadora de casa. Al regresar, se quejaba que le dolía la espalda y los pies. La hermana de la señora con la que trabajó llegó a preguntar si estaba embarazada. No le bajaba la menstruación, pero no decía que estaba embarazada. La mamá de Gabriela no sabía qué le pasaba. Creía que estaba enferma de otra cosa y que por eso se le había hinchado el estómago.

Cuando Gabriela falleció, una autoridad del Consejo Comunitario de Desarrollo (COCODE) le dijo que tenía que comprar dos cajas y dos mudadas de ropa, una para su hija y otra para el hijo que estaba esperando. Ese fue el momento en que la mamá de Dinora se enteró del embarazo.

Su hermana menor la encontró detrás de su vivienda sobre el suelo de tierra lodoso. Ingerió herbicida. Tenía 29 semanas de embarazo, 7 meses. La hermana de la fallecida narra que la joven nunca acudió a un servicio de salud y trato de mantener su embarazo oculto. A la escena llegaron los COCODES, Bomberos y Ministerio Público.



8

FLOR

Año del suicidio: 2016

Forma de suicidio: Ahorcamiento

Departamento: Chiquimula

Edad de la fallecida: 15 años

Se colgó con un lazo de la viga del cuarto en el que vivía con sus padres. Dejó una carta diciendo “No lloren por mí, me mataré porque estoy embarazada”. Tenía siete meses de embarazo. No se le notaba el embarazo. Estudiaba tercero básico, quería ser maestra o enfermera. Sus familiares dicen que desconocían que iba a ser madre. No saben quién

la embarazó. No le conocieron novio, aunque hablan de un profesor de gimnasia que le gustaba y que ya no trabajaba en la escuela. La encontró una vecina y le dijo a su hermana. Ambas la bajaron de la viga. Era buena estudiante. La familia vive en condiciones de pobreza.

Se coordinó el contacto con la familia, pero la cita fue cancelada.

La información se obtuvo a partir el artículo de Elsa Cabria en el periódico digital Nómada:

<https://nomada.gt/cotidianidad/la-nina-embarazada-por-la-que-destruyeron-una-casa/>

9

IMELDA

Año del suicidio: 2017

Forma de suicidio: Envenenamiento

Departamento: Alta Verapaz

Edad de la fallecida: 18 años

Los padres de Imelda indicaron que la joven tenía una relación sentimental con un señor de quien desconocen el nombre. Mencionan que cuando se dieron cuenta que su hija estaba embarazada, la llevaron con la comadrona a que le realizara su control prenatal, quien además le brindó apoyo emocional. La comadrona la refirió al puesto de salud para que la

evaluaran pero por vergüenza, Imelda no fue. Una mañana, los padres se levantaron temprano y encontraron a su hija en estado agónico afuera de la casa. Relatan que en la madrugada escucharon a alguien vomitando afuera de su casa pero no sospecharon que fuera su hija. Fue referida al hospital donde falleció por intoxicación por herbicida.

JULIANA 10

*Año del suicidio: 2018
Forma de suicidio: Envenenamiento
Departamento: Jutiapa
Edad de la fallecida: 17 años*

Juliana ingresó aún con vida a la emergencia del hospital. Fue evaluada por el médico de turno. La mamá afirma que su hija ingirió pastilla de curar maíz además que está embarazada, no recuerda la fecha de última menstruación, pero más o menos tiene 3 meses de embarazo. Menciona que su familia es cristiana evangélica. No dice cuál fue el motivo de tomar esa decisión. Fue ingresada al servicio de medicina de mujeres donde se le intentó salvar la vida pero fue imposible y falleció. Es

importante mencionar que ante el repunte de suicidios, se están registrando los casos en el Hospital. Este es el primero que se registra.

A los pocos días de haber fallecido, su pareja ingresó al hospital, él también ha ingerido plaguicida tras la noticia de la muerte de ella. Sin embargo, él vomitó la mayor parte del veneno y sobrevivió. Se le ofrece atención psicológica y le dan seguimiento dentro del hospital.



11

MAGDALENA

Año del suicidio: 2018

Forma de suicidio: Envenenamiento

Departamento: Petén

Edad de la fallecida: 20/21 años

Magdalena tenía 2 hijos hombres, uno de 6 años y otro de 2 años. Hija de una auxiliar de enfermería, con acceso a métodos anticonceptivos. Una joven muy popular en su medio, graduada de secretaria. El suicidio de Magdalena causó mucho impacto en su comunidad.

Su mamá es madre soltera y estaba a cargo de la joven y sus dos nietos, además de otra hermana que también tiene otros hijos. La deducción de la informante fue que los motivos para suicidarse eran que no quiso decir acerca de su nuevo embarazo a su mamá porque un tercer nieto sería otra carga más para ella. Se cree que la fallecida tenía mucho temor a tener un tercer bebé.

El suicidio fue con phostoxin. La informante señala que según considera la mamá, ella no se quería suicidar, sino alguien le contó que con el phostoxin podría abortar y se tomó una tableta y media (encontraron el sobrecito). Tenía 16 semanas de embarazo (4 meses).

A la vuelta de su casa, existe un basurero clandestino y el día del suceso, salió como todas las noches a las 11pm a dejar ahí los pañales de su bebé. Su mamá estaba en la capital en ese momento y su hermana, que es más grande, estaba en la casa.

A la hermana no le extrañó que saliera a esa hora porque lo hacía todas las noches. Sin embargo, Magdalena entró a la cocina gritando y muy asustada, diciendo que le dolía mucho el estómago. La hermana le preguntó qué había tomado y ella dijo que acetaminofen. La hermana inmediatamente llamó a la mamá y, aunque no quería, la llevaron al hospital. Ella estaba consciente de la situación, no quería ir al hospital.

No presentaba depresión. Nunca mencionó querer matarse. Desde el primer embarazo, a los 15 años, recibió información sobre anticonceptivos. Cuando sospecharon del embarazo, Magdalena se negó a hacerse un ultrasonido.

La familia tiene pocos recursos económicos y vive en hacinamiento. Ella quería estudiar derecho.

Cuando Magdalena llegó con crisis al hospital como a las 12:30 de la noche, le pidió a una enfermera que le hiciera la prueba de embarazo. En necropsia se comprobó que tenía 4 meses de embarazo. No dejó ninguna nota. Magdalena, previamente, había intercambiado mensajes con alguna amiga diciendo que creía que estaba embarazada. Esa noche, todavía le envió mensaje, antes de ir al hospital, por teléfono a su mamá y le dijo que la perdonara porque sabía que se iba a morir.

Nadia cursaba Tercero Primaria. De origen étnico kekch'í y de familia en condiciones de pobreza. El cuñado la violó y la embarazó. Es el esposo de la hermana mayor. La hermana no estaba en la casa, solo estaba él. La víctima llegó llorando a la casa, los padres no investigaron rápidamente lo que había sucedido, no se dieron cuenta. Ella nunca contó nada de eso, hasta el momento que decidió suicidarse.

El la mantenía amenazada. La hermana dice que el hombre "ya tiene edad y sabe cómo es vivir, lo que es tener una familia y ella no sabía nada". Él tiene como 35 ó 40 años. El hombre la amenazó para que no le dijera a nadie lo que había sucedido, ni a sus papás: "Si tú les decís eso voy a ver qué hago, puede ser

que pueda matar a tu hermana". Él es alcohólico. Luego de lo que pasó, él la frecuentaba, y le empezó a llevar cosas, le dio un celular.

La fallecida tomó la decisión de ir con "un curandero" para abortar, días después se seguía sintiendo mal y estaba deprimida por lo que decidió tomar veneno. Su hermana la encontró en mal estado y vomitando por lo que decidió llamar a los bomberos. También llamaron a los COCODES, al alcalde auxiliar. El padre de la fallecida se encontraba cortando café cuando le notificaron que su hija se encontraba grave. Se encontró a la ambulancia en el camino y trasladaron al Hospital, donde horas más tarde, falleció.

Se hizo la denuncia al MP, pero se desestimó la denuncia ya que "no hay delito que perseguir".



13 PERLA

*Año del suicidio: 2018
Forma de suicidio: Envenenamiento
Departamento: Jutiapa
Edad de la fallecida: 18 años*

Perla estudiaba en Tercero Básico. De origen étnico ladino/mestiza y con familia en condición de pobreza. Perla era alegre, con muchas amistades, estudiosa y popular. Varias veces fue abanderada y electa reina del lugar. Decía que quería trabajar, ser policia.

Tomó pastillas de veneno en la cocina de su casa. Como aún estaba viva, la llevaron al Hospital, la acompañó otra hermana. No tenían conocimiento del embarazo. En el Hospital quedó registrado que murió de intoxicación por

plaguicida con 4 semanas de gestación.

Conoció a un hombre más grande que ella a través de Facebook. El señor parecía como de 48 años. Llegó por la joven en agosto y ella se fue con él "sin pedirla" de manera formal a la familia. Él se la llevó a Jalapa donde vive, pero va a Estados Unidos por temporadas a trabajar. Cuando ella falleció, él aparentemente estaba en Estados Unidos, pero llegó al sepelio y pidió dar palabras.

14 ROSA

*Año del suicidio: 2019
Forma de suicidio: Ahorcamiento
Departamento: Escuintla
Edad de la fallecida: 14 años*

Rosa tenía 14 años de edad. La nota periodística (Cronicas y Noticias.gt) afirma que se suicidó por asfixia por suspensión a inicios de enero de 2019, en el interior de su casa. Su mamá fue quien se dio cuenta e inmediatamente

cortó la soga donde estaba suspendida. En la escueta nota, además, se menciona que la menor estaba embarazada.

Se intentó localizar a la familia, no fue posible. No se cuenta con más datos.

3.5 HALLAZGOS Y REFLEXIONES

A continuación se presenta un cuadro-síntesis de los casos, que apoya el planteamiento de varias reflexiones posteriores.

CASOS	Año	Edad	Autoidentificación étnica	Condición socioeconómica	Departamento	Religión
Ana	2010	13	Maya	Pobreza	Alta Verapaz	Católica
Blanca	2011	15/16	Ladina/Mestiza	Pobreza	Guatemala	Católica
Carmen	2012	15	Sin datos	Sin datos	Jutiapa	Sin datos
Diana	2014	17	Maya Pokomchí	Media	Alta Verapaz	Evangélica
Dinora	2015	16	Ladina/mestiza	Pobreza	Jutiapa	Evangélica
Esperanza	2016	16/17	Ladina/mestiza	Pobreza	Guatemala	Católica
Flor	2016	15	Maya Chorti	Pobreza	Chiquimula	Católica
Gabriela	2016	18	Maya q'eqchí	Pobreza	Alta Verapaz	Evangélica
Imelda	2017	18	Maya	Pobreza	Alta Verapaz	Sin datos
Juliana	2018	17	Sin datos	Pobreza	Jutiapa	Evangélica
Magdalena	2018	20/21	Ladina/mestiza	Pobreza	Petén	Católica
Nadia	2018	18	Maya q'eqchí	Pobreza	Alta Verapaz	Evangélica
Perla	2018	18	Ladina/mestiza	Pobreza	Jutiapa	Católica
Rosa	2019	14	Sin datos	Sin datos	Escuintla	Sin datos

Escolaridad	Tiempo de embarazo	Forma de suicidio	Persona que la encuentra	Hombre vinculado
I Básico	Su mamá informa probabilidad de embarazo. No se cuenta con datos de tiempo.	Ahorcamiento	Muchacho que se estaba criando con la familia	Compañero de estudios
I Básico	3 meses	Ahorcamiento	Hermana menor	Pareja de su madre
Sin datos	Con hija de 4 meses.	Envenenamiento	Sin datos	Padre de su hija que no se responsabilizó del embarazo
V Bachillerato	Prima informa probabilidad de embarazo. No se cuenta con datos de tiempo	Ahorcamiento	Papá	Tío que la había violado
II Básico	Probabilidad de embarazo. No se cuenta con datos de tiempo	Envenenamiento	Madre	Se habla de: Novio
Terminando diversificado	8 meses	Envenenamiento	Hermano menor	Padraastro
III Básico (había dejado la escuela)	7 meses	Ahorcamiento	Una vecina. Su hermana la bajó	Se habla de: Novio/Profesor
5to Primaria	7 meses	Envenenamiento	Hermana menor	Se habla de: joven que la llegó a pedir y joven en la ciudad
Sin datos	7 meses y medio	Envenenamiento	Padres	Señor desconocido
Sin datos	3 meses	Envenenamiento	Sin datos	Su novio
Secretaria	4 meses	Envenenamiento	Hermana mayor	No se menciona
3° Primaria	1 mes y medio	Envenenamiento	Hermana	Cuñado 20 años mayor
III Básico	1 mes	Envenenamiento	Madre	Hombre 30 años mayor que conoció por FB
Sin datos	No se cuenta con datos de tiempo.	Ahorcamiento	Madre	No se menciona

En los casos identificados:

- Las adolescentes tenían entre 13 y 20 años de edad.
- En cuanto a la adscripción étnica, el 42.8% de origen maya, 35.7% de origen ladino/mestizas, y en un 21.4% no se cuenta con datos.
- El 78.57% de ellas en condición de pobreza.
- La mayoría (71.4%) de las fallecidas ubicadas en el sistema educativo: 14.3% en primaria, 35.7% en básicos, 14.3% en diversificado, 7.1% graduada de educación media, 28.5% sin datos.
- El 78.57% con religión cristiana.
- Sobre el método del suicidio: 64.28% de ellas murieron por envenenamiento y 35.71% por ahorcamiento.
- El suicidio del 28.57% (4 casos) de las adolescentes se realiza durante el primer trimestre del embarazo (1-3 meses), el 28.57% (4 casos) en el tercer trimestre (7-9 meses), el 7.1% (1 caso) en el segundo trimestre (4-6 meses). Se desconoce el tiempo de gestación en el momento del suicidio en el 28.57% (4 casos) de las fallecidas. Sólo en un caso (7.14%), el suicidio se dio después del parto, cuando su hija tenía 4 meses.

REGISTRO PRECISO Y PROTOCOLOS PARA VINCULAR SUICIDIO-EMBARAZO.

No existe una ruta estandarizada o protocolo que confirme de forma fehaciente el embarazo en adolescentes que llegan a un establecimiento de salud por suicidio o intento de suicidio. Algunos de los suicidios se llevan a cabo en su domicilio y al realizarse en los primeros meses de la gestación no hay un indicio “visible” del mismo. Si a esto se suma que la familia puede solicitar, debido al estigma del suicidio, que se registre en el certificado de defunción algo más general como causa de muerte, se invisibiliza tanto el suicidio como el embarazo.

En el Hospital Nacional de Jutiapa y en el Hospital Nacional de Cobán, Alta Verapaz, existen iniciativas por parte de personal del Ministerio de Salud, vinculadas a la realización de estudios específicos sobre suicidio, así como la aplicación de pruebas de embarazo a todas las mujeres en edad reproductiva que llegan a éstas por intentos de suicidio y su registro, lo cual permite contar con información detallada

de los casos de suicidio y además identificar el vínculo suicidio-embarazo, lo que facilita el reconocimiento de casos en ambos departamentos. No obstante, más que una iniciativa y voluntad a nivel personal, debiera hacerse en todos los hospitales y centros de salud del país.

En los casos analizados se evidencia que existe poca coordinación en la recolección de información de instituciones vinculadas: Bomberos, Policía, INACIF, MP, hospitales, COCODES, familias.

ATENCIÓN PRENATAL Y SERVICIOS DE SALUD.

Más del 75% de los casos analizados a profundidad viven la experiencia de embarazo en silencio y sin vincularse a ningún servicio de salud. Sólo en el caso de Imelda, la comadrona que la atendió le hizo referencia al puesto de salud, pero “por vergüenza no fue”. Esto muestra que las adolescentes no visualizan los servicios de salud, como una posibilidad de acercamiento para atención y/o orientación.

SUS SUEÑOS Y LA CONTINUIDAD DE LA VIDA.

En el 57.14% de casos en los que se cuenta con datos, las adolescentes tenían sueños sobre seguir estudiando y muchas de ellas ya tenían una idea de la carrera que querían seguir. Esto era parte de sus proyectos de vida, no tenían planes de quedar embarazadas.

Historia	Sueño
Ana	Seguir estudiando
Blanca	Estudiar ingeniería
Diana	Estudiar trabajo social
Dinora	Ser policía
Esperanza	Cerrar su carrera
Flor	Ser enfermera o maestra
Magdalena	Estudiar derecho
Perla	Ser policía

Además, el hecho que se describa a muchas de ellas como felices, sociables, con ideas de futuro, sin indicios de depresión (a excepción de los casos de Carmen y Diana), da la oportunidad de desestigmatizar el suicidio y reflexionar sobre que no siempre la persona que está aislada o deprimida es la única que puede llevarlo a cabo. Es decir, en estos casos, las alertas pueden pasar desapercibidas, tanto por el sistema de salud como por el sistema educativo.

Al ser un embarazo no planeado/no deseado/forzado, irrumpe en sus proyectos de vida, complejizando sus condiciones, sobre todo cuando éstas se caracterizan por ser de pobreza y pobreza extrema, las cuales también limitan la concreción de sus sueños. Así, el embarazo es un desencadenante que llega a ser mortal. En estas condiciones, el riesgo biológico, psicológico y social son evidentes.

La psicóloga Flor de María Palencia, parte del Comité de Expertas y Expertos de esta investigación, enfatiza que la psicoanalista Judith Herman ha estudiado los traumas que produce el incesto; fue la primera en hablar del estrés post traumático complejo, caracterizado por traumas que se sufren de manera continuada en la infancia, aunque también puede ocurrir en la vida adulta. Por lo general, las personas que lo sufren sienten absoluta impotencia e incapacidad de afrontar la vida. En la situación de las adolescentes sujetas de esta investigación, aunque no todos los embarazos fueron producto de una relación incestuosa, si lo fueron de violencia o engaños, lo que también produce el trauma complejo, descrito por Herman. Algunas fueron seducidas por una promesa amorosa que no se concretó, lo que las llevó a perder el sentido de esperanza en la vida, la confianza en otras personas y en sí mismas.

Además, esto se vincula a la relación permanente con el agresor, particularmente por la cercanía cuando viven en el mismo domicilio. Se produce una internalización de la figura del agresor, que conduce a la víctima a convivir en su fuero interno con la persona agresora. Lo que dificulta la recuperación psíquica y orilla a la alternativa desesperada de quitarse la vida. Cuando se habla de trauma, se habla de una “herida”; se experimentan emociones insoportables, al punto de no poder vivir con ella.

VIOLENCIA DE GÉNERO

En la mayoría de los casos con los que se cuenta con información a mayor profundidad (8 casos), se da a conocer la violencia a la que fueron sometidas las jóvenes que tomaron la decisión de suicidarse. Es decir, los suicidios fueron acompañados de violencia de género.

En el caso de Blanca, el abuso de parte de la pareja de su mamá fue constante. El agresor fue ganándose la confianza de la familia para entrar en la casa. La informante expresa: “La pareja de su mamá era taxista, la iba a traer temprano a su casa para trasladarla al trabajo, luego regresaba a la casa con las niñas a tomar café y a veces llegaba a almorzar. Él le dijo a la señora que si se le hacía tarde a las niñas, él las iba

En la mayoría de los casos con los que se cuenta con información a mayor profundidad (8 casos), se da a conocer la violencia a la que fueron sometidas las jóvenes que tomaron la decisión de suicidarse.

a dejar a sus establecimientos educativos. Todo esto llevó a que él ya empezó a entrar a la casa, comenzó a ganarse la confianza. El abuso fue constante, ella lo detestaba.”

En el caso de Nadia la violencia sexual del cuñado estuvo presente. La hermana indica que cuando ya había tomado la pastilla para suicidarse le dijo: “Ahorita me voy a morir, no es culpa de mi mamá, ni de mi papá, de nadie, ¡Fue culpa de ese hombre!”

Evidencia esta violencia el caso de Diana con los rumores de abuso sexual de su tío, así como el de Esperanza con la presunción que su hijo es de su padrastro quien la violaba, el de Gabriela de quien se indica la posibilidad de violación sexual cuando estuvo trabajando en la capital.

Otro caso que ilustra la violencia es el de Ana, quien fue víctima de una apuesta de un joven, que también era su compañero de estudios, para enamorarla y “hacerla suya”, lo cual a su vez evidencia características de la masculinidad hegemónica.

En el caso de Dinora, le dijeron a la mamá que su novio le había pegado y le había dicho que era una prostituta y que no la quería.

En el caso de Carmen, que mató a su hija de 4 meses y se suicidó, la nota indica que tomó la decisión porque el padre de su hija no quiso casarse con ella luego de conocer de su embarazo.

Todas estas condiciones refuerzan la necesidad de la implementación de la educación integral en sexualidad que favorece la construcción de relaciones basadas en el respeto, desnaturalizando la violencia.

Por otro lado, si bien no fue la intención de exploración específica de este estudio, es de notar la violencia que se vive en algunos senos familiares. Por ejemplo, en el caso de Dinora, su hermana, de 27 años con discapacidad intelectual fue embarazada resultado de una violación presumiblemente de parte de la familia de su padre, con quienes pasó una semana en su casa. Además, la madre de Dinora se quedó viviendo sólo con sus hijos e hijas, luego de pedirle al esposo que se fuera por no cumplir sus responsabilidades con su familia.

ABORTO INSEGURO

Tanto en la historia de Magdalena como en la de Nadia, se hace referencia al aborto.

En el de Magdalena, según considera la mamá ella no se quería suicidar, sino alguien le contó que con el phostoxin podría abortar y se tomó una tableta y media (encontraron el sobrecito). Tenía 16 semanas de embarazo (4 meses).

En el de Nadia, tomó la decisión de ir con “un curandero” para abortar, días después se seguía sintiendo mal.

Ambos casos evidencian la inseguridad de la práctica al buscar formas clandestinas de llevarlo a cabo.

LOS HOMBRES VINCULADOS

Historia	Hombre vinculado
Ana	Compañero de estudios que quería “hacerla suya”.
Blanca	Pareja de su mamá que la abusaba constantemente, la maltrataba y le decía que el hijo no era de él.
Carmen	El padre de su hija no quiso casarse con ella luego de conocer de su embarazo.
Diana	Rumores del abuso sexual de parte de un tío.
Dinora	Novio que le había pegado y le había dicho que era una prostituta y que no la quería.
Esperanza	Se presume que el padrastro la violaba y que es el padre de su hija.
Flor	Se habla de novio y profesor.
Gabriela	Novio que la fue a “pedir”. Se presume violación cuando estuvo trabajando en casa en la ciudad capital.
Imelda	Tenía una relación sentimental con un señor de quien desconocen el nombre.
Juliana	A los pocos días de haber fallecido, su pareja ingresó al hospital, él también ha ingerido plaguicida tras la noticia de la muerte de ella. Sobrevivió.

Magdalena	No se nombra a ningún hombre vinculado.
Nadia	Cuñado 20 años mayor que la violó.
Perla	Hombre más grande que ella que conoció por Facebook
Rosa	No se nombra a ningún hombre vinculado

Como puede analizarse, más del 50% de los hombres vinculados ejercían violencia contra las adolescentes y eran hombres conocidos y cercanos.

No se contó en todos los casos con la información de la edad de las parejas. Se puede asumir que se habla de hombres mayores en algunas historias. Por ejemplo, en los casos de Blanca y Esperanza, en donde los hombres vinculados son las parejas de sus mamás; y en el caso de Imelda donde se plantea una relación sentimental con un “señor”. Ahora bien, en el caso de Nadia, el hombre tenía 20 años más que ella y en el caso de Perla, 30 años. Sus relaciones muestran características de la masculinidad hegemónica: naturalización de la violencia, apropiación de los cuerpos y limitación de la autonomía.

Por otro lado, llama la atención que en dos casos no hay mención de algún hombre vinculado. Y en otros, a través de frases como “No es mi hijo”, “Eres una prostituta” o de hechos como no querer responder ante un embarazo, lo cual denota la naturalización de la irresponsabilidad de la paternidad. Como expresa el especialista en masculinidades Herbert Bolaños, quien también forma parte del Grupo de Expertas y Expertos de esta investigación, “No existe una demanda social de cuidado a los hombres”.

El tema del agresor es muy importante como factor de riesgo psicológico y social. Los agresores tienen la cualidad de ejercer poder y control en la mente de la víctima y en un contexto de naturalización de la violencia de género, esto se fortalece. El agresor es introyectado por la víctima y cohabita en ella. Como plantea Flor de María Palencia, su fantasma está activo aunque él no esté presente.

El tema del agresor es muy importante como factor de riesgo psicológico y social. Los agresores tienen la cualidad de ejercer poder y control en la mente de la víctima y en un contexto de naturalización de la violencia de género, esto se fortalece.

FALTA DE DENUNCIA E INVESTIGACIÓN.

En los casos en los que se llevó a cabo la autopsia verbal, las dudas de lo que ocurrió quedan muy presentes en las familias, quienes quisieran que se realizaran investigaciones para tener mayor claridad de los hechos.

Esto se evidencia en el caso Perla: “Yo como hermano de ella pensé, porque a mí sinceramente me duele y quizás hasta el día que yo me muera voy a dejar de pensar en ese dolor que yo sentí y sigo sintiendo por ella. Yo quisiera si alguien pudiera investigar eso, porque a mí se me mete a la idea [de que algo pasó], pero no estoy seguro de nada.”

El caso Nadia, donde fue el cuñado quien la violó, la informante expresa que se realizó la denuncia al MP cuando se dio el suicidio, pero que se desestimó “ya que no hay delito que perseguir”, según les indicaron las autoridades.

En Guatemala, el suicidio no es reconocido como delito. No obstante, en el Código Penal sí está tipificada la inducción al suicidio. Sería importante realizar investigaciones para determinar la ocurrencia de esta inducción.

Por otro lado, la informante clave que dio acompañamiento para realizar la entrevista de la madre del Gabriela expresó: “Debieron realizar algún tipo de investigación para determinar de quién era el bebé porque podría también ser posible que ella se embarazara cuando estuvo trabajando en Guatemala, o que el padre pudiera haber abusado de ella o que fuera del novio, pero no se hizo ninguna investigación”.

LA RELACIÓN CON LAS MADRES.

Las madres que fueron entrevistadas para las autopsias verbales comentaron que era la primera vez que hablaban de la muerte de su hija.

Ana Freud ya había destacado la importancia de la relación madre/hijo/a en el sentido que “lo cuida y garantiza su supervivencia” (1982:73), indicando que la persona se constituye en el primer referente con el mundo externo, y de allí la importancia de esta primera relación. Para Luisa Muraro la madre es el punto de apoyo desde el cual actuar; pero el patriarcado asigna a las mujeres roles vinculados únicamente a la procreación y la descendencia. También reflexionó sobre la diferencia entre autoridad y poder, refiriéndose a que la relación con la madre es una relación de autoridad, basada en el reconocimiento; mientras que la relación que se establece con el padre, es de poder. Erich Fromm en *La crisis del psicoanálisis* (1995) ya había esbozado lo que llamó el complejo emocional patricéntrico, como una relación de ansiedad/amor/odio con la figura paterna, precisamente por tratarse de relaciones de poder y de amor condicionado.

Varias de las madres mencionaron que se sienten culpables. Es importante señalar que, desde la perspectiva de género, el estigma recae en la madre, considerándola por la propia familia y la comunidad como “mala madre”

Posiblemente las jóvenes que se suicidan no hayan logrado superar la necesidad infantil de aprobación para asumir la obligación adulta de independencia de pensamiento (Muraro, 1994:89) y esto las empuja, también, a la decisión de quitarse la vida.

Fue difícil profundizar en las preguntas del instrumento de autopsias verbales con las mamás por el llanto y el duelo presente, aunque hubiese pasado hace varios años.

No habían recibido ningún tipo de acompañamiento psicológico para sobrellevar su duelo. Por las condiciones de pobreza de la gran mayoría es difícil que se movilicen a recibir terapia psicológica al casco urbano de los departamentos, por lo que se recomienda que las y los psicólogos realicen visitas domiciliarias/comunitarias de atención.

Varias de las madres mencionaron que se sienten culpables. Es importante señalar que, desde la perspectiva de género, el estigma recae en la madre, considerándola por la propia familia y la comunidad como “mala madre” tanto por el embarazo como por el suicidio de su hija. En uno de los casos, la madre es culpada por la comunidad por “haberse ido a trabajar”.

Este fue el caso de Diana: “La comunidad dijo que todo fue porque yo me había ido a trabajar, que por qué la había dejado, si ella me necesitaba. O sea que la culpa había sido mía. Y no fue así. Yo todavía le platiqué. (...) yo me quería salir (del trabajo) por lo que pasaba, pero por los gastos del estudio, lo que gana mi esposo, no alcanza para cubrir todo”.

En el caso de Dinora, la asignación de culpa a la madre, vino del otro hijo, que en su discurso menciona que hubiera estado mejor que se envenenara la mamá y no su hermana: “sí que por tu culpa se mató mi hermana... Por tu culpa mi hermana no está con nosotros. (...) si te hubieras envenenado vos tal vez la Dinora no se hubiera envenenado”

En 9 de los 14 casos (64.28%), se conoció que la madre no estaba enterada que su hija estaba embarazada, hasta el momento del suicidio. El suicidio del 28.57% (4 casos) de las adolescentes se realiza durante el primer trimestre del embarazo (1-3 meses), en donde no hay tanta evidencia visible y en el 28.57% (4 casos) que lo realizaron en el tercer trimestre (7-9 meses), buscaron esconderlo.

Dentro del sistema patriarcal se nos ha inducido a las mujeres a competir entre nosotras, especialmente por el afecto de los hombres. Las relaciones entre mujeres tienden a ser difíciles, precisamente por esta competencia permanente promovida por las estructuras patriarcales, la rivalidad que ha sido internalizada y reforzada por el proceso de socialización.

Uno de los casos que ilustra de mejor manera lo anterior es el caso de Blanca: Al enterarse la mamá de la relación, la comenzó a tratar mal, no le daba dinero para la comida, la insultaba “por meterse con su pareja”.

Es necesario, además, tomar en cuenta que es muy difícil para una mamá o abuela que fue abusada reconocer el abuso en su hija. Esto por negación, o porque la confronta con su propia historia.

Atender, como parte de la salud mental, las relaciones con la madre es una de las medidas para prevenir los suicidios, ya que implica “devolver a la sociedad, y ante todo a las mujeres, la potencia simbólica contenida en la relación con la madre y neutralizada por el dominio masculino” (Muraro, 1994:21)

ENTORNOS FAMILIARES DE DESPROTECCIÓN Y POBREZA.

En la mayoría de los casos se evidenció la existencia condiciones de pobreza y pobreza extrema, lo cual se vincula con los factores de riesgo social.

Además, el impacto psicológico de un suicidio en las familias es muy fuerte. El suicidio crea un malestar en el sistema familiar. En muchas de las entrevistas se evidenciaron duelos no resueltos y cambios en las dinámicas familiares:

La mamá de Gabriela cometa: “Yo sólo llorando me mantenía, me decían que me podía dar un derrame, ella se fue, ella sabe por qué lo hizo”.

La madre de Diana menciona: “Nuestra familia cambió porque nos dejó tristes, el papá se enfermó, lleva 4 años enfermo, ya no se recuperó al 100 por ciento, igual a mí me afecto. Los hermanos se recuperaron de lo sucedido tal vez a los 2 años, pero no fue fácil, ya que era la más pequeña.”

La madre de Ana expresa: “Mis hijos estaban muy pequeños [cuando sucedió el suicidio], 8 y 3 años, fue muy triste, muy doloroso por lo que ellos tuvieron que pasar, para todos.” Continúa planteando: “ Como usted me cuenta que esto va a servir para otras jóvenes, que si tienen algún problema, algo que les moleste, sino tienen esa confianza con el papá o la mamá que busquen un tío, un padrino, pero que le platicuen qué les pasa, si los molestan (...) y no tomar esa decisión porque es algo que nos dejan aquí sufriendo, con la incertidumbre de no saber por qué tomaron esa decisión.” Esta opinión se complejiza, cuando se ha comprobado que muchos de los agresores se encuentran en el seno de la familia. Es así como los servicios de salud, debieran favorecer la atención de la salud mental a las adolescentes.

Por otro lado, la exposición al trauma lo tienen también quienes encuentran a las adolescentes que se suicidaron. Generalmente son hermanas, hermanos u otros familiares, quienes están más cercanos porque viven en la misma casa.

Además, que otra persona se haya suicidado en la familia, ya es un factor de riesgo. Se tuvo información sobre otros casos de suicidio en la familia. En el caso de Ana, una muchacha de que se crió con su tía-abuela se suicidó de 16 años por envenenamiento; no se supo el motivo.

En el caso de Dinora, una prima se suicidó de 16 años, no se saben las razones. Además, la mamá de Dinora comenta que su esposo “ también hizo el drama de que se estaba envenenando, porque había tomado y le reclamé por qué le estaba dando mal ejemplo a sus hijos (...) no sé donde consiguió la pastilla, pero sólo la enseñó y amenazó con tomársela”.

El cuadro de la familia de Dinora se complica, ya que un año y 10 meses después del suicidio, su hermano de 19 años muere en un accidente en motocicleta. La mamá menciona que estaba deprimido por la muerte de su hermana y que cree que él provocó el accidente para quitarse la vida.

La exposición al trauma lo tienen también quienes encuentran a las adolescentes que se suicidaron.

Generalmente son hermanas, hermanos u otros familiares, quienes están más cercanos porque viven en la misma casa.

La mamá Dinora dice: “Me siento como loca [desde que se suicidó], como que estuviera vacía, ya va a cumplir 4 años de lo sucedido. Trato de meterme en los quehaceres para divagar, pero cuando estoy sola siempre termino llorando por mis 2 hijos que me dejaron, en quienes yo tenía toda mi esperanza. Lo que pasó con mi hija afectó a toda la familia. Al más pequeño lo he tenido que llevar con el psicólogo, ni estudiar quiso este año, porque está demasiado topado, él jugaba y salía con mi hija, ella apenas tenía 16 años...El hermano mayor [quien murió] se acopló tanto a Dinora que para él fue bien duro, cuando ella murió él empezó a bajar en las clases, se pasaba durmiendo, pasaba alterado, o sea nos contagiamos todos. Cuando murió Dinora mi hijo empezó a tomar, algo que no hacía.”

EL NECESARIO ABORDAJE COMUNITARIO Y ESCOLAR DE LOS SUICIDIOS Y EMBARAZOS.

El suicidio afecta a las personas que están alrededor de la víctima, sean sus familiares, amistades, a la comunidad en general.

La madre Ana, al preguntarle sobre si los suicidios son comunes en el lugar donde vive, menciona: “Han pasado casos en la comunidad, y ahora aunque mis hijos se enojen conmigo, yo trato la manera de entablar plática con ellos y preguntarles si algo les molesta, a ver qué hacen, si los molestan, por lo que pasó...yo no sabía nada de mi hija”.

En dos casos, los COCODES jugaron un papel central. En el caso de Gabriela, fue una de las autoridades del COCODE quien le informó a la mamá de la víctima sobre su embarazo diciéndole que tenía que comprar dos cajas y dos mudadas de ropa, una para su hija y otra para el hijo que estaba esperando. Ese fue el momento en que la mamá de Dinora se enteró del embarazo.

El otro fue el caso de Nadia, en donde la autoridad del COCODE que acompañó la entrevista, comentó la manera cómo se están abordando los suicidios y embarazos a nivel comunitario: “En cada reunión se habla sobre el tema, no queremos que vuelva a suceder lo mismo. Cuando fue el velorio de la joven, los COCODES hablamos que no queríamos que volviera a suceder eso con otras jovencitas; y en cada reunión siempre se habla sobre eso. Hemos tratado la manera de explicar a las jovencitas, pero la realidad es que no podemos hacer nada porque cada quien, la familia, sabe cómo educa a sus hijas, de la familia viene la educación”. Como puede constatarse, su abordaje se centra en “las jovencitas”, invisibilizando a los hombres vinculados, sin hablar de las causas que provocaron el suicidio y tampoco de la responsabilidad educativa en cuanto a la implementación de la educación integral en sexualidad.

Además, en el caso de Juliana, a los pocos días de haber fallecido, su pareja ingresó al hospital, él también había ingerido plaguicida tras la noticia de la muerte de ella. Sobrevivió y se le está brindando tratamiento psicológico. Esto evidencia la necesidad de un abordaje comunitario más estratégico e integral para evitar situaciones como estas.

Por otro lado, en dos de los casos, las maestras fueron las entrevistadas o acompañaron la entrevista porque conocían las historias e incluso, en su momento, una de ellas refirió a adolescente a orientación psicológica (caso de Diana). Además, no pueden soslayarse las necesarias intervenciones con las y los compañeros de aula frente al suicidio de una de sus pares, ya que como puede constatarse en el perfil de las fallecidas, el 71% formaba parte del sistema escolar.

Es importante visibilizar el papel que juega la educación integral en sexualidad (EIS) en el sistema educativo y la responsabilidad del Ministerio de Educación en su implementación. La educación integral en sexualidad es mucho más que sexo. Aborda temas clave para la vida, según las edades de los grupos de estudiantes: relaciones de respeto, compromisos a largo plazo, igualdad, consentimiento, privacidad e integridad física, uso seguro de tecnologías, habilidades de comunicación, rechazo y negociación, cómo encontrar ayuda y apoyo, el cuerpo humano y el desarrollo, prevención del embarazo, reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y VIH, violencia, estereotipos y prejuicios, entre otros.

Como menciona el padre de Flor: "Sería bonito que hubiera educación sexual en la escuela".

Es importante visibilizar el papel que juega la educación integral en sexualidad (EIS) en el sistema educativo y la responsabilidad del Ministerio de Educación en su implementación. La educación integral en sexualidad es mucho más que sexo y es un derecho humano.



EN LAS

CAPÍTULO

4

LOS VACÍOS ESTADÍSTICAS

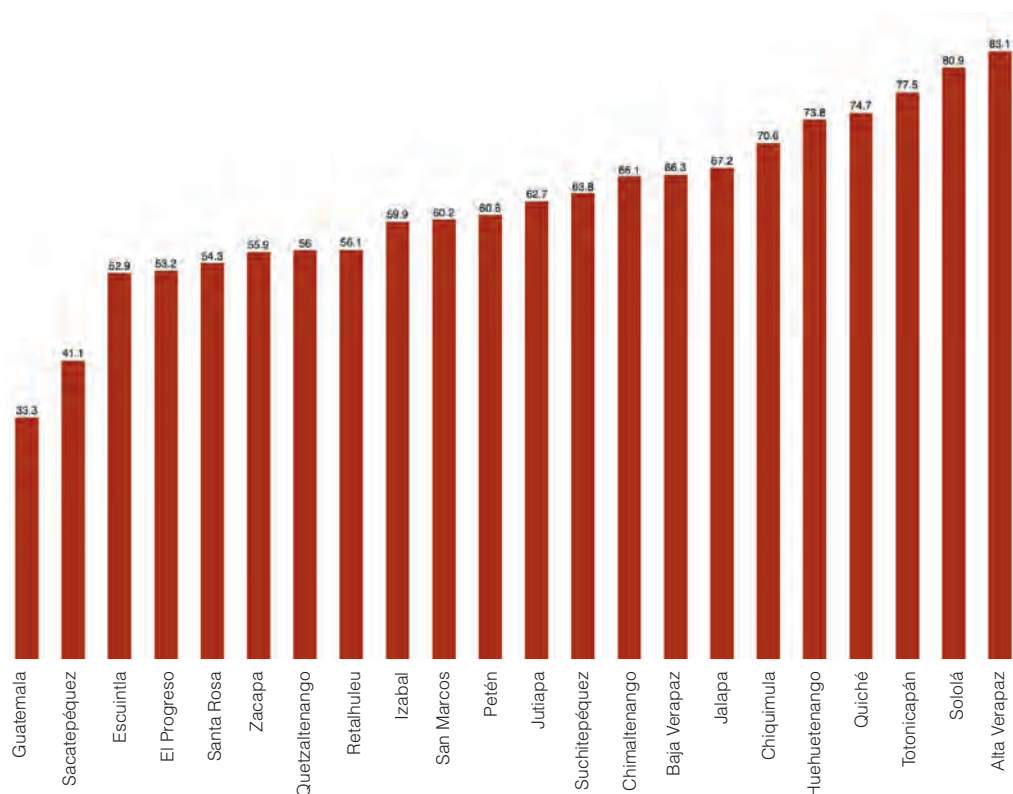
Para comprender la complejidad en el abordaje del suicidio, resulta importante realizar un análisis estadístico sobre las condiciones sociales en las que viven los adolescentes en el país, desde un enfoque que muestre las brechas de clase social, origen étnico y territorialidad. Esto permitirá, a su vez, analizar el escenario en el que se dan los embarazos, así como el evento del suicidio.

4.1 CONTEXTO NACIONAL

Guatemala es un país multiétnico, plurilingüe y multicultural en el que conviven pueblos de origen maya, xinca, y afrodescendientes, así como ladino/mestizos.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los niveles de pobreza y pobreza extrema han aumentado en el país, de 56.4% en el 2000 a 59.3% en el 2014. Asimismo, la pobreza extrema subió de 15.3% en el 2006 a 23.4% en el 2014. Los departamentos con mayores índices de pobreza son Alta Verapaz, Sololá y Totonicapán, donde la mayoría de la población es indígena.

GRÁFICA 1. PORCENTAJE DE INCIDENCIA DE POBREZA TOTAL, POR DEPARTAMENTO



Fuente: Elaborado con datos del INE – ENCOVI 2014.

Los datos disponibles muestran persistentes brechas que limitan el desarrollo humano, la garantía de derechos, el presente y el futuro para la mayoría de adolescentes.

Para el año 2017, Guatemala tiene alrededor de 16.9 millones de habitantes, de los cuales 8,367,647, es decir, el 49.4% tiene entre 0 y 19 años de edad. De los cuales 4,115,661 son niñas y adolescentes que representan el 47.5% del total de mujeres en el país.

Al analizar la fecundidad, se observa que la tasa global presenta un leve pero sostenido descenso de 4.4 hijos y/o hijas por mujer en el año 2002, a 3.6 en 2008/2009 y 3.1 en 2014/2015. La tasa de fecundidad de las mujeres indígenas, también se redujo, incluso de manera más acelerada; no obstante, continúa siendo más alta que la de las mujeres no indígenas; así, se observa que de 6.1 hijos y/o hijas por mujer en el año 2002, bajó a 4.5 en 2008/2009 y 3.6 en 2014/2015.

La tasa específica de fecundidad en adolescentes ha venido disminuyendo en Guatemala: de 139 nacimientos por cada mil adolescentes de 15-19 años en 1987, hasta 92 en 2014; sin embargo, el diferencial urbano/rural se mantiene: la tasa de fecundidad en el área urbana es de 65 nacimientos por 1,000 mujeres de 15-19 años contra casi el doble (112) en el área rural.

Además, se observan diferencias significativas entre las adolescentes que no tienen acceso a la educación, las cuales poseen en promedio 4.6 hijos y/o hijas, comparado con las que han tenido acceso a la educación universitaria que tienen en promedio 1.6. Los resultados de la ENSMI (2014-2015), muestran que el 20.7% de las adolescentes de 15 a 19 años ya eran madres o estaban embarazadas al momento de realizar la encuesta (ver tabla 1). Esto representa una de las problemáticas más alarmantes de las adolescentes con relación a su desarrollo integral y la construcción de oportunidades para una vida digna. La tasa específica de fecundidad indica que para el año 2014/2015 había 92 nacimientos por cada 1,000 adolescentes en el grupo de edad de 15 a 19 años, concentrándose la mayoría en el área rural.

se observan diferencias significativas entre las adolescentes que no tienen acceso a la educación, las cuales poseen en promedio 4.6 hijos y/o hijas, comparado con las que han tenido acceso a la educación universitaria que tienen en promedio 1.6.

TABLA 1. EMBARAZO Y MATERNIDAD EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, POR ÁREA GEOGRÁFICA, ETNICIDAD Y NIVEL DE EDUCACIÓN (PORCENTAJE) - AÑOS 2014/2015

Área, etnicidad y educación	% de adolescentes que		% alguna vez embarazadas
	<i>Ya son madres</i>	<i>Embarazadas del primer hijo</i>	
Total	16.2	4.5	20.7
Área geográfica			
Urbana	12.1	3.5	15.6
Rural	19.2	5.2	24.3
Etnicidad			
Indígena	16.8	4.4	21.2
Ladino	15.6	4.6	20.2
Nivel de educación			
Sin educación	34.4	10.5	45.0
Primaria incompleta	27.6	6.2	33.8
Primaria completa	17.9	5.9	23.8
Secundaria	10.0	2.9	12.8
Superior	4.2	2.1	6.3

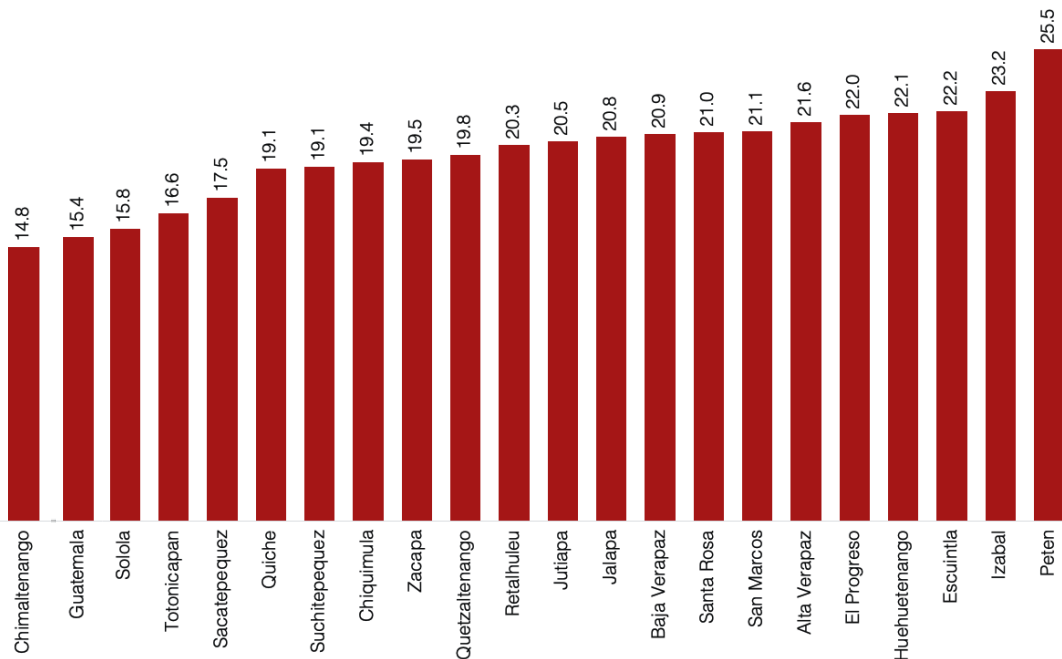
Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -Ensmi 2014/2015.
* Por autoidentificación.

Por su parte las estadísticas vitales del INE, reportaron 381,664 nacidos vivos para el año 2017, de los cuales el 19.5% (74,373) corresponde a adolescentes de 10 a 19 años; es decir que 1 de cada 5 nacimientos registrados en Guatemala corresponde a una mujer menor de 20 años; 31.3% de estos nacimientos, que equivalen a 23,251, corresponden a madres que se autoidentificaron como perteneciente a algún pueblo indígena. Como observa en la gráfica anterior, el porcentaje es más elevado en el área rural (24.3%) y para las mujeres sin educación (45%).

En el año 2016 la Organización Mujeres Transformando el Mundo (MTM), realizó un censo en la Comunidad Sepur Zarco y 44 comunidades aledañas, ubicadas en los municipios de El Estor, departamento de Izabal y el municipio de Panzós, en Alta Verapaz. Los resultados del estudio señalan que de las mujeres entrevistadas, el 74% informaron que tuvieron su primer hijo entre los 11 y los 19 años, es decir 53.3 puntos porcentuales arriba del promedio Nacional.

La ENSMI también permite establecer que en 2014/2105 el 4.5% de los nacimientos no fueron registrados ante el RENAP, este porcentaje se incrementa a 5% en la áreas rurales, y a 5.4% para los pueblos indígenas.

GRÁFICA 2. PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS DE ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS, SEGÚN DEPARTAMENTO. AÑO 2017



Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. Año 2017

La variación en el registro de nacimientos por departamento es evidente, el mayor número de nacimientos tanto a nivel global como en adolescentes menores de 20 años, se registró en la ciudad de Guatemala, en la que además se concentra el 22% de la población guatemalteca; sin embargo, al analizar la información proporcionalmente, se observa que los departamentos de Petén (25.5%), e Izabal (23.2 %) registraron la mayor proporción de adolescentes menores de 20 años, que fueron madres durante el año 2017.

TABLA 2. NACIDOS VIVOS REGISTRADOS DE ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS, SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA DE LA MADRE Y ETNICIDAD. AÑO 2017

Departamento de residencia de la adolescente	Total nacidos vivos	Total de nacidos vivos de adolescentes de 10-19			
		Total	Indígena	No indígena	Ignorado
Total	381,664	74,373	23,251	25,808	25,314
% DE NACIDOS VIVOS	100	19.5	6.1	6.8	6.6
DEPARTAMENTO					
Guatemala	66,407	10,205	490	4,832	4,883
El Progreso	3,990	876	5	757	114
Sacatepéquez	6,631	1,158	194	282	682
Chimaltenango	15,824	2,345	969	320	1,056
Escuintla	16,249	3,601	38	2,073	1,490
Santa Rosa	8,464	1,778	16	899	863
Sololá	10,209	1,611	1,127	92	392
Totonicapán	12,744	2,117	1,271	121	725
Quetzaltenango	20,248	4,010	1,371	1,141	1,498
Suchitepéquez	13,549	2,593	283	1,204	1,106
Retalhuleu	8,115	1,651	51	1,272	328
San Marcos	30,133	6,352	1,274	2,591	2,487
Huehuetenango	37,607	8,298	4,250	1,579	2,469
Quiché	28,651	5,459	3,652	474	1,333
Baja Verapaz	7,912	1,656	642	319	695
Alta Verapaz	33,966	7,330	5,687	329	1,314
Petén	14,808	3,781	1,088	2,299	394
Izabal	9,789	2,275	697	1,254	324
Zacapa	5,885	1,149	3	768	378
Chiquimula	10,495	2,036	86	1,225	725
Jalapa	8,972	1,862	41	801	1,020
Jutiapa	10,748	2,205	16	1,170	1,019
Extranjero	194	22	-	6	16
Ignorado	74	3	-	-	3

Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. Año 2017

En el mismo año, se registraron 71,597 matrimonios de los cuales el 73.5% se registraron en mujeres jóvenes de 15 a 29 años y en el 15.5% se trata de adolescentes de 15 a 19 años de edad. Es importante subrayar que de éstas 11,109 adolescentes que contrajeron nupcias en el año 2017, únicamente el 17.9% lo hicieron con sus pares, es decir hombres de 15 a 19 años de edad, el 82.1% lo hizo con hombres de 20 años o más, y de éstas, el 22.9% con hombres mayores de 25 años. Además, se observa que 67 de ellas contrajeron matrimonio con hombres de 40 años o más, situación que las coloca en relaciones desiguales de poder, y las expone a mayor riesgo de violencia física, psicológica y verbal, en la relación.

Al analizar los datos de los adolescentes de 15 a 19 años que contrajeron nupcias en el mismo año, se encuentra una brecha de 12.5 puntos porcentuales con relación al registro de las adolescentes; en este caso, el dato desciende a 3,869 casos, que equivalen al 5.4%, de los cuales el 52.3% contrajo nupcias con adolescentes de la misma edad, y el 43.0% con mujeres de 20 a 24 años.

TABLA 3. MATRIMONIOS DE ADOLESCENTES POR EDAD DEL NOVIO SEGÚN GRUPO DE EDAD DE LA NOVIA. AÑO 2017

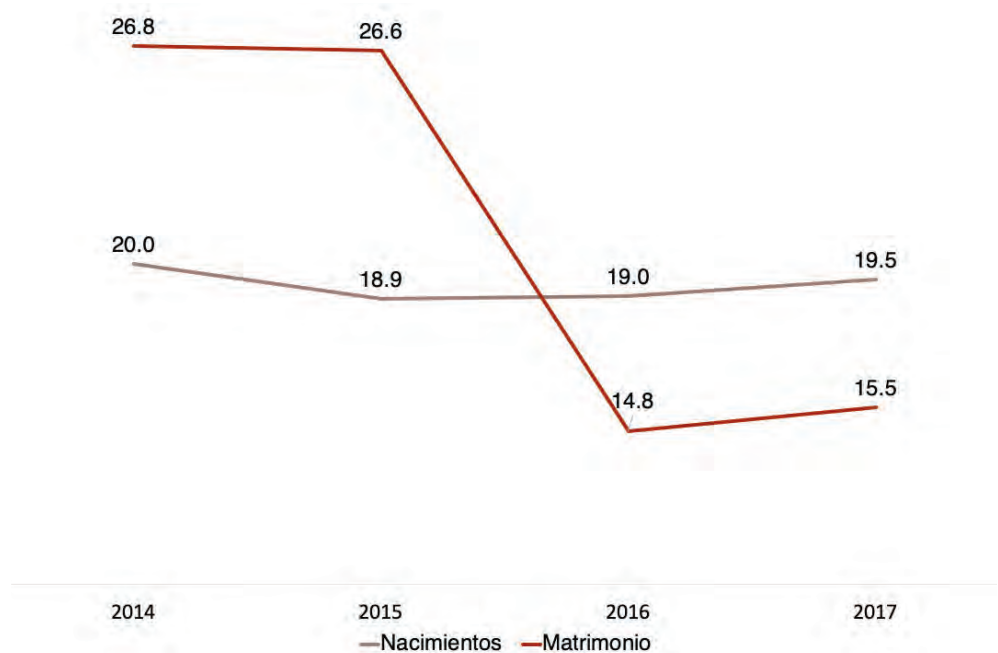
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 y más	Ignorado	
Todas las edades	71,597	3,869	23,333	18,372	10,190	5,433	10,396	4
15 - 19	11,109	1,984	6,583	1,916	445	114	67	-
20 - 24	25,960	1,662	13,202	8,008	2,127	611	349	1
25 - 29	15,547	180	2,886	6,519	3,960	1,247	755	-
+30	18,980	43	662	1,928	3,658	3,461	9,225	3
Ignorado	1	-	-	1	-	-	-	-

La entrada en vigencia en el año 2015 del Decreto 08-2015 que modifica las excepciones del Código Civil al establecer los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio para ambos sexos, evidentemente ha impactado en el registro de matrimonios en menores de 18 años. De hecho, a partir del año 2016, desapareció el registro de matrimonios en menores de 15 años, en la estadística oficial que publica el Instituto Nacional de Estadística con información del RENAP, mientras que para los años 2014 y 2015 fueron registrados 857 y 777 casos respectivamente.

No obstante, la misma tendencia no se ha reflejado en el registro de nacimientos. Como se observa en la gráfica que se presenta a continuación, del año 2015 al 2016 el registro de matrimonios presentó una evidente tendencia a la baja, en la proporción de matrimonios de adolescentes mujeres, menores de 20 años, en relación a la totalidad de matrimonios registrados por el RENAP, que en 2015 registró 21,098 matrimonios, que equivalían al 26.6% de la totalidad de registros, mientras que para el año 2016 el mismo registro desciende a 10,272, que equivale a 14.8%, registrando un descenso de 11.8 puntos porcentuales, situación que no se había observado en años anteriores. Sin embargo, dicha tendencia no se logra mantener para el año 2017, ya que el registro aumenta a 11,109 casos que representan un 15.5% de la totalidad del registro y un aumento de 0.7 puntos porcentuales.

Asimismo, se evidencia que el registro de nacimientos de adolescentes, como proporción de la totalidad de nacimientos registrados, no ha disminuido, por el contrario, viene en aumento a partir del año 2015 (Ver gráfica 1). Esta situación es grave ya que el estudio “¡Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes” (FLACSO/MSPAS/ UNFPA, 2015), evidencia que existe una clara vinculación entre el embarazo y la unión temprana, por lo que podría concluirse que han disminuido los matrimonios a partir de la prohibición mediante el Decreto 08-2015, pero no las uniones, ya que, de los 71,597 nacimientos registrados en el 2017, el 92.1% de las madres se declararon solteras o unidas. En el año 2017 se registraron 32,909 nacimientos en adolescentes menores de 18 años.

GRAFICA 3. PROPORCIÓN DE MATRIMONIOS Y NACIMIENTOS DE ADOLESCENTES MENORES DE 20 AÑOS. AÑOS 2014-2017



Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. Año 2017

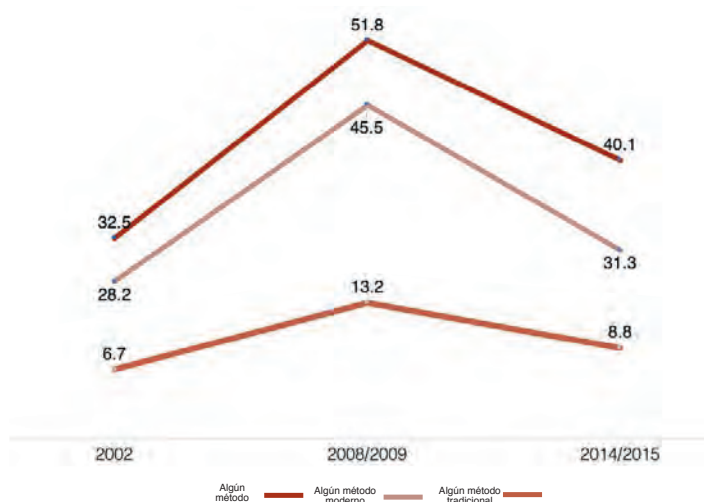
TABLA 4. ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS POR ETNICIDAD, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. AÑO 2014

Estado conyugal	Total	Indígena	No indígena	Ignorado/NR
13 a 19 años	223,074	98,937	123,898	239
Ambos sexos				
Unido	63,553	34,223	29,091	239
Casado	159,521	64,714	94,807	0
Hombre				
Unido	17,889	9,694	8,195	0
Casado	42,739	17,514	25,225	0
Mujer				
Unida	45,664	24,529	20,896	239
Casada	116,782	47,200	69,582	0

Fuente: Elaborado con datos del INE – ENCOVI 2014.

Un factor asociado al alto porcentaje de adolescentes embarazadas o que ya son madres es el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar. Según la ENSMI, para adolescentes entre 15 y 19 años que en los años 2002 y 2008/2009, vivían en unión, así como a aquellas que en 2014/2015, reportaron estar sexualmente activas, es relativamente bajo y, aunque en el 2008/2009 se reportó un aumento respecto del 2002, para el 2014/2015 el uso de estos métodos ha disminuido, en aquellas que reportaron llevar una vida sexual activa.

GRÁFICA 4. USO DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS. AÑOS 2002, 2008/2009 Y 2014/2015.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -Ensmi 2002, 2008/2009 y 2014/2015.

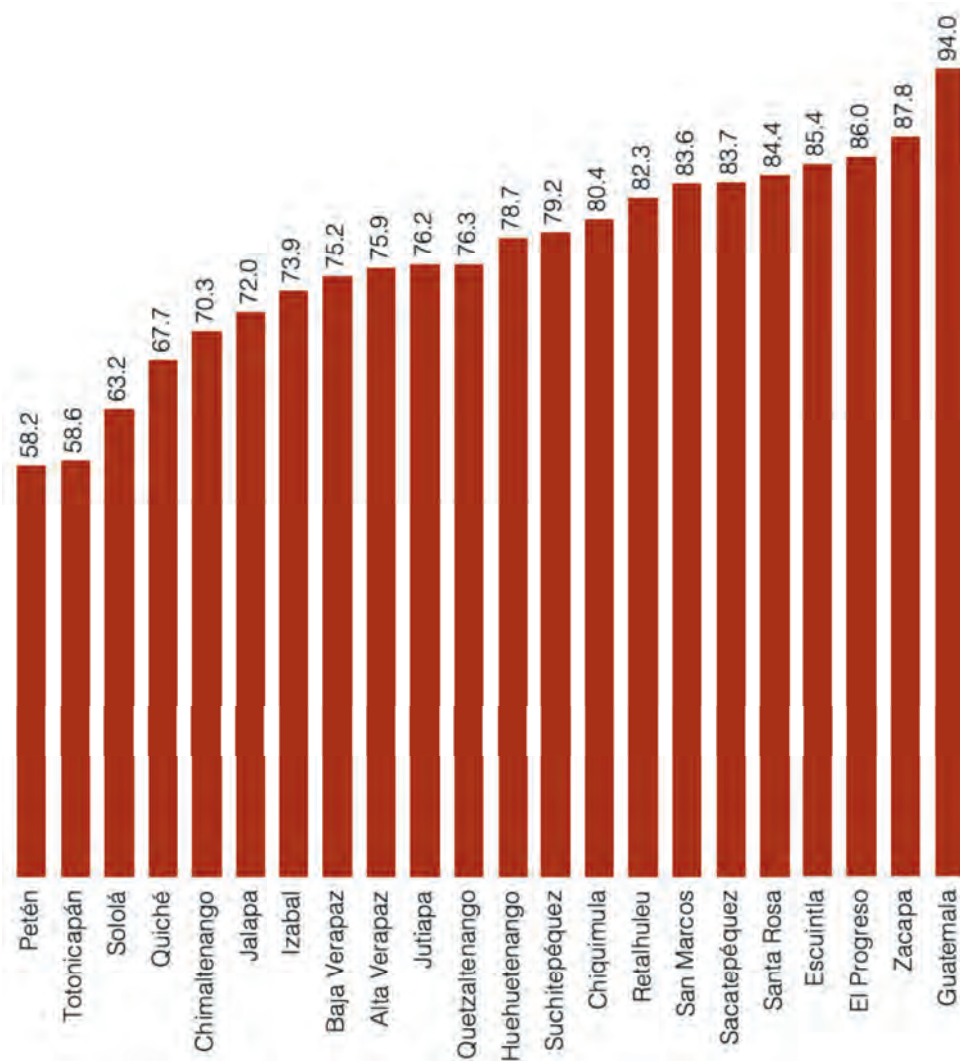
Como se señaló anteriormente, las estadísticas permiten concluir que la educación es determinante tanto en el promedio de número de hijos, como en la condición de estar embarazada o ser madre a temprana edad, por lo que se considera relevante analizar de manera específica los principales indicadores estadísticos que reflejan la situación educacional de las adolescentes en Guatemala.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura la educación es un derecho humano fundamental, “esencial para poder ejercitar todos los demás derechos. La educación promueve la libertad y la autonomía personal y genera importantes beneficios para el desarrollo. Sin embargo, millones de niños y adultos siguen privados de oportunidades educativas” (UNESCO, 2016).

Según datos del Ministerio de Educación, para el año 2016, la tasa neta de escolaridad en primaria, para niñas de 7 a 12 años, se sitúa en 77.8 %, indicando que aproximadamente 8 de cada 10 niñas están matriculadas. Es de resaltar que la misma, ha descendido 14.5 puntos porcentuales respecto del 2011 (92.3%). Esta tasa presenta variaciones por departamento que van desde 58.2% en Petén, hasta 94% en Guatemala. La brecha con relación a los niños (78.6) se ha reducido a menos de un punto (0.8), mientras que, en el año 2000, era 6.6. La tasa de aprobación para las niñas es de 89.4 %, 2.9 puntos porcentuales mayor que el de los niños (86.5).

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura la educación es un derecho humano fundamental, esencial para poder ejercitar todos los demás derechos.

GRÁFICA 5. TASA NETA DE ESCOLARIDAD DE NIÑAS EN PRIMARIA, POR DEPARTAMENTO. AÑO 2016.

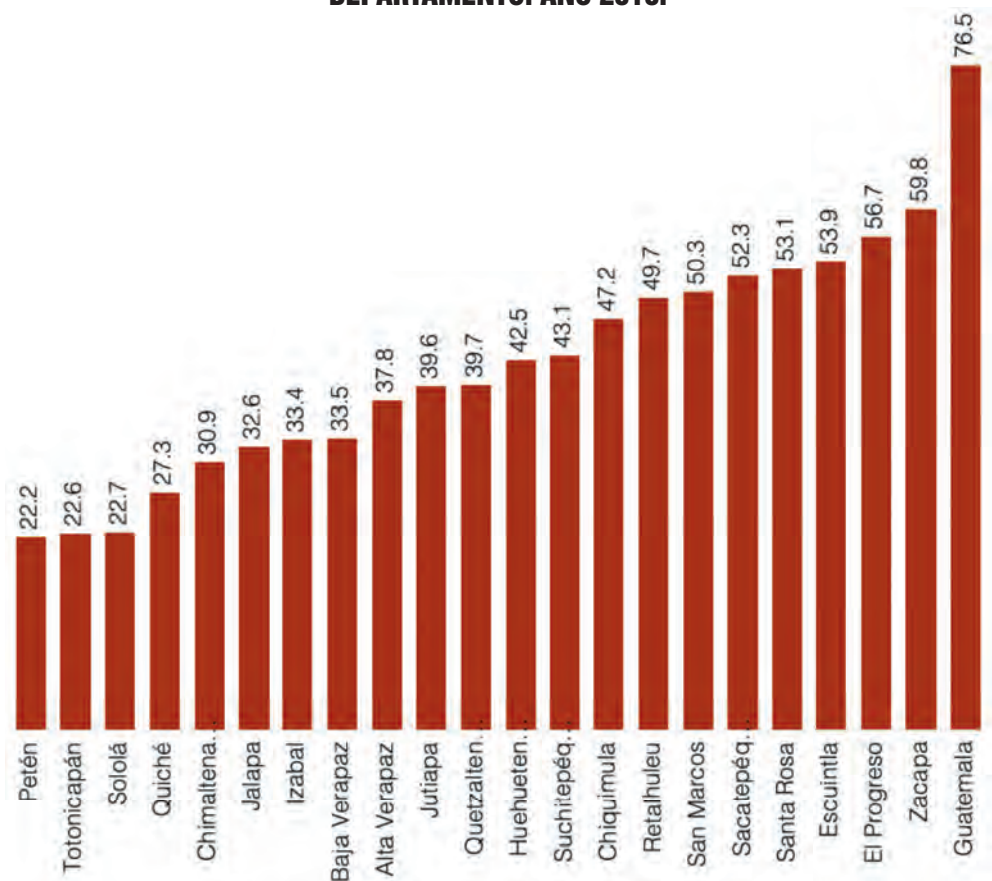


Fuente: Elaborado con datos del Ministerio de Educación - <http://www.mineduc.gob.gt/portall/index.asp>.

En el ciclo básico, la situación es distinta, ya que la tasa a nivel nacional para las adolescentes de 13 a 15 años, se reduce a 43.6%, es decir que únicamente 4 de cada 10, están matriculadas. Las disparidades entre departamentos son notables. Dentro de los cuatro departamentos, que presentan las tasas más bajas, se identifican tres que también cuentan con mayoría de población indígena y rural: Petén, 22.2%; Totonicapán, 22.6%; Sololá, 22.7% y Quiché, 27.3%. La brecha entre Guatemala que registra la tasa más alta (76.5%) y Petén asciende a más de 50

puntos porcentuales, y coincidentemente siguen en la lista de los departamentos que registran las mayores tasa Zacapa y El progreso, dos de los departamentos que registran las menores proporciones de población indígena. Del total de alumnos y alumnas, matriculadas en el ciclo básico, únicamente el 25.5 % son indígenas, en el caso de las adolescentes el mismo porcentaje desciende a 23.6%. La brecha con relación a los hombres (45.7) no ha disminuido, por el contrario, en el 2016 fue de 2.1, mientras que en el 2009 esta era de 1.9 (hombres, 41.2; mujeres, 39.3). En esta etapa de la vida, es cuando las mujeres asumen con mayor intensidad las responsabilidades domésticas, en muchas ocasiones contraen matrimonio o se unen, algo muy común en las áreas rurales.

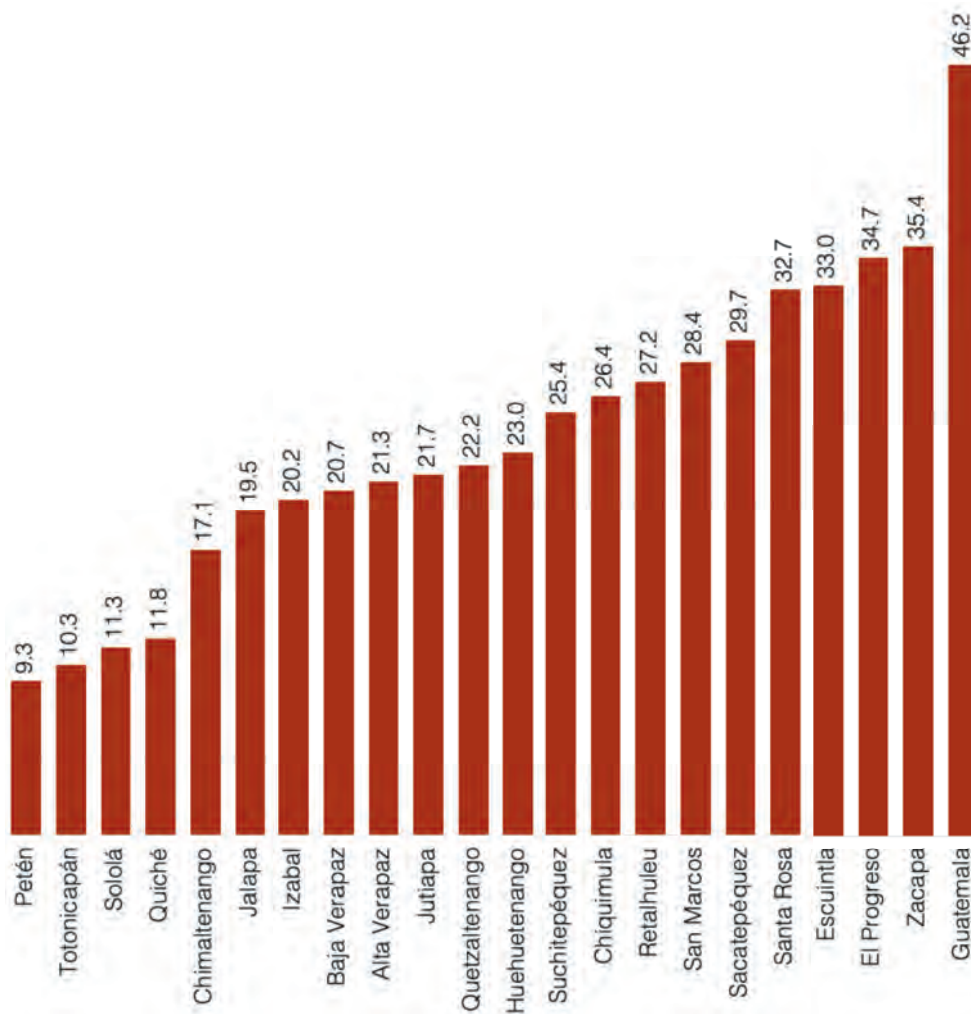
GRÁFICA 6. TASA NETA DE ESCOLARIDAD DE ADOLESCENTES EN EL CICLO BÁSICO, POR DEPARTAMENTO. AÑO 2016.



Fuente: Elaborado con datos del Ministerio de Educación - <http://www.mineduc.gov.gt/portall/index.asp>.

Para el ciclo diversificado, la tasa se reduce aún más (24.5%), es decir que sólo 24 de cada 100 adolescentes, tienen acceso a este ciclo. Nuevamente los departamentos con alta población indígena y rural son los más rezagados: en Alta Verapaz, 9.1; Totonicapán, 10; Quiché, 11.1 y Huehuetenango 11.4. Las tasas más altas se encuentran en los departamentos de: Guatemala, 44.6; Quetzaltenango, 35.4; El Progreso, 32.2 y Sacatepéquez, 31.5. De 401,312 adolescentes, matriculadas/os en el ciclo diversificado, únicamente el 15.5 % son indígenas.

GRÁFICA 7. TASA NETA DE ESCOLARIDAD DE ADOLESCENTES EN DIVERSIFICADO, POR DEPARTAMENTO. AÑO 2016.



Fuente: Elaborado con datos del Ministerio de Educación - <http://www.mineduc.gob.gt/portal/index.asp..>

Para los ciclos básico y diversificado, una limitación importante para el acceso a la educación es la escasa oferta educativa estatal en contraste con la oferta en manos privadas. Para el 2014, sólo el 35.8% de las/os alumnas/os inscritas/os en el ciclo básico fue atendida/o en el sector público, mientras que el 53.8% corresponde al sector privado y el 10.3% a institutos por cooperativa. En el ciclo diversificado, el sector oficial sólo atendió al 13% de las/los adolescentes, mientras que el 84.4% correspondía al sector privado y el 2.6% a centros educativos por cooperativa. Según datos de la ENCOVI 2014, las causas más frecuentes por las que la niñez se encuentra fuera del sistema escolar, están relacionadas con factores económicos, (por falta de dinero o por tener que trabajar) 54% para el nivel primario, 61.4% en básicos y 62.8% en diversificado.

4.2 DATOS DE SUICIDIOS A NIVEL MUNDIAL

El suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. Según la Organización Mundial de la Salud ([WHO], 2018), anualmente, cerca de 800, 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida.

En el 2012 se registraron a nivel mundial 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes.

En 2016 fue la segunda causa principal de defunción en la población joven, es decir el grupo etario de 15 a 29 años, en todo el mundo, poniendo en evidencia la vulnerabilidad de este grupo poblacional. (Organización Mundial de la Salud, 2014) El suicidio no sólo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2015, más del 78% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

Las experiencias relacionadas con violencia de género, violencia sexual, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, los refugiados y migrantes; las comunidades indígenas; las personas lesbianas, reclusas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales.

Se estima que alrededor de un 30% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego.

Las experiencias relacionadas con violencia de género, violencia sexual, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas.

En todo el mundo es insuficiente la disponibilidad y calidad de los datos sobre el suicidio y los intentos de suicidio; únicamente 60 (que equivalen al 31.2%) de los Estados Miembros de OMS, disponen de datos de registro civil de buena calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio. La calidad insuficiente de los datos sobre mortalidad no es un problema exclusivo del suicidio, pero dada la sensibilidad de este fenómeno, el estigma social y/o religioso, y la ilegalidad de las conductas suicidas en algunos países es probable que la sub-notificación y la clasificación errónea de casos sea un problema más significativo en lo que respecta al suicidio que a otras causas de defunción.

4.3 Suicidios en Guatemala

En Guatemala la estadística oficial sobre mortalidad la produce el Instituto Nacional de Estadística a través de las estadísticas vitales, que proporcionan información sistematizada, cuya fuente primaria de información lo constituye el Registro Nacional de las Personas RENAP, a través del certificado médico de defunción.

Para efectos de este estudio, se analizó la serie histórica de las bases de datos de los años 2009 al 2017, último año publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a la fecha de elaboración del estudio, con el objetivo de describir las tendencias y variaciones a lo largo de los últimos 9 años de registro.

En este sentido es importante señalar que las diferencias en los patrones, características y métodos de suicidio ponen de relieve la necesidad de que Guatemala, mejore la integridad, calidad y oportunidad de sus datos concernientes al suicidio. Esto incluye el registro civil de suicidios, los registros hospitalarios de intentos de suicidio, y los estudios representativos a escala nacional que recopilen información sobre intentos de suicidio auto notificados.

En la búsqueda de un marco cuantitativo de la vinculación embarazo y suicidio, se analizaron estadísticas y bases de datos de diferentes fuentes de información a nivel nacional y posteriormente se realizaron entrevistas con informantes claves de las siguientes instituciones:

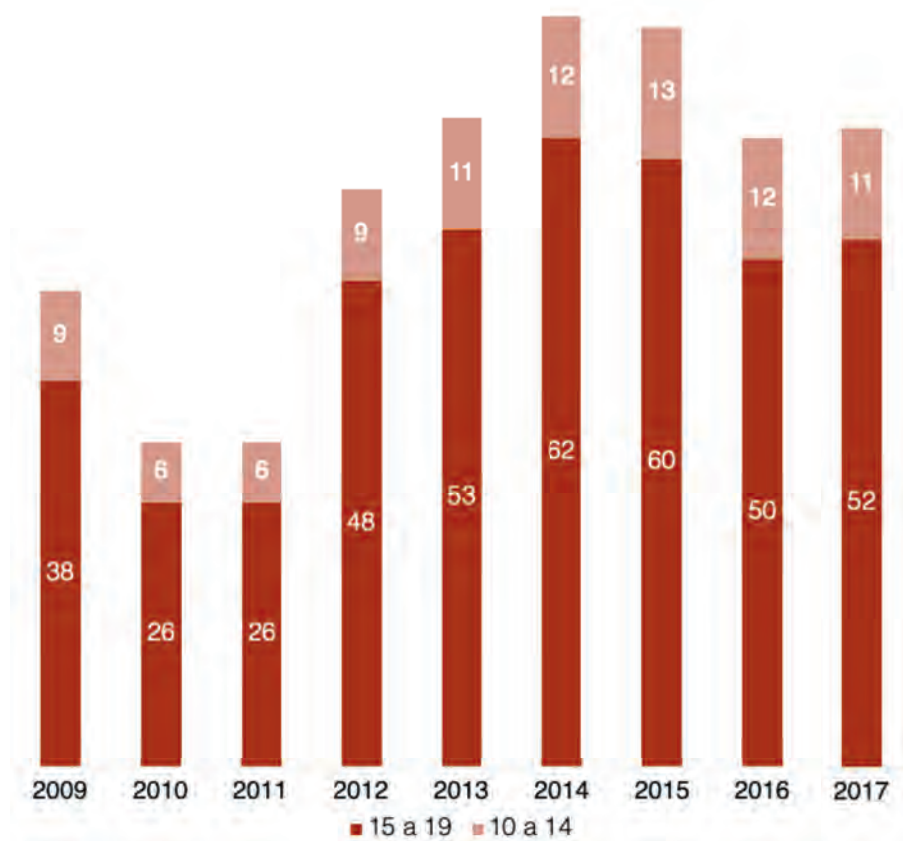
- *Instituto Nacional de Ciencias Forenses*
- *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*
- *Ministerio Público*

La información recabada evidencia que en Guatemala ninguna institución produce y/o publica información estadística sistematizada que permita dimensionar y caracterizar la vinculación entre suicidios y embarazo.

A continuación, se presenta un **análisis general que caracteriza los suicidios en adolescentes menores de 20 años en Guatemala:**

Para el año 2017 se identifican 535 suicidios a nivel nacional, que representan el 4.6% de las defunciones por causas externas o muertes violentas. Al analizar el dato diferenciado por sexo se encuentra que para el caso de los hombres desciende a 4.2%, mientras que para las mujeres aumenta a 6.4%.

GRÁFICA 8. SUICIDIOS DE ADOLESCENTES POR GRUPO DE EDAD Y AÑO DE OCURRENCIA SERIE HISTÓRICA AÑOS 2009 - 2017



Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. Años 2009-2017

De acuerdo a la información presentada por el INE con información del RENAP del año 2009 al 2017, se registraron 504 suicidios de adolescentes en el país. Como se observa en la gráfica 7, el registro de casos hasta el año 2014 mostró una tendencia al incremento, en el 2015 y 2016 se observa una baja en el registro que en 2017 se vuelve a incrementar. En el año 2017 se registraron 63 suicidios de los cuales el 82.5 % corresponden a las edades de 15 a 19 años y el 17.5% de 10 a 14 años.

TABLA 5. PORCENTAJE DE SUICIDIOS POR SEXO, SEGÚN DEPARTAMENTO DE OCURRENCIA. AÑO 2017

	Defunciones por causas externas			Suicidios			Porcentaje		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	11,749	9,707	2,042	535	404	131	4.6	4.2	6.4
Guatemala	3,915	3,193	722	27	24	3	0.7	0.8	0.4
El Progreso	143	115	28	13	8	5	9.1	7.0	17.9
Sacatepéquez	222	183	39	24	19	5	10.8	10.4	12.8
Chimaltenango	358	305	53	8	7	1	2.2	2.3	1.9
Escuintla	993	828	165	28	18	10	2.8	2.2	6.1
Santa Rosa	445	368	77	47	30	17	10.6	8.2	22.1
Sololá	211	176	35	20	18	2	9.5	10.2	5.7
Totonicapán	187	144	43	17	7	10	9.1	4.9	23.3
Quetzaltenango	673	545	128	32	22	10	4.8	4.0	7.8
Suchitepéquez	308	260	48	15	13	2	4.9	5.0	4.2
Retalhuleu	175	155	20	28	23	5	16.0	14.8	25.0
San Marcos	480	410	70	11	5	6	2.3	1.2	8.6
Huehuetenango	558	447	111	64	48	16	11.5	10.7	14.4
Quiché	367	305	62	55	45	10	15.0	14.8	16.1
Baja Verapaz	150	107	43	27	18	9	18.0	16.8	20.9
Alta Verapaz	417	319	98	41	36	5	9.8	11.3	5.1
Petén	514	455	59	20	18	2	3.9	4.0	3.4
Izabal	367	316	51	9	7	2	2.5	2.2	3.9
Zacapa	269	228	41	5	3	2	1.9	1.3	4.9
Chiquimula	422	357	65	3	2	1	0.7	0.6	1.5
Jalapa	222	187	35	23	19	4	10.4	10.2	11.4
Jutiapa	353	304	49	18	14	4	5.1	4.6	8.2

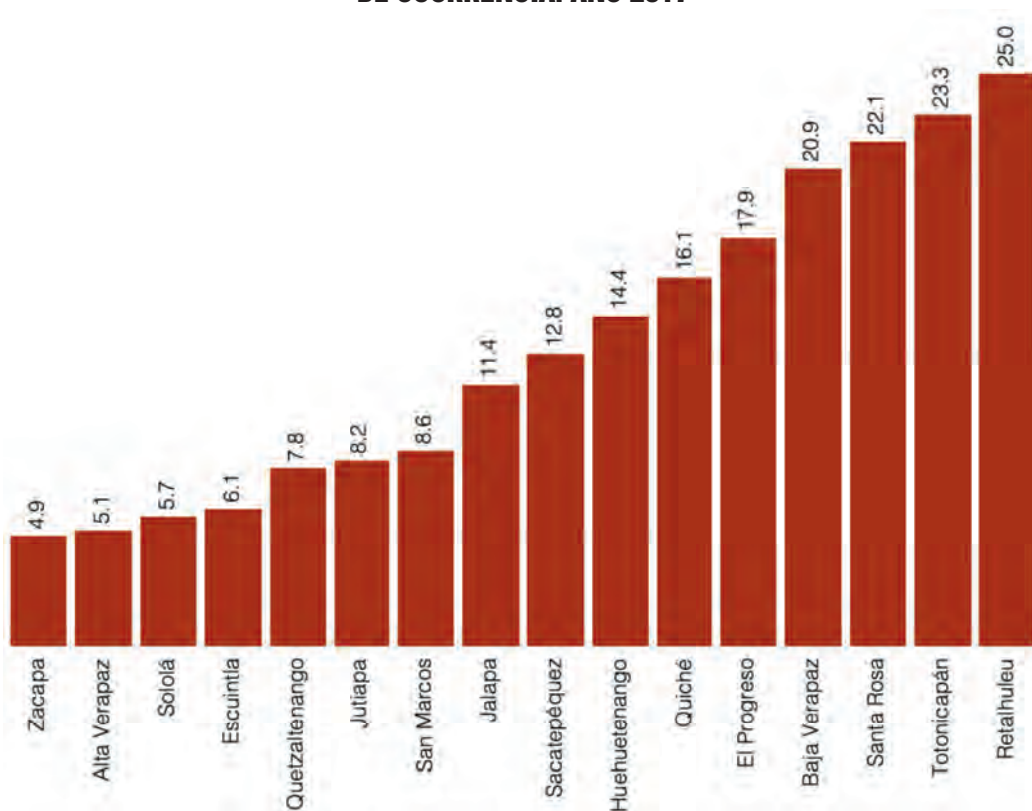
Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. 2017

Al analizar los datos por departamento se observa que en términos absolutos Guatemala, Escuintla y Huehuetenango son los departamentos que registran la mayor cantidad de muertes asociadas a factores externos, es decir muertes violentas. Dentro de las causas externas más frecuentes se encuentran accidentes de transporte, agresiones, otros traumatismos accidentales y las lesiones autoinflingidas intencionalmente o suicidios. Los departamentos de Huehuetenango, Quiché y Santa Rosa, registran en términos absolutos la mayor cantidad de suicidios; y al analizar proporcionalmente, por sexo y departamento se encuentran los departamentos de Baja Verapaz, Retalhuleu y Quiché.

No se identificaron tendencias a nivel departamental, por el contrario, se identifican variaciones irregulares, y los departamentos que presentan los más altos registros en las estadísticas oficiales, no coinciden con investigaciones realizadas.

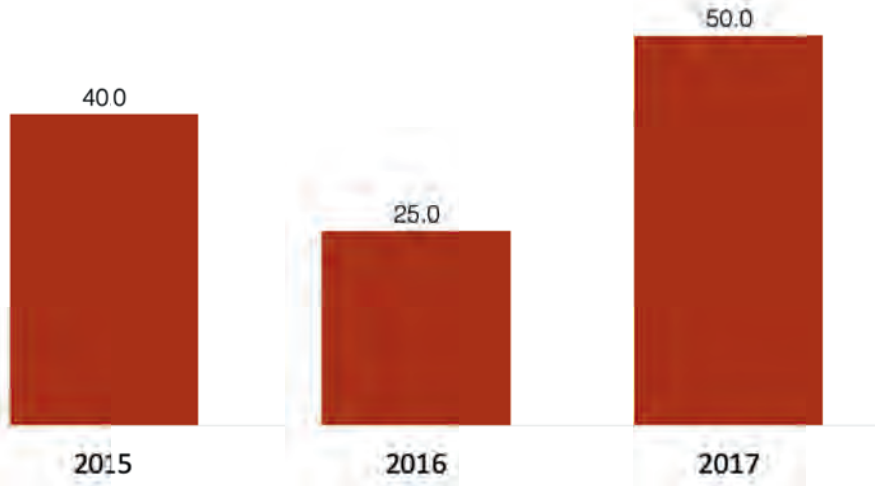
Al analizar los datos proporcionalmente, se observa que para el año 2017, en Retalhuleu, el 25 % de las muertes asociadas a factores externos en mujeres corresponde a suicidios, en Tonicapán el mismo dato equivale a 23.3% y en Santa Rosa a 22.1%

GRÁFICA 9. PORCENTAJE DE SUICIDIOS DE ADOLESCENTES, POR DEPARTAMENTO DE OCURRENCIA. AÑO 2017



Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. 2017

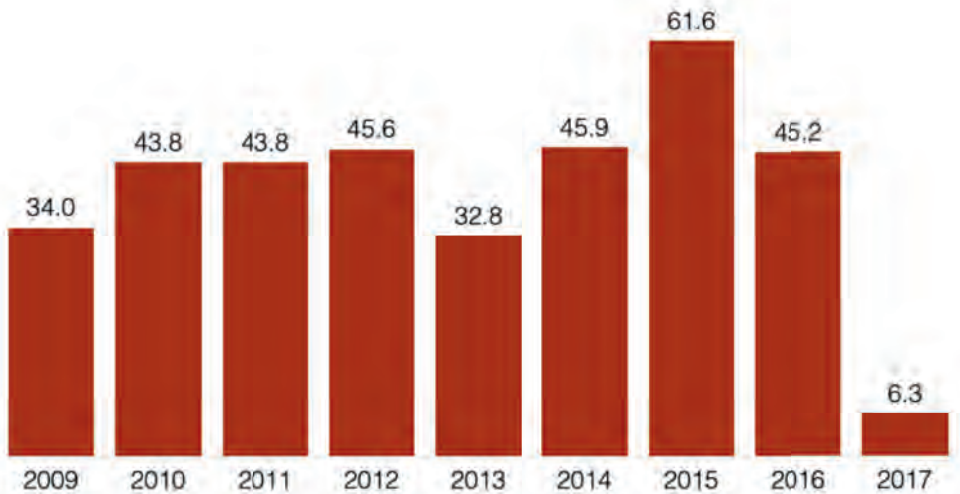
GRÁFICA 10. VINCULACIÓN EMBARAZO – SUICIDIO DE ADOLESCENTES EN ALTA VERAPAZ (EN %). SERIE HISTÓRICA AÑOS 2015 - 2017



Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales y registros epidemiológicos del área de salud

Al cruzar información de los registros de estadísticas vitales y el registro de vigilancia epidemiológica, ambos correspondientes al departamento de Alta Verapaz, se logra establecer que en este departamento, específicamente para los casos de suicidio de 10 a 19 años, existe una evidente vinculación entre el suicidio y el embarazo, ya que como se observa en la gráfica 9 para el año 2015 el 40% de las adolescentes que se suicidaron estaban embarazadas, este % desciende a 25% en el 2016 y aumenta a 50% en el 2017

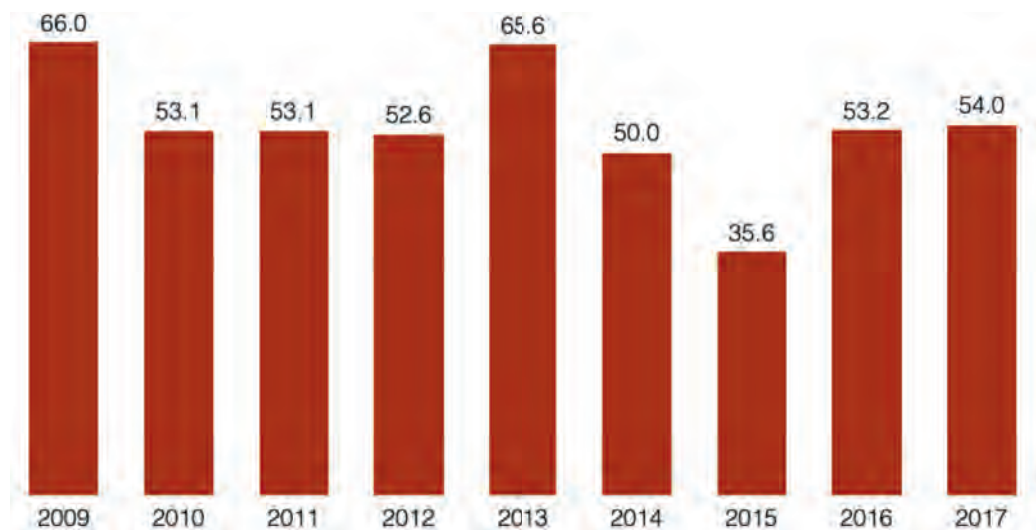
GRÁFICA 11. PORCENTAJE DE SUICIDIOS DE ADOLESCENTES, QUE NO RECIBIERON NINGÚN TIPO DE ASISTENCIA, POR AÑO DE OCURRENCIA. SERIE HISTÓRICA AÑOS 2009 - 2017



Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. Años 2009-2017

Como se observa en la gráfica 11, se registra un alto porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años, que no recibieron ningún tipo de asistencia, el % más elevado se observa en el año 2015, cuando 6 de cada suicidios registrados no recibieron asistencia, para el año 2016 se observa un descenso, que se intensifica en el año 2017; sin embargo, es de hacer notar que este descenso no significó que aumentara el porcentaje de quienes recibieron asistencia médica, que se mantiene entre 50% y 60%, con excepción del año 2015 (35.6%), como se observa en la gráfica 12. En el 2017 lo que se incrementa es el porcentaje de atención paramédica a 39.7%, el más alto porcentaje registrado en la serie de datos analizada.

GRÁFICA 12. PORCENTAJE DE SUICIDIOS DE ADOLESCENTES, QUE RECIBIERON ASISTENCIA MÉDICA, POR AÑO DE OCURRENCIA. SERIE HISTÓRICA AÑOS 2009 - 2017



Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. Años 2009-2017

Como se observa en la gráfica 11, se registra un alto porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años, que no recibieron ningún tipo de asistencia, el % más elevado se observa en el año 2015, cuando 6 de cada suicidios registrados no recibieron asistencia, para el año 2016 se observa un descenso, que se intensifica en el año 2017; sin embargo, es de hacer notar que este descenso no significó que aumentara el porcentaje de quienes recibieron asistencia médica, que se mantiene entre 50% y 60%, con excepción del año 2015 (35.6%), como se observa en la gráfica 12. En el 2017 lo que se incrementa es el porcentaje de atención paramédica a 39.7%, el más alto porcentaje registrado en la serie de datos analizada.

TABLA 6. PORCENTAJE DE SUICIDIOS DE ADOLESCENTES, SEGÚN LUGAR Y AÑO DE OCURRENCIA. SERIE HISTÓRICA AÑOS 2009 - 2017.

Lugar de ocurrencia	Año								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hospital público	61.7	46.9	46.9	40.4	50.0	40.5	34.2	46.8	52.4
Hospital privado	0.0	3.1	3.1	0.0	1.6	0.0	2.7	3.2	1.6
Centro de salud	4.3	12.5	12.5	3.5	3.1	2.7	2.7	0.0	1.6
Vía pública	8.5	9.4	9.4	1.8	4.7	1.4	1.4	4.8	0.0
Domicilio	23.4	25.0	25.0	22.8	15.6	20.3	31.5	4.8	7.9
Otro	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	1.4	3.2	3.2
Ignorado	2.1	3.1	3.1	29.8	25.0	35.1	26.0	37.1	33.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. Años 2009-2017

Al analizar el registro de suicidios a nivel nacional por lugar de ocurrencia, se observa que el más alto porcentaje son registrados en hospitales públicos, en segundo lugar, hasta el año 2011 se observa como lugar de ocurrencia el domicilio; sin embargo, a partir del año 2012 se observa una clara tenencia al incremento de la categoría ignorado, y una disminución del registro en domicilio.

TABLA 7. PORCENTAJE DE SUICIDIOS DE ADOLESCENTES, SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y AÑO DE OCURRENCIA. SERIE HISTÓRICA AÑOS 2009 - 2017

Área geográfica de ocurrencia	Año								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Urbano	76.6	75.0	75.0	59.6	67.2	51.4	57.5	64.5	60.3
Rural	21.3	25.0	25.0	36.8	25.0	41.9	39.7	33.9	39.7
Ignorado	2.1	0.0	0.0	3.5	7.8	6.8	2.7	1.6	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. Años 2009-2017.

En cuanto al área de ocurrencia, de acuerdo con la información analizada se observa que el mayor porcentaje de suicidios ocurrieron en áreas urbanas, durante la serie de años analizados, también se observa que el registro en áreas rurales registra un aumento sostenido hasta el año 2017.

TABLA 8. PORCENTAJES DE SUICIDIOS DE ADOLESCENTES, SEGÚN PUEBLO DE PERTENENCIA Y AÑO DE OCURRENCIA. SERIE HISTÓRICA AÑOS 2009 - 2017

Pueblo de pertenencia	Año								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Indígena	44.7	25.0	25.0	28.1	31.3	17.6	31.5	27.4	17.5
No indígena	19.1	40.6	40.6	38.6	39.1	31.1	24.7	14.5	22.2
Ignorado	36.2	34.4	34.4	33.3	29.7	51.4	43.8	56.5	60.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado con datos del INE - Estadísticas Vitales. Años 2009-2017.

En cuanto al pueblo de pertenencia, no se observa una clara tendencia, las variaciones son constantes en la serie de años analizados, y se observa un incremento sostenido a registrar como ignorado el pueblo de pertenencia.

En cuanto a los registros estadísticos, los desafíos que se presentan son múltiples, ya que los suicidios en adolescentes embarazadas no son registrados.

- Los registros estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no permiten establecer el vínculo entre suicidio y embarazo. El Ministerio cuenta con un protocolo de vigilancia de Mortalidad Materna; sin embargo, al quedar

De acuerdo con la información analizada se observa que el mayor porcentaje de suicidios ocurrieron en áreas urbanas, durante la serie de años analizados, también se observa que el registro en áreas rurales registra un aumento sostenido hasta el año 2017.

establecido que la muerte fue provocada por un suicidio, automáticamente sale de la ruta de investigación y seguimiento, y no se investiga si el suicidio pudo estar asociado a un embarazo no deseado/no planeado/forzado.

- Los registros estadísticos del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) no permiten establecer el vínculo entre suicidio y embarazo. El instituto no cuenta con protocolos o normas que establezcan la realización de una prueba de embarazo en caso de muerte de las mujeres en edad fértil. Y los casos que son identificados a través de la necropsia no se registran en las bases de datos.
- Los registros estadísticos del Ministerio Público (MP) no permiten establecer el vínculo entre suicidio y embarazo. No existe un protocolo específico para el levantamiento del cadáver de adolescentes en situación de suicidio y no tienen identificada como variable la situación de embarazo de las mujeres que se suicidan.
- Los registros estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (INE)/ Registro Nacional de las Personas (RENAP) no permiten establecer el vínculo entre suicidio y embarazo, ya que no se registra ninguna variable que permita determinarlo.



**CON
RECOM**

CAPÍTULO

5

CLUSIONES Y ENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- El riesgo de ser adolescente y estar embarazada. Al unir estos dos elementos y bajo circunstancias de violencia de género, contextos de pobreza, falta de educación integral en sexualidad y atención en salud, la complejidad del riesgo físico, psicológico y social aumenta considerablemente. Ser adolescente y estar embarazada es un factor de riesgo de suicidio.
- Las características de las adolescentes embarazadas que fallecieron: Entre las 14 historias recopiladas, prevalece la adscripción maya (42.8%), el 78.57% vive en condiciones de pobreza, el 71.4% se encontraban en el sistema educativo, el 78.57% con religión cristiana y en la mayoría de los casos con diversas manifestaciones de violencia de género. El 64.28% murió por envenenamiento el 35.71% por ahorcamiento. La mayoría de los suicidios se llevaron a cabo durante el primer (28.57%) y tercer (28.57%) trimestre el embarazo.
- El peso del tabú: El abordaje de las muertes maternas por suicidio resulta muy complejo, esto porque tanto el embarazo en la adolescencia como el suicidio en sí mismo, son temas tabú que están cargados de “deshonra familiar”, “culpas”, y “señalamientos de pecado”. Dado este estigma, junto a la falta de protocolos para la recolección de información estadística confiable, no se logra saber de manera precisa la magnitud de este fenómeno. Además, para las y los familiares y amistades, resulta muy doloroso hablar del evento, muchas veces por duelos no resueltos y por falta de acompañamiento psicológico, lo cual se pudo constatar en la aplicación de las autopsias verbales.
- La irrupción del embarazo en los proyectos de vida: Los casos recopilados muestran que a excepción de dos adolescentes, las demás no tenían indicios de depresión u otra afectación emocional previa al embarazo. Además, en la reconstrucción de su historia, ellas tenían una visión de futuro mediante diversos

Una de las causas fundamentales del suicidio en adolescentes embarazadas es la violencia de género, en donde las relaciones de poder vulneran a las mujeres, naturalizando la violencia y limitando su autonomía.

planes y sueños en cuanto a la carrera a seguir y el trabajo en el que deseaban incursionar. Se percibe que el embarazo fue el detonante para tomar la decisión del suicidio.

- La violencia de género: Una de las causas fundamentales del suicidio en adolescentes embarazadas es la violencia de género, en donde las relaciones de poder vulneran a las mujeres, naturalizando la violencia y limitando su autonomía. Experiencias relacionadas con violencia sexual, abusos, engaños, maltratos y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Además, se evidencia la falta de denuncia e investigación de los hombres vinculados a los casos que ejercen violencia y que podrían inducir al suicidio.
- La invisibilización en los registros: La muerte por suicidio vinculado al embarazo no deseado/no planeado/forzado en adolescentes es una causa importante de la mortalidad materna que queda invisibilizada o subregistrada en las bases de datos de las distintas instituciones vinculadas con la problemática. La investigación evidencia la ausencia de información y vacíos en los registros de instituciones, lo cuales son clave para conocer la magnitud del fenómeno.
- El predominio del enfoque biomédico: En el análisis del impacto de un embarazo no deseado/no planeado/forzado en la vida de las adolescentes, se soslayan los efectos de éste en la salud mental y en las condiciones sociales, lo cual refleja la falta de integralidad desde una perspectiva bio-psico-social tanto en el abordaje como en la atención del derecho a la salud, específicamente en los protocolos vinculados. Esto hace que se omitan las repercusiones del embarazo en las dimensiones mental y social de la salud.

5.2 RECOMENDACIONES

El suicidio es un problema multicausal y, por lo tanto, las acciones de prevención exigen la coordinación y colaboración de múltiples sectores de la sociedad, incluidos de salud, de educación, de desarrollo, justicia, medios de comunicación, entre otros.

Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Es necesario que se adopte una concepción más amplia del derecho a la salud desde sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, lo cual permitirá analizar con mayor profundidad y complejidad los riesgos de salud física, mental y social en cuanto al embarazo en mujeres adolescentes, asumiendo desde el MSPAS su responsabilidad como garante del derecho a la salud.
- Garantizar que los protocolos y las consultas prenatales y posnatales se enfoquen más allá de criterios clínicos “visibles” o biológicos/físicos e incluyan el bienestar mental y/o emocional de las adolescentes. Por ejemplo, en protocolos como el de Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual asegurar el tamizaje de depresión/riesgo de suicidio. Entre los factores de riesgo psicológico son fundamentales los antecedentes personales de padecimiento mental previo, así como los antecedentes de padecimiento mental familiar, los antecedentes de adversidad en la infancia o juventud (muerte o abandono de uno o ambos padres, violencia física, psicológica o sexual, problemas perinatales, dificultades del desarrollo inicial, dificultades en la escolaridad, desastres o crisis humanitarias, conflicto armado, desplazamiento), exposición reciente a la violencia, especialmente a la violencia de género; gestación no deseada; descartar depresión, incluso con el uso de escalas como la Escala de Salud Personal (PHQ-9) sobre la afectación emocional presente; evaluación del riesgo suicida. (Briozzo et al, 2018:66). Esto implica formar al personal de psicología del Ministerio de Salud para el acompañamiento de la salud mental.
- Es necesaria la actualización de protocolos, particularmente el Protocolo de Vigilancia de la Muerte Materna para adecuarlo a la disposición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) aplicado a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio, que incluye el suicidio como una causa directa de la muerte materna. Para esto es fundamental unir esfuerzos con la OPS que tiene sede en Guatemala y que se trabaje a partir de la experiencia y lecciones aprendidas en otros países, como El Salvador, para identificar la manera más adecuada de abordar la problemática y registrar datos de suicidio en adolescentes embarazadas.

- Es fundamental tomar en cuenta la salud mental como parte de la evaluación del aborto terapéutico, ya que la vida está en peligro desde el enfoque integral de la salud. Un embarazo en estas circunstancias puede desencadenar el suicidio.
- Crear un protocolo en el que se establezca la obligatoriedad de realizar pruebas de embarazo a mujeres en edad reproductiva que lleguen a salas de emergencia por intento de suicidio.
- Proveer servicios de salud sexual y reproductiva de manera diferenciada a adolescentes desde personal sanitario formado en la temática. Implementar lo que ya existe en la norma, como lo establecido en modelos y guías de servicios específicos y atención integral y diferenciada para adolescentes, incluyendo el acceso a anticonceptivos. Capacitar a proveedores de salud en los vínculos entre violencia y suicidio.
- Se recomienda, además, una atención especializada en salud mental para adolescentes. En el caso de Guatemala, no existe un hospital para tratamiento de crisis. Hasta 13 años se consideran niños/as de allí en adelante se visualizan como personas adultas, y en consecuencia son tratados como tales, no habiendo atención especializada para la etapa de adolescencia.
- Abordar el tema del suicidio y la construcción de un proyecto de vida desde la preservación de la salud mental como parte de la prevención del embarazo y su atención integral en el Plan para la Reducción de Embarazos en Adolescentes (PLANEA), liderado por el MSPAS, acompañado por CONJUVE, que con la mesa técnica interinstitucional conformada por el MSPAS, MINEDUC, MINGOB, MIDES y la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia, coordina las estrategias para enfrentar la problemática del embarazo en adolescentes.

Para el Ministerio de Educación

- Garantizar la implementación de la Educación Integral en Sexualidad (EIS), desde la primera infancia, la cual provee de herramientas y habilidades para la vida que permiten identificar y desmontar relaciones de poder y favorecer el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales son derechos humanos.
- Actualizar el Protocolo de identificación, atención y referencia de casos de violencia dentro del sistema educativo nacional, para tomar en cuenta la problemática entre ideación suicida y su relación con violencia, embarazo y maternidad.

- Promover el trabajo de masculinidades con niños, adolescentes y jóvenes.
- Garantizar, junto con el Ministerio de Salud, personal psicopedagógico, que aborde los escollos de la salud mental en la comunidad educativa.

Para el Ministerio de Desarrollo

- Asegurar que toda adolescente sea respaldada por programas sociales frente a un embarazo por el riesgo social, físico y psicológico que esto implica. Asimismo, los programas que ya están vinculados sean socializados a adolescentes que cursan un embarazo para ser beneficiadas de éstos y generar las condiciones que les permita continuar con su proyecto de vida.

Para el Ministerio Público (MP)

- Frente a los casos de violencia contra las mujeres, realizar las investigaciones correspondientes para identificar la posible inducción al suicidio.
- Elaborar un protocolo de manejo de la escena en suicidio de mujeres, para el levantamiento de cadáveres, el traslado y la necropsia médico legal el cual vaya encaminado a que todo el personal de las instituciones de justicia que manipule un cadáver de una adolescentes por suicidio, cuente con una guía para realizar su labor de una forma estandarizada y científica. Para esto es fundamental que los fiscales del Ministerio Público estén sensibilizados y formados en la temática de suicidio en adolescentes y puedan solicitar al INACIF, como encargado de efectuar las necropsias médico legal del cadáver, los exámenes necesarios para vincular suicidios con embarazos.
- Abordar la salud mental, desde la problemática embarazos-suicidios, en las clínicas de violencia sexual. Para esto, realizar capacitaciones conjuntas salud y justicia en cuanto al suicidio, ideación suicida y su relación con violencia, embarazo y maternidad.
- Asegurar el abordaje de la salud mental y la problemática embarazos-suicidios en el Modelo de Atención Integral de Niñez y Adolescencia (MAINA) creado por el Ministerio Público y que cuenta con las siguientes instituciones: Organismo Judicial, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Desarrollo Social, Procuraduría General de la Nación, Secretaría de Bienestar Social, Municipalidad de Guatemala, Instituto de la Defensa Pública Penal, y el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala.

Para las autoridades locales y Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación

- Apoyar la prevención del suicidio adoptando controles y prohibir la venta de herbicidas y pesticidas particularmente a adolescentes.

Para la Secretaria Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas -SVET-

- Como el ente encargado del monitoreo de la Ruta de Abordaje para la Atención Integral de Embarazos en Niñas Menores de 14 años de edad, ubicar el valor de la salud mental y de los riesgos existentes desde un enfoque integral de salud, ya que toda víctima de violencia sexual tiene riesgo de ideación suicida. En el marco del tratamiento de la violencia sexual, la atención psicológica es fundamental, que se brinde a nivel local, lo más cercano a la comunidad, o que se asegure el apoyo en los costos para el traslado de la adolescente.

Para la Secretaria Presidencial de la Mujer

- Como conductora técnica del Plan Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (PLANOVI) y encontrándose en el proceso de actualización del mismo para un periodo de 10 años (2019-2028), tomar en cuenta la problemática de violencia entre embarazo no deseado/no planeado/forzado y su relación con suicidio e ideación suicida.

Para el Registro Nacional de las Personas (RENAP) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

- A partir de los vacíos identificados en la recolección de información sobre la vinculación entre suicidios y embarazos en adolescentes, es urgente contar con bases de datos más precisas que permitan caracterizar a la población con mayores riesgos para así ofrecer un tratamiento más pertinente. Esto incluye el registro civil de suicidios, los registros hospitalarios de intentos de suicidio, y los estudios representativos a escala nacional que recopilen información sobre intentos de suicidio auto notificados.

Para el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF)

- Es sumamente importante que el INACIF implemente un protocolo que identifique el embarazo en cualquier muerte de mujeres en edad fértil y asegure su registro en sus bases de datos.

Para Cuerpos de Bomberos, Policía Nacional Civil, Autoridades Locales

- Revisar/actualizar los protocolos y formatos para el registro confiable de los datos, el traslado de información interinstitucional e identificación de casos. Para esto, es imprescindible involucrar a las autoridades locales.
- Asegurar la preservación de la escena del suicidio así como el resguardo de evidencia.

Para las universidades

- Realizar una adecuación curricular en carreras como medicina, psicología, derecho, entre otras, que aborde la problemática de la vinculación entre suicidio y embarazo desde un enfoque integral de derechos para que se favorezca un acompañamiento médico, psicosocial y jurídico más pertinente.
- Abordar la problemática con estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) que desarrollan servicios jurídicos y de salud en diferentes comunidades.

A grupos gremiales como Asociación de Psiquiatría, el Colegio de Psicólogos de Guatemala, la Asociación Guatemalteca de Psicología, Colegio de Médicos y Cirujanos, Asociación de Ginecología y Obstetricia

- Promover la educación continua de profesionales en donde se aborde la vinculación entre embarazos no deseados/no planeados/forzados con la salud mental y la ideación suicida.

Para los centros de investigación

- El presente estudio fue de carácter exploratorio por lo que se presentan muchas líneas de investigación que podrían estudiarse más profundamente.

Para los medios de comunicación

- Transformar el abordaje de los suicidios a nivel mediático, dejando de tratarlos como “muertes por amor” “muertes pasionales” y brindando información para su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre-Martínez et al (2018). Mortalidad por suicidio relacionado con el embarazo en Antioquia (Colombia), 2004-2014. Revista Colombiana de Obstetricia y ginecología. Recuperado de <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3125>
- Antúnez, Javier (2016). El feminicidio/suicidio. Una forma de la violencia de género. En Revista de Psicoterapia Psicoanalítica Tomo IX, No.3, Buenos Aires.
- Baader, Tomas et al (2011). ¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena? En Revista Chilena de Neuropsiquiatría, Volumen 49, No. 3 Santiago de Chile. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300008
- Briozzo, Leonel et al (2018). Pautas para la toma de decisiones clínicas cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. IPPF/RHO, Iniciativas Sanitarias y Women´s Link Worldwide. Editorial Exilio Gráfico.
- Cabrera, Jorge Luis (2016). Mortalidad Materna en Niñas y Adolescentes que consultan al Hospital Nacional de Escuintla y Hospital Nacional de Cobán. Tesis para la Maestría en gestión del desarrollo de la niñez y adolescencia, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Cabrera, María Luisa (2011). El matrimonio infantil y las uniones de hecho forzadas en adolescentes en Guatemala. CIRMA/UNICEF. Guatemala. Recuperado de <http://www.girlsnotbrides.org/reports-and-publications/el-matrimonio-infantil-y-las-uniones-de-hecho-forzadas-en-adolescentes-en-guatemala/>
- Camacho, Virginia et. al. (2013). Suicidio Relacionado al Embarazo: estudio multicéntrico en países seleccionados de América Latina: Honduras, El Salvador y Guatemala. UNFPA El Salvador (informe preliminar aún no publicado)
- Carmona Parra, Jaime Alberto (compilador) (2015). El suicidio: cuatro perspectivas. Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, Colombia.
- Castro, María Dolores (2017). Estudio de caso muerte materna por suicidio en adolescentes en la ciudad de La Paz y El Alto, Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal, CIDES/UMSA, La Paz, Bolivia.
- Colussi, Marcelo (s/f). Salud mental en jóvenes embarazadas como producto de violaciones, un problema nacional. Guatemala. Recuperado de <http://www.narrativayensayoguatemaltecos.com/ensayos/ensayos-sociales/salud-mental-en-jovenes-embarazadas-como-producto-de-violaciones-un-problema-nacional-marcelo-colussi/>
- Durkheim, Emile (2003). El Suicidio. Ediciones Coyoacán, séptima reimpresión, México.
- Espinoza, Henry y Virginia Camacho (2005). Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. En Revista Panamericana de Salud Pública, Estados Unidos. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n2/a11v17n2.pdf>

- Egea Garavito, Gloria (2011). Autopsia Psicológica en niños y adolescentes con conductas suicidas. En *Cultura, educación y sociedad*, Volumen 2, abril (p.67 a 74) Barranquilla, Colombia.
- El suicidio según los mayas y los mexicas (sin más datos). Recuperado de <https://tuul.tv/articu.../cultura/suicidio-segun-mayas-mexicas#jaguar>
- FLACSO/UNFPA/MSPAS (2015). ¡Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes. Guatemala. Recuperado de <http://www.flacso.edu.gt/publicaciones/wp-content/uploads/2016/04/Me-Cambio-Vida.pdf>
- FLACSO/UNFPA (2017). ¿Cuál es el problema? Masculinidades hegemónicas y su influencia en uniones, matrimonios y embarazos en niñas, adolescentes y jóvenes. Guatemala. Recuperado de <https://guatemala.unfpa.org/es/publications/estudio-%C2%BFcu%C3%A1l-es-el-problema>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2017). Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas. Suicidio. Red Argentina de Periodismo científico, Argentina.
- Freud, Anna (1982). Pasado y presente del psicoanálisis. Siglo XXI Editores, Colección Mínima, 5ª edición, México.
- Fromm, Erich (1995) La crisis del psicoanálisis. Editorial Paidós Studio, México.
- Fundación Sí Mujer (s/f). Embarazo por violación en un grupo de mujeres víctimas de Cali, Colombia. Recuperado de http://fundacionsimujer.org/wp/wp-content/themes/Aggregate/images/Res_Embarazo%20por%20violacion.pdf
- Fundación Sobrevivientes (2011). Violación y embarazo, análisis de las secuelas psicológicas. Guatemala. Recuperado de <http://bd.cdmujeres.ucr.ac.cr/documentos/violacion-embarazo-analisis-secuelas-psicologicas>
- Garrido, Diana (2017). La diosa maya que alentó a miles a quitarse la vida. Recuperado de: <https://culturacolectiva.com/historia/ixtab-diosa-del-suicidio>
- González, Andrea et al (2010). Suicidio y género en Antioquía (Colombia), estudio de autopsia psicológica. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, volumen 39 No. 2, Colombia.
- Guajardo Soto, Gabriel y Verónica Cenitagoya Garín (eds) (2017). Femicidio y suicidio de mujeres por razones de género, Desafíos y aprendizajes en la cooperación Sur-Sur en América Latina y El Caribe. FLACSO, Chile, 2017.
- Herman, Judith (1997). Trauma y Recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia. Editorial Espasa, Colección Espasa Hoy.
- Instituto de Investigaciones del Centro Universitario de Jutiapa de la Universidad de San Carlos de Guatemala INJUSAC (2016). La conducta suicida y factores asociados en la ciudad de Jutiapa. Dirección General de Investigación, Programa Universitario de Investigación Interdisciplinaria en Salud –PUISS, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Johansson K, Patrick. (s/f). Nenomamictiliztli. El suicidio en el mundo náhuatl prehispánico. En *Estud. cult. náhuatl* vol.47 México ene./jun. 2014. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0071-16752014000100003

- Lalinde Ángel, María Isabel (s/f). La autopsia verbal, reconstruyendo la historia de una muerte materna. Recuperado de: <https://docplayer.es/14635825-La-autopsia-verbal-reconstruyendo-la-historia-de-una-muerte-materna.html>
- Landa, Eli (2013). Investigación del Embarazo en adolescentes vinculada al suicidio en la Regional de Salud De Occidente (sin más datos).
- Langer, Ana (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y El Caribe. Population Council Oficina Regional para América Latina y El Caribe. México. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n3/192-205/>
- Londoño, Mari Ladi, et al.(2004). Embarazo por Violación. En Servicios Integrales para la Mujer, Sí Mujer, ISEDER Colombia, Cali.
- Ministerio de Educación (s/f). Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación. Argentina. Recuperado de [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/CUADERNILLO%20DE%20SUICIDIO%20\(2\).pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/CUADERNILLO%20DE%20SUICIDIO%20(2).pdf)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS (2013). Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para la identificación de muertes maternas. UNFPA, USAID y OPS. 2ª edición. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS (2015). Situación de la mortalidad materna. Informe de País 2013. INE, UNICEF, UNFPA, OPS, OMS, OSAR. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2016). Plan estratégico intersectorial para la atención integral en salud de las personas adolescentes y jóvenes 2016-2019. El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/OPS (2006). Línea de base de mortalidad materna en El Salvador, junio 2005-mayo 2006: sistema activo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.—1ª. ed.—San Salvador.
- Mujeres Transformando el Mundo MTM (2014). Los embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala ¿Un eslabón más del continuum de violencia contra las mujeres? Guatemala.
- Muraro Luisa (1994). El orden simbólico de la madre Colección Horas y Horas, Cuadernos inacabados, Madrid.
- De la Gálvez Murillo, Alberto (2018). Vidas Inconclusas. Mortalidad materna en la adolescencia, Posgrado en Ciencias del Desarrollo, Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal. CIDES/UMSA, La Paz, Bolivia.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala ODHAG (2015). Informe Niñez. Guatemala. Recuperado de <http://www.odhag.org.gt/pdf/InformeNinez2015.pdf>
- Oates, Margaret (2003). Suicide: the leading cause of maternal death. British Journal of Psychiatry. Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/content/183/4/279>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Prevención del suicidio (SUPRE). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Recuperado de https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=175:guia-oms-aplicacion-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm&Itemid=234&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/ https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal. Washington, EEUU. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Pensamiento%20saludable.%20Manual%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20psicosocial%20de%20la%20depresi%C3%B3n%20perinatal.pdf>
- Pérez Clara, Yovana, et al (2014). Llover sobre mojado. Secuelas psicosociales del embarazo por violación sexual. Centro de atención psicosocial, CAPS, Perú. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/266252633/Llover-Sobre-Mojado-Secuelas-psicosociales-del-embarazo-por-violacion-sexual>
- Organización de las Naciones Unidas ONU (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado de http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm
- PPGlobal (2015). Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9–14 años. Recuperado de <http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1925/1/VidasRobadas-Stolen%20Lives-PPFA.pdf>
- Ramos, Arely Lucrecia (s/f). Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazado no deseado. El Petén. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Rodas Cifuentes, Heidi Margarita (2014). Consecuencias psicológicas en adolescentes embarazadas por violencia sexual en el municipio de Quetzaltenango. Curso de especialización en Políticas Públicas en Derechos Humanos. FLACSO-Guatemala.
- Rubin, Gayle (1986). El tráfico de mujeres, notas sobre la economía política del sexo. En Revista Nueva Antropología noviembre año/volumen VIII No. 30, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ruiloba Ausin, Alberto (2017). El suicidio en las tres religiones monoteístas. Tanatología. (sin más datos). Recuperado de: <http://www.tanatologias.com.mx/2011/10/17/el-suicidio-en-las-tres-grandes-religiones-monoteistas/>
- Salazar, Aurora (2006). Factores Sociales relacionados con la Mortalidad Materna por Intoxicación en la Zona Oriental de El Salvador de Junio 2005 a Mayo 2006. Facultad de Medicina. Maestría en Servicios Integrales en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de El Salvador.

- Sileo, Enriqueta (2011). Una estrategia para la prevención del suicidio en adolescentes. 12 Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Venezuela. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/IMAN.%20Una%20estrategia%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20suicidio%20en%20adolescentes.%20Sileo,%20Enriqueta.pdf>
- Silva, Alejandro (2012). Suicidio y embarazo en adolescentes. Ponencia en el XXXIX Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia. Guatemala. Recuperado de http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/271_8.pdf
- Tubin, Victoria Aurora (2014). Salud mental desde la perspectiva maya: tras la búsqueda de una propuesta a partir de las experiencias de ONG's que atienden a las víctimas del Conflicto Armado Interno en Guatemala. Escuela de Ciencia Política, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- UNFPA (2019). ¿Sin opciones? Muertes maternas por suicidio. Primera edición. El Salvador. Recuperado de <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/%C2%BFsin-opciones-muertes-maternas-por-suicidio>
- Urizar Beteta, Mirla Blandina (2007). El suicidio en menores de edad en la ciudad de Guatemala, desde el punto de vista médico y legal. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Vargas-Spindola et al (2017). Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. En Revista de la facultad de Medicina, Bogotá Colombia, Vol. 65 No. 1. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54928>
- Zorreguieta, Inés (2010). Las diferencias de género y su relación con el suicidio y las conductas vinculadas. En Las tesinas de Belgrano, Universidad de Belgrano, Buenos Aires.

Impreso en Editorial Serviprensa, S. A.
Guatemala, agosto 2019

El Programa de Estudios de Género y Feminismos (PEGF) de FLACSO-Guatemala, desde su fundación en 1996, tiene entre sus objetivos teórico-metodológicos los derechos sexuales y reproductivos, que forman parte de las reivindicaciones del movimiento feminista en la lucha de las niñas, adolescentes, jóvenes y adultas por convertirnos en dueñas de nuestros cuerpos y nuestras vidas.

En esta oportunidad el PEGF realiza una investigación sobre la vinculación entre suicidio y embarazo en adolescentes. Su estudio en la región centroamericana es reciente, y en el caso de Guatemala una problemática que aún no se había abordado específicamente. Se pretende que este estudio sea un aporte para visibilizar una tragedia de la que no se habla y que es urgente de ser analizada desde la perspectiva de género y el enfoque integral de derechos humanos.

Guatemala, agosto 2019