

Perspectiva de expertos sobre características de los intentos suicidas en niños menores de 12 años

Expert perspective on characteristics of suicide attempts in children under 12 years of age

Autores:

Reinier Martín González, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba, Máster en Psicología Médica, <http://orcid.org/0000-0003-1557-7681>

Elizabeth Rodríguez Valdivia, Universidad de Sancti Spíritus José Martí, Cuba, Licenciada en Psicología, <https://orcid.org/0000-0002-2599-8570>

Dunia Mercedes Ferrer Lozano, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba, Doctora en Ciencias Psicológicas, <http://orcid.org/0000-0001-7882-9773>

Arlen Fernández Plasencia, Centro de Diagnóstico y Orientación Municipal Santa Clara, Cuba, Licenciada en Psicología, <https://orcid.org/0000-0001-6809-7329>

Elianny de la Caridad González Carbó, Centro Comunitario de Salud Mental Caibarien, Cuba, Licenciada en Psicología, <https://orcid.org/0000-0002-9648-7583>

Resumen

Investigadores cubanos aseguran que la ausencia de datos sobre intentos suicidas en los Anuarios Estadísticos, y el predominio de publicaciones sobre la descripción epidemiológica del fenómeno en regiones muy específicas, provoca que exista en la actualidad un conocimiento insuficiente sobre las características psicológicas de los niños con estos comportamientos. El presente estudio se dedicó a describir las particularidades de los intentos suicidas de menores de 12 años, desde la perspectiva de especialistas dedicados a la atención de estos niños. Metodológicamente se utilizó un enfoque mixto por derivación, para un estudio no experimental, transversal, con alcance descriptivo. El método para selección de los participantes fue bola de nieve, logrando un total de 39 expertos. Se aplicó una entrevista semiestructurada y los datos se procesaron en el *software* Atlas.ti 8. Los resultados confirman un predominio de métodos suicidas de envenenamiento por ingestión de medicamento en niñas y de ahorcamiento en varones, es más frecuente en el grupo de 9-11 años, los actos se ejecutan con intencionalidad de muerte y motivaciones asociadas a conflictos en el contexto familiar, como principal

factor desencadenante. Se confirma la necesidad de estudios que profundicen en otras perspectivas psicológicas del problema.

Summary

Cuban researchers assure that the absence of data on suicide attempts in the Statistical Yearbooks, and the predominance of publications on the epidemiological description of the phenomenon in very specific regions, causes that there is currently insufficient knowledge about the psychological characteristics of children with these behaviors. This study was dedicated to describing the particularities of suicide attempts in children under 12 years of age, from the perspective of specialists dedicated to the care of these children. Methodologically, a mixed approach by derivation was used for a non-experimental, cross-sectional study, with a descriptive scope. The method for selecting the participants was snowball, achieving a total of 39 experts. A semi-structured interview was applied and the data were processed in the Atlas.ti software 8. The results confirm a predominance of suicidal methods of poisoning by ingestion of drugs in girls and hanging in boys, it is more frequent in the group of 9-11 years, the acts are carried out with intent to kill and motivations associated with conflicts in the family context, as the main triggering factor. The need for studies that delve into other psychological perspectives on the problem is confirmed.

Palabras claves: suicidio, intento suicida, niños, factores psicosociales.

Keywords: suicide, suicide attempt, children, psychosocial factors.

Introducción

El suicidio, como problema de salud, viene afectando a la humanidad de manera importante en las últimas décadas y tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida.

La OMS (2003, 2015) asegura que el comportamiento suicida ocurre en un continuo, el cual incluye la ideación suicida, la planificación y los intentos, muchos de los cuales no culminan en una defunción. Diversos estudios han reflejado que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o más intentos, así como, otro mayor grupo de

personas que lo idearon, pero no lo llegaron a ejecutar ni lo expresaron. Es por ello que un intento de suicidio, se considera el principal predictor de un suicidio consumado futuro.

Blandón et. al (2015, p. 7) especifica, que “la prevalencia del suicidio en la actualidad exhibe un incremento importante en jóvenes, quienes son el grupo de mayor riesgo en un tercio de casi todos los países, (...) tendencia que cuenta con una tasa de mortalidad mayor con respecto a la de los adultos”. Demuestra, además, que este tipo de conductas constituyen un problema de salud pública cuyos factores desencadenantes presentan una diversidad etiológica de tipo multifuncional y complementaria, que afecta principalmente a las personas jóvenes y a los niños bajo condiciones especiales de vulnerabilidad biopsicosocial.

Disímiles autores describen al grupo etario infanto-juvenil como el de mayor nivel de vulnerabilidad y riesgo para el desarrollo de comportamientos suicidas. Es así que identifican como indicadores epidemiológicos: mayor frecuencia de suicidios consumados en adolescentes varones, con edad comprendidas entre los 13 y los 19 años, de los cuales más de la mitad han realizado como mínimo algún intento desde antes de los 12 años (Cabra, Infante, & Sossa, 2010; Cañón, 2011; Dilillo et al., 2015; Mosquera, 2016).

En Cuba, la incidencia del suicidio en niños y adolescentes ha ido descendiendo, y se notan cambios sustanciales en los reportes de las principales causas de muerte entre los 10 y 19 años de edad durante 1970 y 2008 (Hernández & Ramos, 2008). A pesar de esta reducción continúa siendo un problema de salud que necesita de atención y supervisión; pues según el Anuario Estadístico de Salud del 2018 (MINSAP, 2019) ocupó la tercera causa de muerte en estas edades para un total de 93 casos de menores de 15 años reportados con “muerte por causas externas”, entre las que se incluyen tanto homicidios como los suicidios consumados.

La reciente revisión sistemática de artículos publicados sobre conducta suicida en niños menores de 12 años, realizada por Martín, Ferrer y Machado (2020), evidencia que la producción científica en Cuba solo cuenta con 24 artículos sobre conducta suicida en población infanto-juvenil (en el período 1978-2018), de los cuales 16 ofrecen datos sobre intentos suicidas en niños menores de 14 años, pero solo 3 han estado enfocados realmente en población infantil. No se han publicado estudios que describan otros comportamientos suicidas como ideaciones, gestos o amenazas suicidas; ni se describen dichos intentos a través de los indicadores clínicos de evaluación del riesgo de este tipo

de conducta, según propone el Programa Nacional de Atención a la Conducta Suicida. Otro aspecto que se destaca en la revisión es que la mayoría de los artículos tiene un enfoque cuantitativo y epidemiológico, centrados en describir los intentos suicidas reportados en diferentes áreas de salud.

Esta ausencia de datos, generalizables a nivel nacional, así como la ausencia de investigaciones que profundicen en las formas de conductas suicidas y que particularicen en los diferentes grupos de edades (escolares y adolescentes), determinan que exista un conocimiento insuficiente sobre las características de este problema de salud en las primeras etapas del desarrollo. Provocando la necesidad de estudios que tomen en cuenta otras perspectivas del fenómeno, donde la mirada de los especialistas que atienden a los casos, la integración de sus experiencias (la mayoría de ellas no publicadas), podría contribuir mucho.

Para responder a esta necesidad científica, se desarrolló una investigación con el objetivo general de describir las particularidades de los intentos suicidas de menores de 12 años, desde la perspectiva de expertos dedicados a la atención de estos niños.

El valor del presente estudio es tanto teórico como práctico. Por un lado, permite identificar tendencias, particularidades de los intentos suicidas en niños, enriqueciéndose la información al respecto. Por otro lado, la sistematización de las experiencias de los especialistas consultados, permite ahondar en los recursos metodológicos más empleados tanto para el diagnóstico como para la intervención, revelando brechas, limitaciones o confirmando eficacia; lo que indudablemente pudiera orientar mejor las acciones de atención y prevención.

Desarrollo

Diseño metodológico del estudio

La presente investigación asumió un enfoque mixto por derivación, con predominio cualitativo, para un tipo de estudio no experimental y con alcance exploratorio-descriptivo, según las consideraciones de Hernández, Fernández y Baptista (2014).

La etapa cualitativa se enfocó en la selección y consulta a un grupo de especialistas de la región central del país sobre las características de los intentos suicidas en niños menores de 12 años. Los datos recogidos en esta etapa, se sometieron a un análisis de contenido que posibilitó el desarrollo de la segunda etapa. Dedicada a la identificación de tendencias, desde el análisis cuantitativo de los resultados, sobre este tipo de conducta

suicida. Resultados que posibilitarán así una descripción más precisa de un fenómeno complejo y en desconocimiento para la mayor parte de la comunidad científica cubana.

Para la selección de los participantes se tomaron en cuenta los criterios de López (2016) y Crespo (2007) sobre el uso de expertos en investigaciones sociales. Además, se utilizó un muestreo no probabilístico de muestreo en cadena o por bola de nieve y con los siguientes criterios de inclusión: a) especialistas cubanos en salud mental, b) con experiencia en la atención a niños menores de 12 años con intentos suicidas, c) que expresen el principio de participar voluntariamente en la investigación, y d) obtengan un coeficiente de competencia K entre 0.80 y 1 (alto nivel de competencia).

La muestra se conformó por un total de 39 expertos con una amplia heterogeneidad desde sus características profesionales (ver Tablas 1 y 2). Resultó significativo el predominio de 34 expertos con más de 0.91 como coeficiente K, para un 87,17% de representación.

Para la recogida de la información: se utilizó una entrevista, diseñada *ad hoc*, según las consideraciones de Fernández-Ballesteros (2005). El diseño de las entrevistas fue semiestructurado, porque se combinaron preguntas previamente elaboradas y estandarizadas, con la forma de respuesta flexible y libre por parte de los participantes. Los indicadores de la entrevista se agruparon según las principales categorías de estudio que se tomaron en cuenta: intento suicida (frecuencia de la problemática, factores desencadenantes, método empleado, letalidad, gravedad, intencionalidad de muerte, motivación por el acto, manifestación de notas suicidas, criticidad posterior al acto, consecuencias), factores psicológicos (antecedentes neuropsicológicos, procesos cognitivos, procesos afectivos, componentes de personalidad y presencia de alteraciones psicopatológicas), factores sociales (contexto familiar, contexto escolar, relaciones con los coetáneos, contexto comunitario), y procedimientos de evaluación, investigación y tratamiento (enfoque teórico sobre intento suicida, procesos de evaluación, técnicas a emplear, variables de estudio, tratamiento psicoterapéutico, estadía hospitalaria, recomendaciones para investigación).

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa informático Atlas.ti versión 8.34. Los resultados cualitativos se analizaron mediante análisis temáticos, a partir de la construcción de matrices con las herramientas listado de frases y redes de códigos. Mientras que los datos cuantitativos se obtuvieron a través del análisis de la densidad de códigos y en nubes de palabras más usadas por códigos.

Tabla 1*Distribución de expertos según Profesión * Variables sociodemográficas. 2020*

| Profesión | Total | Sexo | | Rango de edad | | | Provincia de procedencia | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|----------|---------------|------------|-----------|--------------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| | | f. | m. | ≤ 34 años | 35-49 años | ≥ 50 años | Hab. | Mtz. | VCl. | SSp. | CA. | Hol. | SCu. |
| Psicología | 14 | 13 | 1 | 2 | 4 | 8 | 2 | 0 | 5 | 5 | 0 | 0 | 2 |
| Psiquiatría Infanto-juvenil | 23 | 20 | 3 | 0 | 14 | 9 | 8 | 1 | 6 | 4 | 1 | 2 | 1 |
| Epidemiología | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Psicología Educativa | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 39 | 34 | 5 | 2 | 18 | 19 | 12 | 1 | 11 | 9 | 1 | 2 | 3 |

f.: femenino. m.: masculino. Hab.: La Habana. Mtz.: Matanzas. VCL.: Villa Clara. SSp.: Sancti-Spíritus. CA.: Ciego de Ávila. Hol.: Holguín. SCu.: Santiago de Cuba.

Tabla 2*Distribución de expertos según Profesión * Variables de experiencia profesional * Coeficiente K. 2020*

| Profesión | Total | Institución donde labora | | | | | Rango años de experiencia profesional | | | Rango de Coeficiente K | |
|--------------------------------|-----------|--------------------------|----------|----------|----------|----------|---------------------------------------|------------|-----------|------------------------|-----------|
| | | Hos. | Aps | Univ. | Minsap | MES | < 20 años | 21-40 años | < 40 años | 0.80-0.90 | 0.91-1 |
| Psicología | 14 | 6 | 3 | 5 | 0 | 0 | 4 | 8 | 2 | 2 | 12 |
| Psiquiatría Infanto-juvenil | 23 | 16 | 5 | 0 | 2 | 0 | 5 | 15 | 3 | 2 | 21 |
| Epidemiología | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Psicología Educativa | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Total | 39 | 22 | 8 | 5 | 3 | 1 | 9 | 23 | 7 | 5 | 34 |

Hos.: Hospital. Aps: Atención Primaria de Salud. Univ.: Universidad. MES: Ministerio de la Educación Superior.

Resultados

Descripción de los intentos suicidas

Los resultados relacionados con la descripción de los intentos suicidas infantiles demuestran que el fenómeno es relevante y con alta comorbilidad; pero que resulta desconocido en su totalidad para los especialistas encargados de trabajar con estos menores. La mayoría de los especialistas (32, para un 82% de representación) refieren no conocer las estadísticas sobre el fenómeno; sin embargo, aseguran que existe un aumento en la problemática desde los últimos años, según sus experiencias en la atención clínica a población infanto-juvenil.

Cuando se pidió a los especialistas que intentaran generalizar características de los intentos suicidas según variables sociodemográficas u otras significativas asociadas,

solo refirieron datos relacionados con el sexo, la edad, el color de la piel y la procedencia. Confirmando el desconocimiento general que existe de particularidades de este tipo de acto suicida en su relación con otro tipo de problemáticas de salud y factores socio psicológicos.

El sexo femenino constituye el género que predomina, principalmente por el método ingestión de tabletas que es el más usado según los especialistas, referido con una frecuencia de 17 frases; luego le sigue, según frecuencia, el sexo masculino con métodos más letales como el ahorcamiento, y en menor medida se encuentran el lanzamiento al vacío (con 5 frases) y la sección de venas (solo 4 frases).

Con respecto a la edad, hubo 33 frases destacando que no era común en niños menores de 12 años una conducta suicida. Sin embargo, los especialistas que diferenciaron entre rangos de edad reconocen que la mayor frecuencia de intentos ocurre entre los 8 y 11 años. Algunas de las principales frases que describen son: “la conducta suicida no es frecuente en nuestro medio en edades inferiores a 12 años”, “solo después de los 9 años”, “el rango de edad de 5-9 años es infrecuente, debiéndose valorar que por debajo de los 8 años generalmente no existe concepto de muerte establecido por lo que deben no existir las lesiones autoinfligidas”, “el grupo etario de 9-12 años sería el más frecuente en menores de 12 años”.

En cuanto a la variable raza y la variable procedencia social, una minoría de especialistas (5) comentaron que estas conductas pertenecían a personas de raza blanca y procedencia urbana; no obstante, la mayor parte de los expertos coincidieron en que no existe una diferencia entre ellas (“no son variables que determinen la conducta suicida en niños menores de 12 años”).

Casi la totalidad de los especialistas reconocen como los factores desencadenantes de los intentos suicidas a los conflictos familiares, la violencia intrafamiliar y los estilos educativos inadecuados. Demuestran que es la familia el principal contexto generador de conflictos y causas determinantes de los actos suicidas, seguido en segundo lugar por la escuela.

Todos los especialistas coinciden que la letalidad y la gravedad con la que realizan los intentos de suicidio son baja, no obstante aun “cuando el estado de salud del paciente no sea arduo, la peligrosidad siempre será alta y puede asociarse a conductas graves”.

Relacionado con la intencionalidad de muerte, en la nube de palabras de la Figura 1, se observa que en el contenido de las frases de los especialistas predominan palabras que confirman el deseo de muerte. Mientras que en la Figura 2, nube de palabras de las

frases del código “motivación del intento”, se ilustra que la intención de morir tiene relación también con la motivación por los actos suicidas. Las especialistas confirman que las principales motivaciones se relacionan con llamados de atención y conductas manipulativas para obtener ganancias, relacionadas todas con la presencia de conflictos en el contexto familiar.

Figura 1

Nube de palabras con mayor frecuencia de aparición en las frases del código Intencionalidad de muerte. 2020



Fuente: Herramienta Nube de palabra, en el software Atlas.ti versión 8.

Figura 2

Nube de palabras con mayor frecuencia de aparición en las frases del código Motivo del intento. 2020



Fuente: Herramienta Nube de palabra, en el software Atlas.ti versión 8.

Un elemento significativo se relaciona con la falta de conocimientos sobre las consecuencias de los intentos suicidas en los menores. Los especialistas entrevistados, confirman un grupo amplísimo de consecuencias biológicas (principalmente daños ocasionados dependiendo del método suicida que escoja el menor) y psicológicos (dependiendo del contexto y los factores desencadenantes del intento), generales a todo grupo etario. No logran especificar consecuencias propias para el grupo de edad en estudio, demostrando que constituye un tema necesario de investigación y profundización.

Factores de riesgo y protectores

Los factores desencadenantes de intentos suicidas, antes mencionados, guardan estrecha relación con los factores de riesgo biológicos y psicosociales causales de los intentos de suicidio, inclusive algunos especialistas aseguran que se habla de la misma categoría. Aun cuando los especialistas (37, para un 94,87%) reconocen que todos los factores confluyen y hacen que este tipo de problema de salud sea multicausal.

Entre los principales factores biológicos reconocen: los antecedentes patológicos familiares (6 frases) y alteraciones del sistema nervioso de los propios niños (4 frases).

Entre los antecedentes patológicos personales se reconocen trastornos psiquiátricos, por vía paterna y hasta un segundo grado de consanguinidad. Mientras que entre las alteraciones del sistema nervioso se identifican: “las dirritmias cerebrales, principalmente en la región frontal muchas veces hacen que sea impulsivo”, “la discapacidad intelectual y/o la epilepsia”.

En cambio, los procesos psicológicos identificados como factores de riesgo por los especialistas pueden agruparse en cuatro categorías principales: procesos cognitivos, procesos afectivos, componentes de personalidad y alteraciones psicopatológicas.

Entre los factores cognitivos que refieren, las unidades de análisis demuestran la identificación de alteraciones en el desarrollo del pensamiento abstracto, en la memoria y para la concentración de la atención. Entre las principales alteraciones psicopatológicas describen la presencia de trastornos de atención por hiperactividad (TDAH), trastornos depresivos, disociales, discapacidad mental leve y funcionamiento neuróticos. Mientras que entre los principales procesos afectivos reconocen la manifestación de ansiedad y depresión solamente.

Los componentes de personalidad con mayor frecuencia de reconocimiento por los especialistas fueron: carencias de afecto (con mayor frecuencia: 11 frases y 6 relaciones con otros códigos como trastornos depresivos, intencionalidad de muerte, motivación por el intento, etc.) y dificultades en la regulación emocional (8 frases), frustraciones (7), conflictos interpersonales (7), baja tolerancia a la frustración (7), impulsividad (6), poca inteligencia emocional (6), pocas habilidades comunicativas asertivas (5), y manifestación de ira (4).

Con respecto a los factores de riesgo sociales, los especialistas identificaron fundamentalmente conflictos en las tres áreas de socialización más importantes para los niños menores de 12 años (familia, escuela y grupo de iguales). Por ejemplo, se confirma que los principales problemas en el contexto familiar se describen desde niveles de disfuncionalidad por estilos educativos inconsistentes (18 frases), comunicación cargada de conflictos (17), dificultades en la expresión de la afectividad (10), expresión de diferentes tipos de violencia (10) y dificultades para el manejo de la economía familiar (7).

Un análisis del contenido de las frases relacionadas con la descripción del contexto familiar, ilustrado en la nube de palabras de la Figura 3, confirma que los conflictos se presentan directamente entre los padres y sus hijos, mediante discusiones y con manifestación de violencia intrafamiliar. Al respecto la totalidad de los especialistas

reconoce que el principal factor desencadenante de un intento suicida es la vivencia de maltrato infantil en el hogar.

De igual forma, en el contexto escolar se identifican problemas también relacionados con la presencia de violencia: bullying, rechazo de los iguales, conductas desafiantes y disruptivas, así como problemas de aprendizaje y rendimiento académico, además inadaptación a la institución escolar. Mientras que en las relaciones con los iguales se identificaron como factor de riesgo conflictos durante la actividad de juego y durante los horarios escolares, dentro de la misma institución escolar.

Resulta significativo que ningún especialista identificó factores comunitarios de riesgo. Un elemento que se convierte en recomendación para el desarrollo de estudios de enfoque social que contribuya a la identificación de los mismos.

Los especialistas confirman que la existencia de factores protectores es una condición muy individual a cada caso y de ahí la dificultad para generalizarlos; por lo que algunos no respondieron a la pregunta.

Figura 3

Nube de palabras con mayor frecuencia de aparición en las frases del código Contexto familiar. 2020



Fuente: Herramienta Nube de palabra, en el software Atlas.ti 8.

Figura 4

Nube de palabras con mayor frecuencia de aparición en las frases del código Factores Protectores. 2020



Fuente: Herramienta Nube de palabra, en el software Atlas.ti versión 8.

Sin embargo, los que respondieron pudieron identificar: la existencia de redes de apoyo como los abuelos, la funcionalidad psicoeducativa de la escuela “por los programas de atención ayuda que valoran la relación familia-escuela como un elemento protector del menor”, “si existe un psicopedagogo en la escuela, el apoyo familiar con el que cuenta, la autoestima, los amigos, como se inserta el niño en la comunidad”. Además de la adecuada implementación del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida. La nube de palabras de la Figura 4 ilustra este resultado.

Procedimientos para el tratamiento

La mayor parte de los especialistas (30, para un 76,92%) se centraron en la atención ofrecida a los niños cuando ingresan, y en la intervención psicosocial que realizan desde la atención primaria de salud con enfoque preventivo. Algunas de las frases fueron: “psicoterapia individual y familiar, recursos terapéuticos de ayuda, sugestión y persuasión”, “intervención en crisis, ayuda psicológica, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales de estar presentes”, “ingreso en hospitalización total, hospitalización parcial, consultas de seguimiento psiquiátrico, psicoterapia individual y/o familiar, orientación familiar”, “psicoterapia familiar, individual y grupal, intervenciones escolares y sociales, tratamiento psicofarmacológico”

Solo un especialista detalla cada procedimiento de ayuda médica, psicológica y social en el que precisa que la conducta suicida en niños: “constituye en primer lugar una urgencia pediátrica por lo que el objetivo fundamental es salvaguardar la vida del paciente, además, se debe aislar de personas que puedan ejercer influencia negativa, establecer buena relación médico- paciente y garantizar seguridad y apoyo desde el primer momento”.

Los profesionales que trabajan en las instituciones hospitalaria coinciden en la importancia de definir la conducta terapéutica a seguir, tratando de minimizar factores de riesgo del paciente y potenciar recursos protectores que permitan la prevención de futuras conductas suicidas y una rápida reinserción social del paciente. Especifican que el tratamiento psicológico parte de la base de fomentar una relación de alianza terapéutica, donde el paciente sienta el apoyo, la seguridad y el confort necesario para poder llegar al conocimiento de sus problemas. De esta forma se hace necesario el seguimiento que se debe realizar a cada paciente en particular, mínimo por un año para evitar posibles conductas suicidas posteriores.

Las principales recomendaciones de los especialistas para la investigación sobre conducta suicida se han encaminado a la perfección de los servicios de intervención. Desde el desarrollo de estrategias intersectoriales que valoren la relación escuela – familia – médico; hasta la perfección de las estrategias de intervención psicosocial (con una frecuencia de 26 frases).

La mayoría de las recomendaciones están enfocadas en la intervención, aunque una minoría (8 expertos) reconoce la necesidad de perfeccionar las herramientas para el diagnóstico de la ideación y la intencionalidad suicida, así como en la profundización de

los factores biológicos y psicosociales que explican la existencia de este tipo de comportamientos.

Conclusiones

Los expertos describen a los intentos suicidas infantiles, mayormente como de alto riesgo y letalidad por la edad de los menores, con la existencia de intencionalidad de muerte, motivaciones por el acto asociadas a la solución de conflictos en el contexto familiar (como principal desencadenante) y adecuada estructuración del concepto de muerte.

Coinciden que existe un predominio de intentos por envenenamiento con ingestión de medicamentos en niñas y de ahorcamiento en varones, siendo más común en el rango de edad 9-11 años. Las principales motivaciones para la ejecución del acto suicida lo constituyen conductas de llamado de atención y de evasión a situaciones que desencadenan frustración y depresión por vivencias de maltrato en el hogar. Los menores expresan criticidad posterior al acto por arrepentimiento, pero con reconocimiento de seriedad en la intención de morir en la mayoría de los casos.

Los factores biológicos de riesgo se relacionan con antecedentes patológicos familiares de trastornos psiquiátricos y personales de tipo neuropsicológico. Mientras que de los factores sociales se identifica la presencia de violencia en el contexto familiar y escolar principalmente. Los factores psicológicos de riesgo se relacionan con alteraciones psicopatológicas y particularidades de la personalidad en formación de los menores, como dificultades en la regulación emocional, necesidades de afecto, frustraciones y conflictos intrapersonales, etc.

Mientras que los factores protectores más identificados lo constituyen la presencia de redes de apoyo para los menores, como los abuelos, la propia escuela y el adecuado funcionamiento del Programa nacional de prevención de la conducta suicida en la atención primaria de salud.

Los especialistas coinciden en la necesidad de estudios que profundicen en la construcción de herramientas diagnósticas para la evaluación de la ideación y la intencionalidad suicida en niños.

Referencias

Blandón, O. M., Andrade, J. A., Quintero, H., García, J. J., & Layne, B. (2015). *El suicidio: cuatro perspectivas*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.

- Cabra, O. I., Infante, D. C., & Sossa, F. N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas, 13*(2), pp. 28-35.
- Cañón, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina, 11*(1), 62-67.
- Crespo, T. (2007). Respuesta a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica (1 ed.). Lima: Editorial San Marcos.
- Dilillo, D., Mauri, S., Mantegazza, C., Fabiano, V., Mameli, C., & Zuccotti, G. V. (2015). Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*, pp. 1-8.
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudios de caso*. Madrid: Pirámide.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ed.). México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hernández, W., & Ramos, M. (2008). *Diferenciación territorial del suicidio en Cuba*. La Habana: Universidad de La Habana
- López, R. (2016). *Expertos y prospectiva en la investigación pedagógica*. Cienfuegos: Editorial Universo Sur.
- Martín González, R., Ferrer Lozano, D. M., & Machado Rivero, M. O. (2020). Revisión sistemática sobre conducta suicida en niños menores de 12 años en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 36*(2).
- MINSAP. (2019). *Anuario Estadístico de Salud 2018*. La Habana: autor.
- OMS. (2003). La violencia autoinfligida. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano (Eds.), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. (pp. 199-232). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2015). *Suicidio. Nota descriptiva N° 398*. Retrieved from Ginebra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>