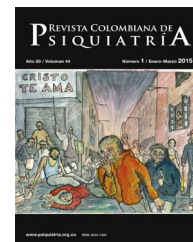


REVISTA COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍAwww.elsevier.es/rcp

Artículo original

Factores diferenciados según sexo del intento suicida en infantes menores de 11 años en Boyacá, Colombia, entre los años 2018 y 2022^{☆,☆☆}

César D. González

Profesional de Apoyo Psicólogo Especialista, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Boyacá, Tunja, Boyacá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de noviembre de 2023

Aceptado el 18 de marzo de 2024

On-line el xxx

Palabras clave:

Suicidio

Intento de suicidio

Psiquiatría infantil

Factores de riesgo

Distribución por edad y sexo

RESUMEN

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2019 se estima que aproximadamente 703.000 personas cometieron suicidio, convirtiéndose en la cuarta causa de muerte en jóvenes. En Colombia entre los años 2018 y 2021 se reportaron 494 defunciones por suicidio en niños menores de 14 años. A pesar de esto, la investigación en torno a la conducta suicida infantil ha sido escasa. Por lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo caracterizar y diferenciar los factores sociodemográficos, factores de riesgo y mecanismos empleados según el sexo biológico en el intento de suicidio en menores de 11 años que fueron reportados en el departamento de Boyacá, Colombia, entre los años 2018 y 2022.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal, a partir del análisis de datos secundarios de la ficha de notificación INS:356 para reporte epidemiológico del intento suicida del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Los reportes correspondieron a 80 intentos suicidas ocurridos en niños y niñas entre los 5 y 11 años.

Resultados: Se reportó una relación de intentos de suicidio de 1-1 entre niños y niñas. Los niños mostraron mayor riesgo de ocurrencia de conductas suicidas antes de los 8 años (Prueba U de Mann-Whitney: $p < 0,05$; OR = 9,148; IC 95% 1,90-43,89; $p < 0,05$). Se encontró una alta prevalencia de factores socioeconómicos bajos para ambos sexos (93,8%); de igual forma la reincidencia fue homogénea entre niños y niñas (36,3%). Para ambos grupos los principales factores desencadenante y de riesgo fueron los problemas familiares (61,9%), escolares (36,3%) y el maltrato físico y psicológico (31,3%). Se reportó con mayor proporción el método de ahorcamiento en niños (OR = 5,17; IC 95% 1,68-15,97; $p < 0,05$) e intoxicación con medicamento en niñas (OR = 5,33; IC 95% 1,06-26,90; $p < 0,05$).

[☆] El artículo no se basa en ninguna tesis académica.^{☆☆} El presente trabajo no fue presentado en ninguna reunión científica.Correo electrónico: cesar.gonzalez01@uptc.edu.co<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.03.009>

0034-7450/© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Se evidenció mayor riesgo de inicio temprano de la conducta suicida y uso de métodos más letales en niños. La mayoría de intentos para ambos sexos se asociaron a estratos socioeconómicos bajos, problemas familiares y escolares, presencia de violencia física y psicológica. Se recomiendan estrategias de prevención por medio de privación de acceso a medicamentos, prioritariamente en niñas.

© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Factors Differentiated by Sex in Suicidal Attempts in Children Under 11 Years of Age in Boyacá, Colombia, between 2018 and 2022

A B S T R A C T

Keywords:

Suicide

Suicide Attempt

Child Psychiatry

Risk Factors

Age and Sex Distribution

Introduction: According to data from the World Health Organization (WHO), for the year 2019, it is estimated that approximately 703,000 people committed suicide, being the fourth leading cause of death in youth people. 494 deaths by suicide were reported in children under 14 years of age between 2018 and 2021 in Colombia. Given the above, research into childhood suicidal behavior has been limited. Therefore, the objective of this study was to characterize and differentiate the sociodemographic factors, risk factors and mechanisms used according to biological sex in suicide attempts in children under 11 years of age that were reported in the department of Boyacá, Colombia, between 2018 and 2022.

Materials and methods: A cross-sectional study was carried out, based on a secondary analysis of data from the notification form for the epidemiological report of the suicide attempt – INS:356 – of the Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). The reports corresponded to 80 suicide attempts occurred in boys and girls between 5 and 11 years old.

Results: A suicide attempt rate of 1-1 was reported between boys and girls. Boys showed a higher level of risk of suicidal behavior occurring before 8 years (Mann-Whitney U test: $p < 0.055$; OR = 9.148; 95% CI 1.90-43.89; $p < 0.05$). A high prevalence of low socioeconomic factors was found for both sexes (93.8%), likewise recidivism was homogeneous between boys and girls (36.3%). For both groups, the main triggering and risk factors were family (61.9%) and school problems (36.3%) and physical and psychological abuse (31.3%). A higher risk of hanging as a method was reported in boys (OR = 5.17; 95% CI 1.68-15.97; $p < 0.05$) and medication poisoning in girls (OR = 5.33; 95% CI 1.06-26.90; $p < 0.05$).

Conclusions: A greater risk of early onset of suicidal behavior and use of more lethal methods in boys was reported. The majority of attempts for both groups were associated with low socioeconomic status, family and school problems, and presence of physical and psychological violence. Prevention strategies are recommended through deprivation of access to medications, primarily in girls.

© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó durante el año 2019 un aproximado de 703.000 muertes por suicidio; esto se traduce en una muerte cada 40 segundos. El 77% de los casos ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos¹, convirtiéndose en la cuarta causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes a nivel mundial² y llegando a ser la segunda causa de muerte en jóvenes entre 5 y 17 años en Estados Unidos³.

Con respecto a los datos colombianos, según los reportes oficiales de Medicina Legal para el año 2021 un total de 2.689 personas cometieron suicidio, dejando una tasa de 5,71 por 100.000 habitantes, mientras que entre el 2018 y el 2021 se

reportaron 494 suicidios en población menor de 14 años; de estos, 16 suicidios ocurrieron en infantes entre los 5 y los 9 años, pasando de una tasa del 0,05 por 100.000 habitantes en el año 2018 a una tasa del 0,13 para el año 2021⁴.

En cuanto al intento de suicidio, se estima que por cada persona que se suicida aproximadamente 20 intentan quitarse la vida sin éxito². Al respecto, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Colombia (Sivigila) reportó una tasa de intento de suicidio del 62,2 por 100.000 habitantes para el 2019, siendo hasta ese momento la tasa máxima histórica; sin embargo, para el año 2022 se reportaron 37.359 casos, lo cual representó una tasa de 72,4 por cada 100.000 habitantes, evidenciando un aumento preocupante en la conducta suicida del país⁵.

Al realizar una aproximación al contexto departamental, los datos muestran que entre los años 2018 y 2022 el intento de

suicidio en menores de 14 años en Boyacá representó el 13,5% del total de eventos reportados en esta zona del país, dejando una tasa de 3,6 y 123,1 por 100.000 habitantes en niños de 5 a 9 años y de 10 a 14 años, respectivamente⁶.

Estos datos evidencian la preocupante situación en salud pública de las conductas suicidas, definidas como todo acto deliberadamente autolesivo en el cual es evidente una intención de muerte⁷, «tales conductas pueden entenderse como un espectro que abarca las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultados de muerte (intento o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados»⁸, considerándose entonces como un suceso completamente prevenible. Así, en los últimos años, se ha visto un aumento institucional en los esfuerzos por estudiar, entender y prevenir la aparición de este fenómeno.

En este sentido se ha estudiado la conducta suicida desde una amplia variedad de modelos explicativos. Un ejemplo sería el modelo biopsicosocial de Turecki⁹, según el cual la conducta suicida es un continuo multicausal que no puede atribuirse a una única razón y en donde influyen de manera simultánea componentes genéticos, experienciales, psicológicos, clínicos, sociológicos y comportamentales. Turecki^{7,9-11} presenta una clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida de esta manera:

- Factores predisponentes o distales: predisposiciones genéticas y adversidad en la vida temprana (ELA, por sus siglas en ingles).
- Factores de desarrollo: rasgos de personalidad y déficits en habilidades cognitivas (p. ej., resolución de problemas, memoria, pensamiento optimista, etc.).
- Factores proximales o precipitantes: trastornos mentales, dolor emocional constante, intentos de suicidio previos y eventos de vida estresantes.

Lo anterior es corroborado por las investigaciones acerca de los principales factores de riesgo asociados a la ocurrencia de conductas suicidas en edades tempranas, entre los que se encuentran: patología mental; intentos de suicidio previos; características de la personalidad (como la impulsividad); estructura y dinámicas familiares disfuncionales; eventos de vida estresores (entre los que se priorizan los acontecimientos asociados a las relaciones interpersonales); el contagio o imitación de conducta suicida; y la disponibilidad de acceso a los métodos de suicidio¹².

A su vez, existe un relativo consenso acerca de las diferencias según sexo asociadas al espectro suicida, en donde se ha evidenciado como los factores protectores y de riesgo varían de un grupo a otro¹³. En este sentido, se experimentan dificultades particulares por las características biológicas y las vivencias sociales y culturales a las que hombres y mujeres están sometidos, muchos de estos ocasionados por los prejuicios y roles tradicionales de género^{14,15}.

Por otro lado, la conducta suicida en población pediátrica infantil representa un reto adicional en su estudio y comprensión, al ser una etapa del ciclo vital en que el desarrollo del concepto de muerte es difuso e incluso fantasioso y parece estar mediado por diversos elementos religiosos¹⁶, culturales¹⁷, cognitivos¹⁸, de maduración cerebral¹⁹ y experienciales¹⁸.

En referencia a lo anterior, un estudio llevado a cabo por Panagiotaki et al.²⁰ encontró que entre los 4 y 5 años ya existen ciertas nociones sobre el concepto de la muerte en términos biológicos (irreversibilidad, inevitabilidad y cese funcional) pero no es hasta los 10 a 12 años que se desarrolla un concepto maduro de la muerte (causalidad y universalidad), aunque antes de esta etapa puede existir pensamiento dual acerca de la muerte biológica y la continuidad de los procesos psicológicos (conciencia o alma) por causas religiosas o fantasiosas.

Lo anterior también ha representado una encrucijada teórica y clínica, pues parece existir una mitificación de la conducta suicida en niños y niñas, desmeritando la ocurrencia de este problema al suponer que niños menores de 11 años no presentan este tipo de comportamientos, situación que, si bien ha venido cambiando, carece de un carácter investigativo conciso⁸.

En este sentido, Palacios et al.⁸ reportaron en un análisis bibliométrico una importante falta de producción científica sobre conducta suicida en menores de 12 años entre los años 1985 y 2005, encontrando que de 84 artículos publicados acerca de la conducta suicida infantil, el 65,4% fueron realizados en Estados Unidos y solo el 40,4% estudió la conducta suicida en menores de 9 años.

Un análisis más reciente realizado por Peña et al.²¹ encontró una continuidad de esta tendencia, pues entre 2003 y 2014 se encontraron 94 investigaciones realizadas en América Latina sobre depresión y conducta suicida en población infantojuvenil; sin embargo, de estos solo 12 (18%) estudiaron población menor de 10 años.

Por su parte, una revisión crítica de la conducta suicida en la infancia realizada por Mosquera²² reportó que de 33 artículos analizados solo 3 investigaron la conducta suicida en la infancia, mientras que la mayoría de las investigaciones agruparon población infantil y adolescente. En el contexto nacional, una revisión sistemática de la conducta suicida en población colombiana encontró que, de 88 artículos revisados, solo 3 (3,4%) se habían centrado en población infantil.

Surge entonces una necesidad de afrontar el reto que representa el estudio de la conducta suicida en población pediátrica, y de esta manera aportar al vacío teórico existente. Es por esto que la presente investigación tiene como objetivo caracterizar y diferenciar los factores sociodemográficos, factores de riesgo y mecanismos empleados según sexo biológico en el intento de suicidio en menores de 11 años que fueron reportados en el departamento de Boyacá, Colombia, entre los años 2018 y 2022.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo exploratorio, observacional, retrospectivo de corte transversal por medio de la revisión y análisis de fuentes secundarias de información (ficha de notificación INS:356 para reporte epidemiológico del intento suicida del Sivigila). Los datos fueron solicitados y suministrados de manera anonimizada por la dependencia de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría de Salud de Boyacá, correspondiendo a los reportes realizados entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022. Como rango de edad se incluye-

ron todos aquellos casos entre los 5 y los 11 años, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia sobre el ciclo vital de «infancia»²³.

La ficha de reporte permitió conocer información socio-demográfica como edad, escolaridad, zona de residencia y estrato socioeconómico; factores desencadenantes y de riesgo como reincidencia, número de intentos, problemas escolares, presencia de algún tipo de maltrato o violencia, problemas familiares, ideación suicida persistente, plan suicida estructurado, antecedente de trastorno mental y consumo de alcohol o sustancias psicoactivas; y por último, datos del mecanismo empleado en el intento suicida, como ahorcamiento, uso de arma cortopunzante, lanzamiento al vacío o intoxicación.

Fueron excluidos aquellos casos en los que se presentara ausencia de datos sociodemográficos y/o factores desencadenantes o de riesgo en la ficha de notificación, lo cual se realizó con el fin de descartar los reportes que no contasen con suficiente calidad en los datos y que pudiesen interferir en la significación de los resultados.

Únicamente se contó con dos variables cuantitativas (edad y número de intentos), de las cuales se reportaron medidas descriptivas (promedio $\bar{X}$), mediana, desviación estándar [DE] e intervalo de confianza [IC]) además de realizar un análisis univariado para determinar si contaban con distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis bivariado se empleó como variable dependiente el sexo biológico (hombre o mujer) reportado en la ficha; adicionalmente la variable de edad fue convertida en variable categórica con el fin de establecer asociaciones entre las variables independientes sociodemográficas, de riesgo y mecanismos empleados y la variable dependiente de sexo por medio de la prueba χ^2 . Por último, el odds ratio (OR) se calculó y reportó teniendo en cuenta la distribución de los datos para determinar si una variable representaba riesgo de ocurrencia para niños o niñas.

Consideraciones éticas

La presente investigación respeta los aspectos éticos consagrados en la normativa legal vigente del estado colombiano, siguiendo los parámetros establecidos por la Ley 1273 de 2009 sobre la protección de datos, la Ley 1266 de 2008 de habeas data y la Resolución 8430 de 1993 de investigación en salud. Además, todos los datos recopilados en este trabajo fueron anonimizados, por lo que se respetó íntegramente la confidencialidad de la información.

Resultados

De los 85 reportes de intento de suicidio infantil realizados al Sivigila durante los años analizados fueron suprimidos 5 (5,88%) por no contar con el reporte de variables clínicas necesarias para el análisis, dejando un total de 80 casos analizados. Se observó un incremento del 91,66% de intentos de suicidio pediátricos entre el año 2021 y 2022 (tabla 1).

Con respecto a los análisis de normalidad realizados se encontró que ambas variables, tanto en la muestra general como diferenciadas por sexo, mostraron una distribución anormal (prueba Kolmogorov-Smirnov: $p < 0,05$), por lo que

Tabla 1 – Distribución de intentos de suicidio infantil según el año de ocurrencia

Año	n (%)
2018	12 (15%)
2019	21 (26,3%)
2020	12 (15%)
2021	12 (15%)
2022	23 (28,7%)

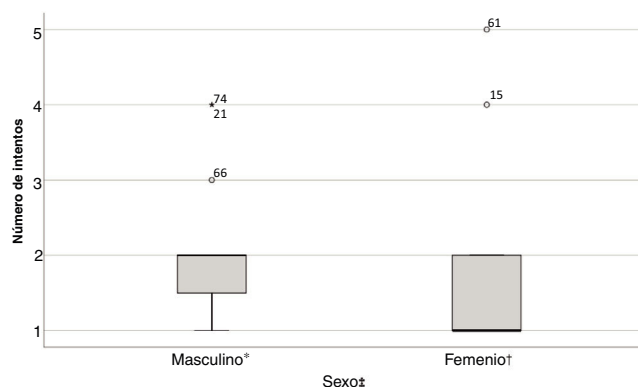


Figura 1 – Diagrama de cajas de la diferencia de medianas en el número de intentos según el sexo.

* Hombres: $\bar{X} = 2,07$ IC 95% 1,53-2,60; mediana = 2 DE = 0,961.

† Mujeres: $\bar{X} = 1,79$ IC 95% 1,06-2,51; mediana = 1 DE = 1,251.

‡ Prueba U de Mann-Whitney: Estadístico = 62,500 $p = 0,055$.

se optó por realizar la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para determinar diferencias de medianas. Como se observa en la figura 1, no se encontraron diferencias significativas entre el número de intentos previos según el sexo ($p = 0,055$); sin embargo, en cuanto a la mediana de las edades (fig. 2), estas sí mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) comprobando un inicio de la conducta suicida más temprano en hombres. Se encontró una tasa de ocurrencia de 1-1 entre niños y niñas con intento de suicidio.

La segunda columna de la tabla 2 evidencia el análisis descriptivo. La mayoría de los intentos de suicidio se dieron entre los 9 y los 11 años (81,2%), ocurridos principalmente en zonas urbanas (62,5%) con una reincidencia del 36,3%. Los principales factores de riesgo reportados fueron los problemas familiares (61,9%), los problemas escolares (36,3%) y el maltrato físico y psicológico (31,3%). Los métodos con mayor frecuencia de ocurrencia fueron la intoxicación (40%), principalmente de medicamentos (71,9% de los casos por intoxicación) y el ahorcamiento (27,5%). En la presente muestra ninguno de los reportes se asoció con el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.

La variable escolaridad evidenció un 5% de desescolarización, mientras que el 95% restante de la muestra se encontraba escolarizada. Esta distribución fue exactamente igual en niños y niñas, por lo que se omitió su análisis en la tabla 2.

A partir del análisis bivariado de las variables sociodemográficas diferenciadas según sexo se encontró un mayor riesgo de intento suicida en niños varones de 5 a 8 años (OR = 9,148; IC 95% 1,90-43,89; $p < 0,05$). No se encontraron diferencias entre

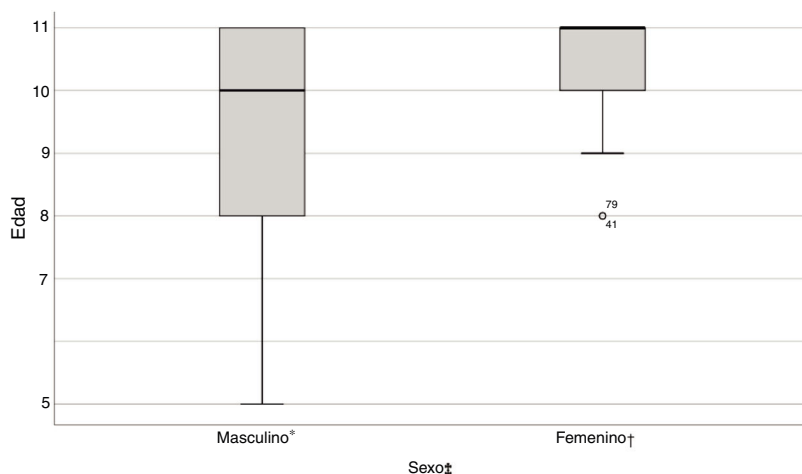


Figura 2 – Diagrama de cajas de la diferencia de medianas en la edad del intento suicida según el sexo.

* Hombres: $\bar{X} = 9,32$ IC 95% 8,77-9,88; mediana = 10 DE = 1,745.

† Mujeres: $\bar{X} = 10,30$ IC 95% 10,02-10,58; mediana = 11 DE = 0,883.

‡ Prueba U de Mann-Whitney: estadístico = 569,000 $p < 0,05$.

niños y niñas con respecto a zona de residencia o estrato. Tampoco se encontraron diferencias significativas en los factores desencadenantes o de riesgo. De manera anecdótica se resalta una mayor prevalencia de problemas escolares en varones (62,1%), aunque esta no evidenció ser una variable que se relacionara significativamente con una mayor oportunidad de ocurrencia de intento suicida para este grupo (OR = 2,15; IC 95% 0,85-5,58; $p > 0,05$). De igual forma se observó una mayor proporción de mujeres con factores de riesgo asociados a problemas familiares (57,7%) y violencia intrafamiliar (57,1%), aunque tampoco representaron ser variables significativamente predictoras de una mayor probabilidad de ocurrencia en este grupo.

En cuanto al método empleado, existió mayor riesgo de ocurrencia de ahorcamiento en niños (OR = 5,17; IC 95% 1,68-15,97; $p < 0,05$). Por otro lado, si bien el riesgo de intoxicación fue similar en ambos sexos (OR = 1,87; IC 95% 0,54-6,43; $p > 0,05$), en el subgrupo de menores que se intentaron suicidar por este medio, las niñas presentaron mayor probabilidad de intentar intoxicarse con medicamentos (OR = 5,33; IC 95% 1,06-26,90; $p < 0,05$). El resto de métodos empleados no mostraron diferencias estadísticamente significativas con ninguno de los dos sexos (tabla 2).

Discusión

La conducta suicida ha mostrado un aumento preocupante en los últimos años²⁴, volviéndose un tema central para la salud pública; sin embargo, estos avances parecen obviar la población pediátrica infantil, pues al ser un fenómeno de rara ocurrencia no se le ha prestado suficiente atención²⁵. Lo anterior no puede dar pie a ignorar las repercusiones de este problema para los individuos, sus familias y la sociedad²⁶, sin embargo, las investigaciones sobre conducta suicida previa a los 11 años son extremadamente escasas^{8,21} y tradicionalmente se han centrado más en la psicopatología y la ideación suicida que en la ocurrencia de intentos y suicidios^{27,28}.

El presente estudio pretendió ampliar el conocimiento sobre las principales variables sociodemográficas, factores de riesgo y mecanismos empleados en el intento suicida perpetrado por menores de 11 años, diferenciando el nivel de riesgo de estas variables para cada sexo biológico.

Iniciando por la distribución de los intentos de suicidio según años, los datos evidencian un aumento del 91,66% de casos entre los años 2021 y 2022. Esto es preocupante a la luz de los últimos reportes de literatura psiquiátrica y pediátrica, en donde se ha visto un aumento considerable de casos asociados a patologías mentales, autolesiones no suicidas e intentos de suicidio en población infantojuvenil. Lo anterior se ha asociado a las consecuencias dejadas por la pandemia del SARS-CoV-2²⁹, no obstante, el estudio de dichas consecuencias asociadas a la conducta suicida infantojuvenil se ha llevado prioritariamente en adolescentes³⁰.

La tasa de intentos de suicidio entre niños y niñas fue exactamente 1-1. Estos resultados evidencian características particulares de la edad infantil en el intento de suicidio pues tradicionalmente los estudios llevados a cabo en población adolescente³¹, adultos jóvenes²⁴, adultos³² y población general³³ reportan mayor prevalencia femenina en el intento de suicidio. En el presente estudio se habla de sexo biológico pues la información analizada careció de variables asociadas al género y su expresión (orientación sexual, identidad de género, etc.), las cuales han evidenciado ser un factor a tener en cuenta en la conducta suicida infantil y adolescente^{15,22}.

El análisis univariado permitió determinar diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las edades de los intentos suicidas infantiles según sexo ($p < 0,005$), evidenciando un inicio más temprano en hombres. El análisis multivariado refuerza estos hallazgos al mostrar un mayor riesgo de presentar intento suicidio en niños varones con edades de entre 5 a 8 años (OR = 9,15) respecto a niñas con esta misma edad. Estos resultados se asemejan a los reportados por Berthod et al.²⁷, quienes caracterizaron 48 intentos de suicidio en niños y niñas franceses entre los 6 y los 12 años, encontrando un inicio más temprano en hombres. Con res-

Tabla 2 – Variables sociodemográficas, factores de riesgo y mecanismo empleado en el intento de suicidio en infantes boyacenses (2018-2019)

Variable	General (n = 80)	Masculino (n = 40)	Femenino (n = 40)	OR	gl	IC 95%	p
<i>Categoría de edad</i>							
5 a 8 años	15 (18,8%)	13 (86,7%)	2 (13,3%)	9,148 ^a	1	1,906-43,898	0,002
9 a 11 años	65 (81,2%)	27 (41,5%)	38 (58,5%)				
<i>Zona de residencia</i>							
Rural	30 (37,5%)	13 (43,3%)	17 (56,7%)	1,535 ^b	1	0,617-3819	0,356
Urbana	50 (62,5%)	27 (54%)	23 (46%)				
<i>Estrato</i>							
Bajo	75 (93,8%)	37 (49,3%)	38 (50,7%)	0,644 ^b	1	0,243 - 9,754	0,644
Medio	5 (6,3%)	3 (60%)	2 (40%)				
<i>Reincidencia</i>							
Sí	29 (36,3%)	15 (51,7%)	14 (48,3%)	1,114 ^a	1	0,448-2,774	0,816
No	51 (63,7%)	25 (49%)	26 (51%)				
<i>Problema escolar</i>							
Sí	29 (36,3%)	18 (62,1%)	11 (37,9%)	2,157 ^a	1	0,849-5,481	0,104
No	51 (63,7%)	22 (43,1%)	29 (56,9%)				
<i>Maltrato físico o psicológico</i>							
Sí	25 (31,3%)	13 (52%)	12 (48%)	1,123 ^a	1	0,436-2,894	0,809
No	55 (68,7%)	27 (49,1%)	28 (50,9%)				
<i>Problema familiar^c</i>							
Sí	26 (61,9%)	11 (42,3%)	15 (57,7%)	1,061 ^b	1	0,302-3,729	0,927
No	16 (38,1%)	7 (43,7%)	9 (56,3%)				
<i>Historial familiar de conducta suicida</i>							
Sí	7 (8,8%)	6 (85,7%)	1 (14,3%)	6,882 ^a	1	0,789-60,060	0,480
No	73 (91,3%)	34 (46,6%)	39 (53,4%)				
<i>Ideación suicida persistente</i>							
Sí	21 (26,3%)	12 (57,1%)	9 (42,9%)	1,476 ^a	1	0,541-4,029	0,446
No	59 (73,8%)	28 (47,5%)	31 (52,5%)				
<i>Plan suicida</i>							
Sí	9 (11,3%)	4 (44,4%)	5 (55,6%)	1,286 ^b	1	0,319-5,186	0,723
No	71 (88,7%)	36 (50,7%)	35 (49,3%)				
<i>Violencia intrafamiliar</i>							
Sí	14 (17,5%)	6 (42,9%)	8 (57,1%)	1,417 ^b	1	0,443-4,534	0,556
No	66 (82,5%)	34 (51,5%)	32 (48,5%)				
<i>Antecedente trastorno psiquiátrico</i>							
Sí	13 (16,3%)	6 (46,2%)	7 (53,8%)	0,832 ^a	1	0,253-2,737	0,762
No	67 (83,7%)	34 (50,7%)	33 (49,3%)				
<i>Ahorcamiento</i>							
Sí	22 (27,5%)	17 (77,3%)	5 (22,7%)	5,174 ^a	1	1,676-15,975	0,003
No	58 (72,5%)	23 (39,7%)	35 (60,3%)				
<i>Arma cortopunzante</i>							
Sí	17 (21,3%)	7 (41,2%)	10 (58,8%)	1,571 ^b	1	0,531-4,651	0,412
No	63 (38,7%)	33 (52,4%)	30 (47,4%)				
<i>Lanzamiento al vacío</i>							
Sí	11 (13,7%)	5 (45,5%)	6 (54,5%)	1,235 ^b	1	0,344-431	0,745
No	69 (86,3%)	35 (50,7%)	34 (49,3%)				
<i>Intoxicación</i>							
Sí	32 (40%)	13 (40,6%)	19 (59,4%)	1,875 ^b	1	0,536-6,431	0,327
No	48 (60%)	27 (56,3%)	21 (43,7%)				
<i>Tipo de sustancia</i>							
Medicamento	23 (71,9%)	7 (30,4%)	16 (69,6%)	5,333 ^b	1	1,058-26,898	0,035
Otras sustancias	9 (28,1%)	7 (70%)	3 (30%)				

^a Riesgo para hombres.^b Riesgo para mujeres.^c Fueron suprimidos los datos previos al año 2019, ya que el «problema familiar» se agregó en la actualización de la ficha de notificación de este año.

pecto a estudios en América Latina, en una muestra uruguaya de 145 pacientes menores de 15 años con intento de suicidio se pudo observar una mayor proporción de actos autolesivos en hombres menores de 10 años en comparación con las mujeres³¹, por lo que se asume un mayor riesgo de conductas

suicidas en edades tempranas para el grupo de niños varones.

Adicionalmente, se encontró que los hombres tuvieron en promedio mayor número de intentos (mediana = 2; $\bar{X}$ = 2,07) que las mujeres (mediana = 1; $\bar{X}$ = 1,79). Si bien los

resultados no mostraron diferencias significativas (Prueba U de Mann-Whitney: $p=0,055$), esta pequeña superioridad podría deberse al inicio más precoz de la conducta suicida en hombres reportado anteriormente. No se logró encontrar estudios previos que relacionaran el número de intentos de suicidio y el sexo biológico en población menor de 11 años, lo que corrobora la necesidad de estudiar los factores asociados a la reincidencia en el intento de suicidio infantil, pues la literatura al respecto ha mostrado ser insuficiente^{24,34}.

El análisis multivariado no evidenció factores de riesgo asociados al sexo en las demás variables sociodemográficas; sin embargo, el análisis descriptivo evidencia una alta prevalencia de intentos de suicidio en estratos económicos bajos para ambos sexos (93,8%). En el marco colombiano estos estratos se caracterizan por importantes carencias en torno a los medios físicos de la vivienda, así como la insatisfacción de necesidades básicas y monetarias³⁵. En este sentido parece existir una importante asociación entre dichas carencias (lo que incluiría una inadecuada nutrición en la infancia) y la presencia de depresión y conductas suicidas³⁶. Resultados previos han demostrado que existe casi el doble de riesgo de ideación suicida en adultos que sufrieron hambre infantil³⁷, así como la asociación entre los problemas nutricionales infantiles y el inadecuado desarrollo cerebral^{38,39} y cognitivo⁴⁰, ambos factores de riesgo asociados a la conducta suicida¹¹. Sería importante que se profundizara en el estudio de la asociación entre nutrición y conducta suicida infantil en futuras investigaciones.

Con respecto a la zona de ocurrencia, se encontró una relación de 1,6 intentos en zona urbana por cada intento en zona rural. Lo anterior difiere de estudios previamente realizados, en donde para la población general se reportó una relación de 2,3 intentos ocurridos en zona urbana por cada intento en zona rural⁴¹, mostrando una mayor prevalencia de intentos de suicidio en zonas rurales en población infantil en comparación con otros grupos etarios.

El nivel de reincidencia general reportado fue del 36,3%; si bien es una cifra menor que otros estudios realizados en población adolescente en donde se reportó una reincidencia del 54,4%²⁴, debería considerarse algo preocupante teniendo en cuenta que uno de los principales factores de riesgo asociados al suicidio consumado es la presencia de intentos previos²², lo que significa que la muestra evaluada va a presentar alto riesgo de suicidio en la adolescencia y la adultez²⁵. Por otro lado, el porcentaje de reincidencia fue similar en niños y niñas. Estos resultados irían en contra de investigaciones anteriores, donde un mayor número de mujeres evidenciaron presencia de intentos previos en comparación con los hombres⁴²; no obstante, cabe aclarar que este estudio analizó intentos de suicidio entre los 7 y los 18 años, lo que sugeriría que la población pediátrica infantil se diferencia de la población adolescente en este aspecto.

En cuanto a las variables desencadenantes del intento y factores de riesgo, se encontró una mayor prevalencia de problemas familiares (61,9%), problemas escolares (36,3%) y maltrato físico y psicológico (31,3%), aunque no se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas. Estos resultados se asemejan a los reportes de investigaciones pre-

vias en donde las dinámicas familiares y la presencia de violencia fueron el principal detonante del intento suicida en población infantil^{27,31,43}.

La segunda variable desencadenante con mayor prevalencia fueron los problemas escolares; si bien no se especifica el tipo de problema, reportes previos han encontrado asociación entre el acoso o *bullying* y el desarrollo de depresión e ideación suicida en la infancia⁴⁴; empero, parece que este fenómeno se sufre de manera diferente entre niños y niñas, en donde los hombres que son acosadores y reciben acoso parecen tener igual nivel de riesgo suicida, mientras que en el caso de las mujeres el riesgo suicida se asocia a ser víctimas de acoso⁴⁵. Sería importante que futuras investigaciones pudiesen profundizar la asociación entre problemas escolares específicos y el intento suicida en la infancia.

De los intentos reportados, el 88,7% no tenían un plan estructurado de suicidio, lo que podría traducirse en un acto realizado de manera impulsiva. Esto tendría sentido al contemplar las principales variables de riesgo reportadas en la conducta suicida en edades tempranas asociadas a factores impulsivos de la personalidad^{9,12,22,43}. Por otro lado, pese a que el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas ha sido reportado como un factor de riesgo en el espectro suicida infantil, el presente estudio no encontró ningún caso asociado a estas variables. Se sospecha que esto podría deberse a pérdida de la información.

De los métodos autolesivos empleados, la intoxicación fue el mecanismo primordial (40%), el cual no reportó un nivel de riesgo significativo diferenciado por sexo; mientras que la intoxicación por medicamentos se asoció a un mayor riesgo para las mujeres ($OR=5,33$), el ahorcamiento fue el segundo método más empleado y representó un mayor riesgo para los hombres ($OR=5,17$). Lo anterior se asemeja a resultados previos en donde el consumo de medicamentos fue el mecanismo prioritariamente empleado por niñas con intento suicida⁴³, mientras que los métodos más letales se han asociado a los niños²⁷. Esto último representa un fenómeno particular de la ocurrencia de conducta suicida en hombres menores de 11 años, en quienes se reportan métodos con mayor letalidad en comparación con la adolescencia²⁸. Las explicaciones de este fenómeno siguen sin ser claras, pues se ha observado poca intencionalidad de muerte en estas edades en contraposición a la alta letalidad de los métodos empleados⁴⁶, por lo que hace falta mayor atención al respecto.

Es importante que la prevención en conducta suicida tenga en consideración los contextos y factores de riesgo específicos a cada tipo de población. El presente análisis hace hincapié en formular intervenciones que más allá de lo individual se enfoquen en trabajar sobre los entornos familiares, escolares y comunitarios dada la importancia de cubrir las necesidades básicas y socioemocionales de los niños y niñas para así generar ambientes saludables y resilientes. Este tipo de intervenciones integrales han demostrado ser bastante efectivas en la reducción de la conducta suicida en población infantojuvenil⁴⁷. Se aconseja además la restricción de acceso a los métodos, sobre todo a medicamentos en población femenina¹².

Existen aún muchas incógnitas en torno al espectro suicida en menores de 11 años. En gran medida esto puede deberse a

la falta de investigación que se ha hecho al respecto, encontrando poca o nula publicación en habla hispana^{8,21}. Además de observar que gran parte de los estudios en esta población se han realizado en población estadounidense o europea^{25,27,46}, el presente trabajo pretendió aportar a la literatura científica y psiquiátrica latinoamericana.

Al hablar de limitaciones del presente estudio es importante recalcar que al tratarse de análisis de información secundaria se está sujeto a pérdida de información, como se reflejó al tener que suprimir el 5,88% de los casos reportados en los años analizados. Lo anterior enmarca la necesidad de mejorar los procesos de reporte y vigilancia epidemiológica por parte de los profesionales y las instituciones del sistema de salud, tal y como lo establece la normatividad colombiana⁴⁸ y las recomendaciones de la OMS¹.

En esta misma vía se hace necesario profundizar en la línea de investigación sobre conducta suicida en la infancia, tanto de estudios cuantitativos como cualitativos que permitan obtener información primaria para generar una mejor aproximación y comprensión del espectro suicida pediátrico infantil, para así mejorar la predicción y prevención de ocurrencia de este problema en entornos clínicos y no clínicos (sociocomunitarios), así como detectar los factores protectores que puedan ayudar a mejorar las intervenciones tempranas y las prácticas clínicas.

Conclusión

El estudio de conducta suicida en menores de 11 años ha tenido una producción escasa, en gran medida por la rareza de su ocurrencia; sin embargo, dada la vulnerabilidad de esta población es importante continuar con los esfuerzos por comprender y prevenir el espectro suicida en población pediátrica infantil.

Aunque tradicionalmente se han reportado diferencias en los factores de riesgo en cuanto a sexo biológico en la aparición de la conducta suicida, el presente estudio solo encontró diferencias en la edad de aparición (siendo más temprana en hombres) y el método empleado, en donde hubo mayor uso de mecanismos potencialmente más letales en el intento suicida masculino.

Se encontró una relación de ocurrencia de 1-1 entre niños y niñas con intento suicida, algo particular a otros grupos etarios donde existe mayor prevalencia femenina. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre sexo y factores desencadenantes y de riesgo del intento suicida infantil.

Los principales factores proximales asociados al intento de suicidio en ambos sexos fueron los factores familiares, escolares y la presencia de maltrato físico y psicológico; además, se sospecha la presencia de características impulsivas como factor de desarrollo relacionado con la conducta suicida infantil.

Financiación

El presente trabajo no contó con financiación de ninguna institución pública o privada.

Consideraciones éticas

La presente investigación respeta los aspectos éticos consagrados en la normativa legal vigente del estado colombiano, siguiendo los parámetros establecidos por la Ley 1273 de 2009 sobre la protección de datos, la Ley 1266 de 2008 de habeas data y la Resolución 8430 de 1993 de investigación en salud; además, todos los datos recopilados en este trabajo fueron anonimizados, por lo que se respetó íntegramente la confidencialidad de la información.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

El autor agradece a la dependencia de Vigilancia en Salud Pública del departamento de Boyacá por suministrar los datos de la presente investigación, al jefe Martin Barrera y la jefe Irene Diaz por su acompañamiento y guía, y a Diego Alejandro Vergara por el apoyo en la búsqueda bibliográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. [Online]. Ginebra; 2021 [consultado 20 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del Suicidio. [Online]. Washington, D.C.; s.f. [consultado 20 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
3. Reliford AO. Suicide and Suicidal Behaviors in Minoritized Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62 Suppl.:s145.
4. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis, datos para la vida. [Online]. Bogotá; 2021 [consultado 20 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>.
5. Mosquera-Bahamón Y, Avila G, Narváez N, Bonilla S. Informe de Evento Intento de Suicidio: Código 356. [Online]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. 2022 [consultado 20 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20INFORME%202022.pdf>.
6. Vigilancia en Salud Pública de Boyacá. Boletín Epidemiológico 52 año 2022. [Online]. Tunja; 2022. [consultado 20 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.boyaca.gov.co/boletines-epidemiologicos/>.
7. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387:1227–39.
8. Palacios X, Barrera AM, Ordoñez M, Peña ME. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Av Psicol Latinoam*. 2007;25:40–62.
9. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5:74.
10. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. *Nat Rev Neurosci*. 2014;15:802–16.

11. Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends Neurosci.* 2012;35:14–23.
12. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors. *Front Psychiatry.* 2018;9:540.
13. Villar F, Lombardini F, Sánchez B, Vila M, Esnaola E. Gender differences in adolescents with suicidal behaviour: Personality and psychopathology. *Rev Psicol Clín Niños Adolesc.* 2022;9:16–25.
14. Tabarez SM. Risk factors in adolescents with suicidal behaviors. *J Bas Appl Psychol Res.* 2023;4:1–6.
15. Jiménez A, Mondragón L, González C. Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental.* 2007;30:20–6.
16. Harris PL. Children's understanding of death: from biology to religion. *Phil Trans R Soc B.* 2018;373:20170266.
17. Menendez D, Hernandez IG, Rosengren KS. Children's emerging understanding of death. *Child Dev Perspect.* 2020;14:55–60.
18. Fernández M, de Los Santos-Roig M, Pérez M, Cruz F, Vázquez J, Montoya R. A new instrument to assess children's understanding of death: Psychometrical properties of the EsCoMu scale in a sample of Spanish children. *Children.* 2021;8:8.
19. Norero C. La maduración cerebral en el niño El caso de la adquisición del concepto de muerte y su evolución. *Re Chil Pediatr.* 2018;89:137–42.
20. Panagiotaki G, Hopkins M, Nobes G, Ward E, Griffiths D. Children's and adults' understanding of death: Cognitive, parental, and experiential influences. *J Exp Child Psychol.* 2018;166:96–115.
21. Peña MJ, Loo L, Herrera LC, Camargo L, Casto V, Cardenas H, et al. Estudio bibliométrico sobre depresión y suicidio en niños, niñas y adolescentes, periodo 2003-2014. *Vision Cienc Tecnol.* 2018;3:26–31.
22. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Rev Psicol Clín Niños Adolesc.* 2016;3:9–18.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de Vida. [Online]; s.f. [consultado 20 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>.
24. Morales L, Hernández-Romero H, Pacheco R, Castro-Alzate ES. Factores relacionados con la reincidencia de intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes atendidos en una empresa social del estado en Cali del 2016 al 2019. *Rev Colomb Psiquiat.* 2023. En Prensa.
25. Dillillo D, Mauri S, Mantegazza C, Fabiano V, Mameli C, Zuccotti GV. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Ital J Pediatr.* 2015;41:1–8.
26. Black V, Heo S. When a child dies by suicide: an interpretative phenomenological analysis study. *Omega (Westport).* 2023;1–21.
27. Berthod C, Giraud C, Gansel Y, Fournier P, Desombre H. Suicide attempts of 48 children aged 6-12 years. *Arch Pediatr.* 2013;20:1296–305.
28. Soole R, Kölves K, De Leo D. Suicide in Children: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2015;19:285–304.
29. López PV, Pedreira PA, Martínez-Sánchez L, Cruz J, de Luna CB, Herrero FN, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anal Pediatr.* 2023;98:204–12.
30. Bersia M, Koumantakis E, Berchialla P, Charrier L, Ricotti A, Grimaldi P, et al. Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine.* 2022;54:101705.
31. Pandolfo S, Vázquez M, Más M, Vomero A, Aguilar A, Bello O. Intentos de autoeliminación en menores de 15 años: Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Arch Argent Pediatr.* 2011;109:18–23, 1.
32. Alvis LF, Soto AM, Grisales H. El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio. *Rev Criminal.* 2017;59:81–92.
33. Valencia H, Campo-Cabal G, Borrero C, García ÁM, Patiño MM. Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle Cali (1994-2010). *Rev Colomb Psiquiat.* 2011;40:619–36.
34. Bennardi M, McMahon E, Corcoran P, Griffin E, Arensman E. Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psychiatry.* 2016;16:1–12.
35. DANE. Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios. [Online]; 2019 [consultado 20 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica#generalidades>.
36. Stickley A, Koyanagi A, Inoue Y, Leinsalu M. Childhood hunger and thoughts of death or suicide in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018;26:1070–8.
37. McIntyre L, Williams JV, Lavorato DH, Patten S. Depression and suicide ideation in late adolescence and early adulthood are an outcome of child hunger. *J Affect Disord.* 2013;150:123–9.
38. Smart JL, Dobbing J. Vulnerability of developing brain II. Effects of early nutritional deprivation on reflex ontogeny and development of behaviour in the rat. *Brain Res.* 1971;28:85–95.
39. Morgane PJ, Miller M, Kemper T, Stern W, Forbes W, Hall R, et al. The effects of protein malnutrition on the developing central nervous system in the rat. *Neurosci Biobehav Rev.* 1978;2:137–230.
40. Ansuya BS, Unnikrishnan B, Shashidhara YN, Mundkur SC. Effect of nutrition intervention on cognitive development among malnourished preschool children: randomized controlled trial. *Sci Rep.* 2023;13:10636.
41. Vigoya A, Osorio-Barajas Y, Salamanca Y. Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012-2017). *Duazary.* 2019;16:53–66.
42. Jiménez M, Hidalgo J, Camargo C, Dulce B. El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Rev Cienc Salud.* 2014;12:63–87.
43. Valdivia M, Schaub C, Díaz M. Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Rev Chil Pediatr.* 1998;69:64–7.
44. Azúa E, Rojas P, Ruiz S. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Rev Chil Pediatr.* 2020;96:432–9.
45. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Almqvist F, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48:254–61.
46. Stordeur C, Acquaviva E, LGaldon L, Mercier L, Titomanlio L, Delorme R. Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans. *Arch Pediatr.* 2015;22:255–9.
47. Delgado A, Agudelo A. Manizales más oportunidades “Elige la Vida” Reducción de conducta suicida y aumento de capacidades en niños y adolescentes. En: Baquero A, editor. Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia. 5 th ed. Bogotá: Colpsic; 2022. p. 116–26.
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. Bogotá; 2017.