



ORIGINAL

Factores de riesgo y perfiles del reintento suicida en niños menores de 12 años



César D. González^{a,b,*} y Carlos Fabian Martínez-Cárdenas^{b,c}

^a Línea 106 de Ayuda en Salud Mental, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Boyacá, Tunja-Boyacá, Colombia

^b Programa de posgrado en Neuropsicología y Educación, Fundación Universitaria Internacional de La Rioja, Bogotá, Colombia

^c Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, UPTC, Tunja-Boyacá, Colombia

Recibido el 29 de mayo de 2024; aceptado el 10 de julio de 2024

Disponible en Internet el 11 de septiembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Suicidio;
Intento suicida;
Reincidencia;
Conducta infantil;
Experiencias adversas
en la infancia

Resumen

Objetivos: La reincidencia del intento suicida se considera uno de los principales factores de riesgo para el suicidio consumado. A pesar de esto, el estudio de esta variable en niños ha sido nulo. El objetivo fue determinar los factores y perfiles asociados con la reincidencia de intento suicida en niños menores de 12 años.

Métodos: Estudio transversal que incluyó 120 casos de intento suicida (código INS.356) de niños menores de 12 años ocurridos entre 2018 y 2023 tomados del reporte epidemiológico del sistema SIVIGILA de Colombia. Los datos fueron analizados por medio de un análisis de regresión logística bivariante para determinar el mejor modelo predictor de factores de riesgo, y se realizó un análisis de correspondencias múltiple para establecer los posibles perfiles de reincidencia usando el software SPSS® v.26.

Resultados: De los 120 casos analizados, 43 (35,8%) reportaron reincidencia de intento suicida. El mejor modelo predictor de factores de riesgo para el reintento suicida fue: maltrato infantil (OR = 6,22; $p < 0,05$), ideación suicida persistente (OR = 30,91; $p < 0,001$), historia de violencia o abuso sexual (OR = 13,10; $p < 0,05$) y el uso de elementos cortopunzantes (OR = 46,45; $p < 0,001$). El análisis de correspondencias múltiple identificó 3 perfiles: «primer intento suicida» con envenenamiento como método usado y sin la presencia de ideación suicida, violencia o abuso; «un intento previo» que mostró el uso de elementos cortopunzantes e ideación suicida persistente, y «2 o más intentos previos» que incluyó historia de violencia o abuso sexual, maltrato infantil y ahorcamiento como método empleado.

Conclusiones: Los resultados reportados demuestran el impacto que la adversidad en la vida temprana tiene en la salud mental infantil, por lo que es necesario detectar y prevenir estos tipos de abuso como una forma de reducir la conducta suicida infantil.

© 2024 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: cesardpsy@gmail.com, cesar.gonzalez01@uptc.edu.co (C.D. González).

KEYWORDS

Suicide;
Suicide attempt;
Reattempt;
Child behaviour;
Adverse childhood
experiences

Risk factors and profiles of reattempted suicide in children aged less than 12 years**Abstract**

Objective: Suicide attempt (SA) repetition is considered one of the main risk factors for completed suicide. In spite of this, there is no previous research on this variable in children. The objective was to determine the factors and profiles associated with reattempted suicide in children aged less than 12 years.

Methods: Cross-sectional study that included 120 reports (event code INS.356) of SA in children aged less than 12 years between 2018 and 2023 in the SIVIGILA surveillance system of Colombia. We carried out a bivariate logistic regression analysis to generate the best fitting risk factor model and a multiple correspondence analysis (MCA) to establish the possible SA recurrence profiles using the SPSS™ software, version 26.

Results: Of the 120 cases analysed, 43 (35.8%) were reports of reattempted suicide. The best model for predicting risk factors for repeated SA included child maltreatment (OR, 6.22; $P < .05$), persistent suicidal ideation (PSI) (OR, 30.91; $P < .001$), a history of violence or sexual abuse (OR, 13.10; $P < .05$) and the use of sharp objects (OR, 46.45; $P < .001$). The MCA identified 3 profiles: "first SA" with poisoning as the attempt method and in absence of PSI, violence and abuse; "one previous SA" with the use of sharp objects and presence of PSI; "two or more previous SAs" with a history of violence or sexual abuse, child maltreatment and hanging as the method.

Conclusion: Our findings demonstrate the impact of early life adversity (ELA) on children's mental health, so it is necessary to detect and prevent these types of abuse in order to reduce childhood suicide.

© 2024 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública reconocido que contribuye a la pérdida anual de casi 700.000 vidas¹, y una de las principales causas de mortalidad en la población infantojuvenil². En lugar de una reducción, en años recientes se ha presenciado un aumento alarmante en las tasas de suicidio entre los más jóvenes, afectando de manera particular a los niños menores de 10 años³. Conforme a esta tendencia, Colombia pasó de una tasa de 0,05 en 2016 a una tasa de 0,13 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes de 5 a 9 años de edad en 2019⁴, mientras que la tasa de intento de suicidio (IS) aumentó de 0,33 en 2018 a 3,7 intentos por cada 100.000 habitantes en 2023 en el mismo grupo etario⁵.

También resulta necesario considerar las repercusiones que la pandemia de COVID-19 ha tenido, y seguirá teniendo, en la salud mental de los jóvenes⁶. Esto representa un nuevo factor de riesgo asociado a la conducta suicida en niños y adolescentes. El análisis de los cambios entre los periodos pre y pospandemia puede contribuir a esclarecer dichas repercusiones⁷.

Dicho lo cual, el estudio del suicidio en la juventud tradicionalmente se ha centrado en la adolescencia, relegando el análisis de este fenómeno en la infancia como parte de la conducta suicida adolescente⁸. Pocas investigaciones han abordado la conducta suicida en niños menores de 12 años como un fenómeno específico, poniendo de manifiesto las diferencias y particularidades de la conducta suicida en la infancia que requieren seguir profundizando en su abordaje⁹.

Por el contrario, el antecedente de IS se ha descrito históricamente como uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio consumado en la población infantojuvenil¹⁰, por lo que los niños con múltiples intentos de suicidio constituyen una población cuya identificación, seguimiento y tratamiento son particularmente urgentes. A pesar de ello, la investigación sobre los factores asociados al reintento de suicidio (RIS) ha sido escasa¹¹, no existiendo estudios que analicen la asociación de posibles factores de riesgo con el RIS en niños menores de 12 años¹². Por ello, el objetivo del presente estudio fue identificar los factores y perfiles asociados al RIS en niños menores de 12 años entre 2018 y 2023 en el departamento de Boyacá, Colombia.

Material y métodos**Diseño e instrumentos del estudio**

Estudio exploratorio transversal realizado mediante datos obtenidos de la ficha de notificación de IS (evento con código INS.356) del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de Colombia¹³. El IS es un evento de declaración obligatoria y es parte de los protocolos de eventos de interés en el sistema de salud pública. El estudio incluyó todas las notificaciones de IS en niños menores de 12 años ocurridos entre 2018 y 2023 correspondientes al departamento de Boyacá, Colombia. Se excluyeron los reportes con datos de calidad insuficiente y los casos clasificados como suicidio consumado.

Las notificaciones de IS incluyen información sobre el año, variables sociodemográficas, intentos previos de

suicidio, factores desencadenantes y de riesgo y el método/mecanismo o sustancia empleados en el intento.

Muestra

Entre 2018 y 2023 se registraron un total de 5.530 notificaciones con el código INS.356 en Boyacá, de las que 125 implicaban a menores de 12 años. Se excluyeron 5 notificaciones por faltar datos mínimos sobre los factores desencadenantes o de riesgo o por información ambigua (p. ej., uso de todos los métodos en el intento), por lo que el análisis final del presente estudio comprendió un total de 120 intentos de suicidio en niños. Según la información de los registros con código INS.356, ninguno de los casos notificados fue de suicidio consumado.

Variables

Cabe mencionar que la ficha de notificación INS.356 es cumplimentada por el profesional de la salud receptor del IS, generalmente en el servicio de urgencias de un hospital o centro sanitario. Mediante una entrevista con el paciente y la familia, el profesional establece la presencia o ausencia de factores desencadenantes o de riesgo. La recurrencia de la conducta suicida se estableció explorando si el evento suponía el primer IS o si había habido intentos previos.

Variables reportadas:

- Problemas escolares/educativos: percepción de estrés en el entorno escolar (p. ej., *bullying*, acoso, fracaso escolar, etc.).
- Maltrato infantil: cualquier tipo de maltrato físico, psicológico o sexual que tiene lugar en el entorno familiar.
- Problemas familiares: percepción de estrés en el entorno familiar (p. ej., divorcio de los padres, conflictos, disfunción familiar, etc.).
- Suicidio de pariente: antecedente familiar de suicidio consumado.
- Ideación suicida persistente (ISP): persistencia de los pensamientos sobre la voluntad de acabar con la propia vida en el momento de la evaluación en el entorno sanitario.
- Plan de suicidio: existencia de un plan organizado con un mecanismo específico antes, durante, o tras el IS.
- Antecedentes de violencia o abuso sexual: experiencia previa de violencia física o sexual en cualquier entorno.
- Antecedentes de trastorno psiquiátrico: diagnóstico de trastorno psiquiátrico, preferiblemente por un psiquiatra, realizado antes del IS. La ficha de notificación INS.356 propone 4 opciones diagnósticas específicas: 1) trastorno depresivo; 2) trastornos de personalidad; 3) trastorno bipolar o 4) esquizofrenia.

Otras variables estudiadas que se codificaron en base a los datos reportados fueron:

- Categoría pandémica: los datos se agruparon conforme a las fechas de inicio (6 de marzo de 2020) y finalización (2022 Jun 30) de la urgencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 en Colombia¹⁴.
- Nivel socioeconómico: en Colombia, el nivel socioeconómico se determina mediante un sistema de estratificación

que va del 1 al 6. Una puntuación inferior a 3 corresponde a un nivel socioeconómico bajo y una puntuación de 3 o superior a un nivel medio o alto¹⁵.

Análisis estadístico

Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes. El RIS se estableció como variable dependiente, y se llevó a cabo un análisis bivariante (prueba χ^2) para determinar la asociación entre variables. Para el presente estudio, se utilizó el *software* SPSS® versión 26.0.

Se realizó un análisis de regresión logística bivariantes para determinar el mejor modelo predictor de los factores de riesgo asociados al RIS, así como un análisis de correspondencias múltiple (ACM) para establecer los perfiles del RIS en la infancia. En ambos análisis se incluyeron aquellas variables con *P* valores inferiores a 0,20 en el análisis bivariante previo. Las variables evaluadas fueron: 1) número de IS, 2) ISP, 3) antecedente de violencia o abuso sexual, 4) maltrato infantil, 5) ahorcamiento, 6) elemento cortopunzante y 7) intoxicación.

Los datos se solicitaron oficialmente al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Boyacá, que procuró los reportes anonimizados de IS ocurridos entre 2018 y 2023, respetando la privacidad de los niños con conducta suicida y en conformidad con las directrices éticas consagradas en la legislación colombiana mediante la Ley 1273 de 2009 de la protección de datos, la Ley 1266 de 2008 de hábeas data y la Resolución 8430 de 1993 de la investigación en salud.

Resultados

Entre 2018 y 2023 se notificaron un total de 125 IS en menores de 12 años. Se excluyeron 5 casos (4%) en base a los criterios de exclusión, quedando 120 casos en el análisis. De estos, 43 (35,8%) fueron reintentos, y los 77 restantes (64,2%) el primer intento. Además, 40 de los casos (33%) ocurrieron en el último año, evidenciando un aumento alarmante en la incidencia del IS infantil (tabla 1).

Las variables asociadas con un porcentaje de reintento superior al 40% fueron (tabla 2): edad de 7 a 9 años (44,7%), año 2021 (50%), entorno rural (41%), maltrato infantil (53,1%), suicidio de un pariente (50%), ISP (56,8%), plan de suicidio (50%), antecedente de violencia o abuso sexual (56,5%), antecedente de trastorno psiquiátrico (45,8%), ahorcamiento (46,2%) y uso de elementos cortopunzantes (67,7%). Las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa fueron: maltrato infantil ($p < 0,05$), ISP ($p < 0,005$), antecedente de violencia o abuso sexual ($p < 0,05$), elemento cortopunzante ($p < 0,001$) e intoxicación ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas en ninguna variable sociodemográfica.

Para generar el mejor modelo predictor de factores de riesgo para el RIS, se incluyeron las variables con un *p*-valor inferior a 0,20 en el análisis bivariante. Esto nos permitió identificar el modelo explicativo óptimo con el mejor ajuste (test de Hosmer-Lemeshow: $p > 0,05$; R^2 de Cox y Snell = 0,458) de los factores de riesgo para el RIS infantil (tabla 3), que fueron los siguientes: maltrato infantil

Tabla 1 Características sociodemográficas, factores de riesgo y métodos utilizados en intentos de suicidio en menores de 12 años en Boyacá

Variable	Muestra total (N = 120) n (%)
Sociodemográficas	
<i>Año</i>	
2018	12 (10)
2019	21 (17,5)
2020	12 (10)
2021	12 (10)
2022	23 (19,2)
2023	40 (33,3)
<i>Condición pandémica</i>	
Prepandemia	35 (29,2)
Pandemia	29 (24,2)
Pospandemia	56 (46,6)
<i>Grupo etario</i>	
4-6 años	3 (2,5)
7-9 años	38 (31,7)
10-11 años	79 (65,8)
<i>Sexo</i>	
Varón	62 (51,7)
Mujer	58 (48,3)
<i>Entorno residencial</i>	
Urbano	81 (67,5)
Rural	39 (32,5)
<i>Nivel socioeconómico</i>	
Bajo	109 (90,8)
Medio o alto	11 (9,2)
Factores de riesgo	
<i>Escolares/ educativos</i>	
Sí	42 (35)
No	78 (65)
<i>Maltrato infantil</i>	
Sí	32 (26,7)
No	88 (73,3)
<i>Problemas familiares</i>	
Sí	55 (45,8)
No	65 (54,2)
<i>Suicidio de familiar</i>	
Sí	8 (6,7)
No	112 (93,3)
<i>Ideación suicida persistente</i>	
Sí	37 (30,8)
No	83 (69,2)
<i>Plan de suicidio</i>	
Sí	12 (10)
No	108 (90)
<i>Antecedente de violencia o abuso sexual</i>	
Sí	23 (19,2)
No	97 (80,8)
<i>Antecedente de trastorno psiquiátrico</i>	
Sí	24 (20)
No	96 (80)
Métodos	
<i>Ahorcamiento</i>	
Sí	39 (32,5)
No	81 (67,5)

Tabla 1 (continuación)

Variable	Muestra total (N = 120) n (%)
<i>Elemento cortopunzante</i>	
Sí	31 (25,8)
No	89 (74,2)
<i>Lanzamiento al vacío</i>	
Sí	14 (11,7)
No	106 (88,3)
<i>Intoxicación</i>	
Sí	41 (34,2)
No	79 (65,8)
<i>Tipo de sustancia</i>	
Medicamentos	26 (63,4)
Otras	15 (36,6)

(OR = 6,22; $p < 0,05$), ISP (OR = 30,91; $p < 0,001$), antecedente de violencia o abuso sexual (OR = 13,10; $p < 0,05$) y elemento cortopunzante (OR = 46,45; $p < 0,001$).

Por último, las primeras 2 dimensiones del ACM explicaban el 57,7% de la varianza. La figura 1 muestra los 3 perfiles identificados, comenzando con el de «primer intento suicida» con una predominancia evidente del mecanismo de intoxicación y ausencia de ISP, violencia, abuso y maltrato. A continuación, está el perfil «un intento previo», con uso de elementos cortopunzantes y presencia de ISP. Finalmente, el perfil de «2 o más intentos previos» mostró una tendencia a emplear el mecanismo de ahorcamiento y la presencia de antecedentes de violencia o abuso sexual y maltrato infantil.

Discusión

La conducta suicida es un problema de salud pública al que se han dedicado esfuerzos considerables de investigación y prevención y que supone un reto por la naturaleza multi-causal del suicidio, en cuya etiología aparecen involucrados diversos factores genéticos, de desarrollo, neurobiológicos, personales y sociales¹⁶. No obstante, en la literatura sobre el tema se mantiene el consenso de que el antecedente de IS previo es un factor de riesgo asociado al suicidio consumado^{10,11}.

Pese a ello, no hay ningún estudio que se haya centrado en los factores asociados al RIS en niños menores de 12 años, priorizándose la investigación en la población adolescente^{8,11}, por lo que el objeto del presente estudio fue llevar a cabo un análisis bivalente y multivalente para identificar factores de riesgo y perfiles asociados al RIS en la infancia.

En cualquier caso, antes de analizar la recurrencia en el IS, debemos considerar algunos datos generales sobre el IS infantil. Por ejemplo, el 46,5% de los intentos tuvieron lugar en el periodo pospandémico (después del 30 de junio de 2022). Aunque esta variable no se asoció a la tasa de RIS, es importante tenerla en cuenta. Este hallazgo estuvo en consonancia con estudios previos^{6,17} que demuestran que la pandemia de SARS-CoV-2 ha sido un factor significativo asociado al aumento de las conductas suicidas en la población infantojuvenil.

Tabla 2 Características sociodemográficas, factores de riesgo y métodos utilizados en primeros intentos y reintentos de suicidio en menores de 12 años en Boyacá

Variable	Reintento (n = 43) n (%)	Sin intentos previos (n = 77) n (%)	Valor de p (χ^2)
Sociodemográficas			
<i>Año</i>			
2018	3 (25)	9 (75)	0,739
2019	9 (42,9)	12 (57,1)	
2020	3 (25)	9 (75)	
2021	6 (50)	6 (50)	
2022	8 (34,8)	15 (65,2)	
2023	14 (35)	26 (65)	
<i>Condición pandémica</i>			
Prepandemia	12 (34,3)	23 (65,7)	0,955
Pandemia	11 (37,9)	18 (62,1)	
Pospandemia	20 (35,7)	36 (64,3)	
<i>Grupo etario</i>			
4-6 años	1 (33,3)	2 (66,7)	0,383
7-9 años	17 (44,7)	21 (55,3)	
10-11 años	25 (31,6)	54 (68,4)	
<i>Sexo</i>			
Varón	21 (33,9)	41 (66,1)	0,643
Mujer	22 (37,9)	36 (62,1)	
<i>Entorno residencial</i>			
Urbano	27 (33,3)	54 (66,7)	0,410
Rural	16 (41)	23 (59)	
<i>Nivel socioeconómico</i>			
Bajo	39 (35,8)	70 (64,2)	0,969
Medio o alto	4 (36,4)	7 (63,6)	
Factores de riesgo			
<i>Escolares/ educativos</i>			
Sí	12 (28,6)	30 (71,4)	0,223
No	31 (39,7)	47 (60,3)	
<i>Maltrato infantil</i>			
Sí	17 (53,1)	15 (46,9)	0,017 ^a
No	26 (29,5)	62 (70,5)	
<i>Problemas familiares</i>			
Sí	19 (34,5)	36 (65,5)	0,787
No	24 (36,9)	41 (63,1)	
<i>Suicidio de familiar</i>			
Sí	4 (50)	4 (50)	0,387
No	39 (34,8)	73 (65,2)	
<i>Ideación suicida persistente</i>			
Sí	21 (56,8)	16 (43,2)	0,001 ^b
No	22 (26,5)	61 (73,5)	
<i>Plan de suicidio</i>			
Sí	6 (50)	6 (50)	0,281
No	37 (34,3)	71 (65,7)	
<i>Antecedente de violencia o abuso sexual</i>			
Sí	13 (56,5)	10 (43,5)	0,021 ^a
No	30 (30,9)	67 (69,1)	
<i>Antecedente de trastorno psiquiátrico</i>			
Sí	11 (45,8)	13 (54,2)	0,253
No	32 (33,3)	64 (66,7)	
Métodos			
<i>Ahorcamiento</i>			
Sí	18 (46,2)	21 (53,8)	0,102
No	25 (30,9)	56 (69,1)	

Tabla 2 (continuación)

Variable	Reintento (n = 43) n (%)	Sin intentos previos (n = 77) n (%)	Valor de p (χ^2)
<i>Elemento cortopunzante</i>			
Sí	21 (67,7)	10 (32,3)	0,000 ^c
No	22 (24,7)	67 (75,3)	
<i>Lanzamiento al vacío</i>			
Sí	4 (28,6)	10 (71,4)	0,547
No	39 (36,8)	67 (63,2)	
<i>Intoxicación</i>			
Sí	5 (12,2)	36 (87,8)	0,000 ^c
No	38 (48,1)	41 (51,9)	
<i>Tipo de sustancia</i>			
Medicamentos	3 (11,5)	23 (88,5)	0,866
Otras	2 (13,3)	12 (86,7)	

^a p < 0,05.

^b p < 0,005.

^c p < 0,001.

Tabla 3 Modelo de regresión logística bivalente para la estimación de los factores de riesgo de reintento de suicidio en los menores de 12 años en Boyacá

Variable	B	Wald	df	Valor de p	Exp(B) OR	IC 95% Exp(B)
Maltrato infantil	1,827	4,108	1	0,043	6,218	1,062-36,398
Ideación suicida persistente	3,431	12,675	1	0,000	30,912	4,675-204,394
Antecedente de violencia o abuso sexual	2,573	6,421	1	0,011	13,100	1,791-95,829
Elemento cortopunzante	3,838	13,107	1	0,000	46,451	5,815-371,073
Constante	-3,714	17,344	1	0,000	0,024	

*Modelo: $\chi^2 = 49,008$; p < 0,001; R² de Cox y Snell = 0,458.

**Test de Hosmer-Lemeshow: $\chi^2 = 17,88$; p > 0,05.

df: grados de libertad; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Otro aspecto a mencionar es que no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables socio-demográficas. Siendo las diferencias según sexo una de las principalmente reportadas en la literatura. Estudios previos que han investigado la paradoja de género en el suicidio no han encontrado diferencias entre varones y mujeres en la recurrencia de la conducta suicida^{11,18,19}. No obstante, este hallazgo tiene implicaciones importantes para la comprensión de la persistencia de la conducta suicida, ya que parece contravenir los datos existentes sobre los intentos de suicidio y el suicidio consumado en los respectivos sexos²⁰, sobre todo la marcada diferencia entre niños y niñas durante la infancia¹².

Comenzando con el nivel de reincidencia en el IS en la población bajo estudio, encontramos una tasa del 35,8%. Aunque esta tasa es inferior a la reportada en estudios previos realizados en la población infantojuvenil²¹, sigue siendo alarmante por lo precoz de las edades en las que se observan los IS, además de mostrar una tasa de recurrencia del IS infantojuvenil superior a la descrita en otros continentes^{18,22}, lo que hace este problema aún más preocupante y refuerza la necesidad de abordar y prevenir la

conducta suicida en niños pequeños en los países en vías de desarrollo.

Así, los principales factores de riesgo predictores de la reincidencia de IS en niños fueron el maltrato infantil (OR = 6,22; p < 0,05), la ISP (OR = 30,91; p < 0,001), el antecedente de violencia o abuso sexual (OR = 13,10; p < 0,05) y las armas cortopunzantes (OR = 46,45; p < 0,001). Un metaanálisis previo describió la asociación entre las experiencias adversas en la infancia (EAI), como la violencia, el abuso sexual o el maltrato físico, emocional o sexual como predictor de conducta suicida en la infancia⁹, y también se ha demostrado que las EAI se asocian con el desarrollo de problemas emocionales y trastornos psiquiátricos, así como alteraciones neurobiológicas en circuitos importantes para el reconocimiento y regulación de las emociones en el cerebro²³.

En este sentido, trabajos previos han demostrado que el antecedente de abuso y negligencia maternas a los 3 años y la presencia de síntomas psicológicos y problemas de agresión a los 5 años se asocian a un aumento considerable en el riesgo de ideación suicida a los 9 años (OR = 3,50)²⁴. Esto subraya el impacto de las EAI en la salud mental infantil

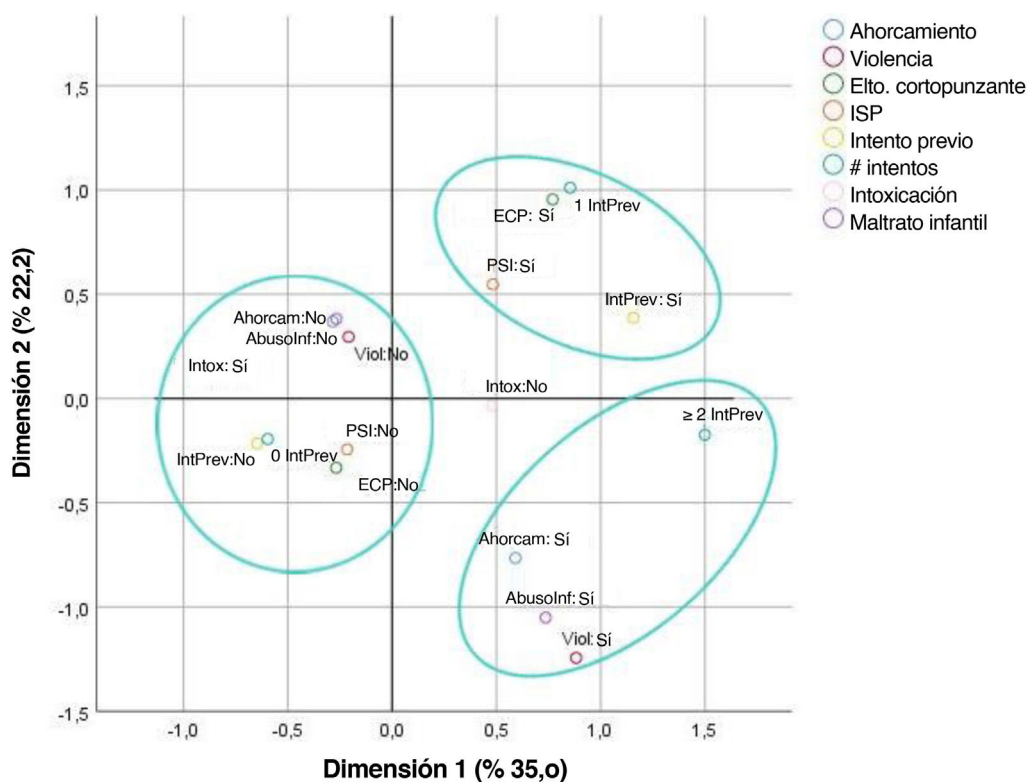


Figura 1 Perfiles de reintento de suicidio en la población infantil en Boyacá, Colombia, 2018-2023. Variables incluidas: violencia (antecedente de violencia o abuso sexual). ISP: ideación suicida persistente. # intentos (0 = cero intentos previos; 1 = un intento previo; 2 = 2 o más intentos previos), maltrato infantil, ahorcamiento, intoxicación y elemento cortopunzante. Opciones de respuesta: 0, No; 1, Sí.

y evidencia la necesidad tanto de implementar estrategias preventivas para afrontar todos los tipos de maltrato o abuso infantil y de violencia contra la infancia para evitar el desarrollo de trastornos psiquiátricos y conductas suicidas precoces²⁵, como de abordar el manejo de ambos para reducir la recurrencia de IS en niños.

Conviene señalar que, aunque la presencia de un diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico se asoció a un porcentaje mayor de RIS (45,8%), las diferencias en esta variable no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Esto podría atribuirse a su infrarregistro, dadas las limitaciones de la metodología de la documentación diagnóstica en el formulario INS.356, por lo que sería recomendable mejorar los protocolos de notificación e investigar la etiología y papel mediador de diversos trastornos psiquiátricos en la conducta suicida infantil y su recurrencia.

El perfil inicial, denominado «primer intento suicida» porque se observa en niños sin intentos previos de suicidio, incluye casos con mecanismo de intoxicación y sin ISP ni antecedente de violencia o maltrato, por lo que es un acto con causas indefinidas. Los autores de un estudio previo que analizó los IS con mecanismo de intoxicación señalaron que factores como la inmadurez cognitiva y la impulsividad propia de la edad podrían ser determinantes en el desarrollo de conductas suicidas²⁶, aunque se precisa más investigación al respecto.

El segundo perfil, denominado «un intento previo», se caracterizaba por el uso de elementos cortopunzantes y la presencia de ISP. Esto muestra una evolución de la

conducta suicida infantil, desde los actos impulsivos del primer intento a pensamientos cada vez más complejos sobre la muerte y el uso de métodos más letales. Si bien tradicionalmente ha habido una creencia generalizada de que los niños no piensan realmente en la muerte o el suicidio, la literatura reciente cuestiona este prejuicio y demuestra que varios factores biopsicosociales que afectan a la salud mental de los niños pueden generar una comprensión madura de la muerte y el suicidio a edades tempranas^{23,27,28}.

El último perfil, «2 o más intentos previos», incluyó el ahorcamiento como mecanismo principal y el antecedente de violencia o abuso sexual y maltrato infantil, coincidiendo con estudios previos que identificaron el ahorcamiento como el método asociado con el mayor riesgo de suicidio consumado en esta población²⁹, así como la asociación de las EAI, principalmente el maltrato infantil ($OR = 2,62$)³⁰, con la conducta suicida pediátrica^{31,32}.

Por último, teniendo en cuenta que una gran proporción de casos de conducta suicida en niños son detectados y notificados en servicios de urgencias, y que las estrategias preventivas que solo implican intervenciones en este entorno y no ofrecen continuidad o seguimiento de la atención se han mostrado insuficientes para prevenir la recurrencia del IS en la infancia³³, se requieren intervenciones que se extiendan más allá del individuo e integren los entornos familiar y social para prevenir el RIS en la población infantojuvenil³⁴.

La principal fortaleza del estudio fue la incorporación de una variable escasamente estudiada, la recurrencia en la

conducta suicida infantil, lo que puede abrir las puertas a otras investigaciones sobre el tema y mejorar así las estrategias de prevención y manejo del suicidio pediátrico. Este análisis representa un primer paso que puede ser aplicable y tener validez externa en entornos sociodemográficos similares.

Las limitaciones del presente estudio están relacionadas con la calidad y profundidad de la información analizada, ya que el uso de datos secundarios conllevó una pérdida evidente de información sobre variables importantes, como el género y su expresión, o factores personales como la impulsividad.

Asimismo, para algunas de las variables bajo estudio se carecía de un método estandarizado con el que determinar la presencia o ausencia de factores de riesgo, como el maltrato o el abuso infantil, por lo que los datos disponibles al respecto dependían de la calidad de la entrevista realizada por el profesional que efectuaba la notificación. De manera similar, en el caso de que haya registrado un diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico, no es posible determinar la calidad y formalidad del diagnóstico realizado, lo que también puede limitar la identificación de trastornos con una asociación crucial con la conducta suicida infantil, como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o los trastornos de conducta.

En este sentido, sería recomendable que estudios futuros investigaran, con base en datos primarios, las variables asociadas con el RIS en la infancia, como los rasgos de personalidad (p. ej., impulsividad o agresividad), el sexo, trastornos psiquiátricos específicos y distintos tipos de violencia y abuso.

Conclusión

Históricamente, la investigación sobre la conducta suicida en niños menores de 12 años ha sido escasa, probablemente debido a la creencia general de que a estas edades no hay una concepción clara de la muerte o el suicidio. No obstante, se ha observado que diversos factores pueden dar lugar a una voluntad clara de fallecer por suicidio en la infancia, y el espectro suicida pediátrico temprano es un problema real sobre el que diversas variables, como la reincidencia, no han sido suficientemente estudiadas.

En el presente estudio, los factores que predecían el RIS en este grupo etario fueron el antecedente de violencia o abuso sexual, el maltrato infantil, la ISP y el uso de elementos cortopunzantes, que permitieron la definición de 3 perfiles de intento suicida en la infancia: «primer intento suicida», con mecanismo de intoxicación y ausencia de ELA y de ISP, seguido del perfil de «un intento previo», con presencia de ISP y uso de elementos cortopunzantes, y por último el perfil de «2 o más intentos previos» caracterizado por el antecedente de violencia, abuso sexual, maltrato infantil y el uso de mecanismos más letales como el ahorcamiento. Estos hallazgos evidencian la necesidad de intervenir en el entorno social y familiar en las estrategias de prevención del RIS infantil.

Consideraciones éticas

En el estudio se analizó información anonimizada, respetándose los estándares éticos de la investigación en salud.

El manuscrito no incluye datos clínicos o personales de los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a Martín Barrera y Angélica González por su apoyo y consejo, así como al Equipo de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría de Salud de Boyacá por proporcionarnos los datos empleados en el presente estudio.

Bibliografía

1. OMS. Suicide. Ginebra; 2021 [consultado 20 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Reliford AO. Suicide and Suicidal Behaviors in Minoritized Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2023;62:105–45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2023.07.602>.
3. Palacios C. Suicide behaviour in Colombia. *Rev Colomb Psiquiat.* 2018;47:139, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2018.06.001>.
4. Instituto Colombiano de Medicina Legal. Forensis. Datos para la vida. 2019 [consultado 19 May 2024]. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
5. Mosquera V. Instituto Nacional de Salud. 2024 [consultado 18 May 2024]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>.
6. López P, Pedreira P, Martínez-Sánchez L, Cruz J, de Luna C, Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *An Pediat.* 2023;98:204–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.006>.
7. Bersia M, Koumantakis E, Berchiolla 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, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101705>, 101705.
8. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Rev Psicol Clín Niños Adolesc.* 2016;3:9–18 [consultado 20 May 2024]. Disponible en: https://revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
9. Soole R, Kölves K, de Leo D. Suicide in Children: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2015;19:285–304, <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2014.996694>.
10. Bilsen J. Suicide and youth: Risk factors. *Front Psychiatry.* 2018;9:540, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>.
11. 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, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2023.06.003>.
12. González C. Factores diferenciados según sexo del intento suicida en infantes menores de 11 años en Boyacá, Colombia, entre los años 2018 y 2022. *Rev Colomb Psiquiat.* 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2024.03.009>.
13. Sivigila. Ficha de Notificación Individual INS:356 Intento de Suicidio. 2016 [consultado 28 May 2024]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador/Lineamientos/356.IntentodeSuicidio.2019.pdf>

14. Decreto 655/2022. Presidente de la República de Colombia. 2022 [consultado 25 Jun 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=186066>
15. Ley 142/1994 Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia; 1994 [consultado 25 Jun 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=2752>
16. Turecki G, Brent D, Gunnell D, O'Connor R, Oquendo M, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5:74, <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>.
17. Gutiérrez A, Araújo L, Rojas-Bernal L, Rodríguez C. Factores de riesgo asociados al intento e ideación suicida en niños y adolescentes durante la pandemia COVID-19: una revisión sistemática de la literatura y metaanálisis 2020-2022. *Rev Colomb Psiquiat*. 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2024.03.005>.
18. Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C, Verge-Muñoz M, Esnaola-Letemendia K, Palao-Vidal D, Villar-Cabeza F. Predictors of Suicide Re-Attempt in a Spanish Adolescent Population after 12 Months' Follow-Up. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:7566, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19137566>.
19. Alvis L, Soto A, Grisales H. El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio. *Rev Crim*. 2017;59:81-92 [consultado 20 May 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-31082017000200081&script=sci.arttext>
20. Shelef L. The gender paradox: Do men differ from women in suicidal behavior? *J Mens Health*. 2021;17:22-9, <http://dx.doi.org/10.31083/jomh.2021.099>.
21. Velásquez-Vélez A, Medina-Tamayo M, Pérez-Villegas I, Trujillo-Orrego N. Factores psicosociales asociados a la reincidencia de intentos de suicidio en pacientes con enfermedad mental atendidos en el Hospital Mental de Antioquia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2022;40, <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e344793>, e01.
22. Villar F, Castellano-Tejedor C, Verge M, Sánchez B, Blasco-Blasco T. Predictors of Suicide Behavior Relapse in Pediatric Population. *Span J Psychol*. 2018;21:E6, <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2018.7>.
23. Wade M, Wright L, Finegold KE. The effects of early life adversity on children's mental health and cognitive functioning. *Transl Psychiatry*. 2022;12:244, <http://dx.doi.org/10.1038/s41398-022-02001-0>.
24. Paul E. *The Development of Suicidal Ideation and Self-Harm in Childhood and Adolescence*. University. C, editor. New York: Doctoral thesis; 2017.
25. Paul E, Ortin A. Psychopathological mechanisms of early neglect and abuse on suicidal ideation and self-harm in middle childhood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28:1311-9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-019-01287-8>.
26. Spagnuolo G, Alfieri D, Guidoni C, Giroto E. Factors Associated With the Severity of Suicide Attempts by Poisoning in Adolescents. *Rev Colomb Psiquiat*. 2024;1-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2024.03.008>.
27. Geoffroy M, Bouchard S, Per M, Khoury B, Chartrand E, Renaud J, et al. Prevalence of suicidal ideation and self-harm behaviours in children aged 12 years and younger: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2022;9:703-14, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00193-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00193-6).
28. Covarrubias M, Soltero R, Sánchez L, Rivera M, Pavón D. Pensamientos de muerte e ideación suicida en niños y niñas mexicanos de 6 a 11 años. *Uaricha, Rev Psico*. 2017;14:20-30, <http://dx.doi.org/10.35830/urp.v14i32.148>.
29. Ruch D, Heck K, Sheftall A, Fontanella C, Stevens J, Zhu M, et al. Characteristics and precipitating circumstances of suicide among children aged 5 to 11 years in the United States, 2013-2017. *JAMA Netw Open*. 2021;4, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.15683>, e2115683.
30. Liu RT, Walsh RF, Sheehan AE, Cheek SM, Sanzari CM. Prevalence and correlates of suicide and nonsuicidal self-injury in children: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79:718-26, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1256>.
31. Finzi R, Ram A, Shnit D, Har-Even D, Tyano S, Weizman A. Depressive symptoms and suicidality in physically abused children. *Am J Orthopsychiatry*. 2001;71:98-107, <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.71.1.98>.
32. Itzhaky L, Gratch I, Galfalvy H, Keilp J, Burke A, Oquendo M, et al. Psychosocial risk factors and outcomes associated with suicide attempts in childhood: A retrospective study. *J Psychiatr Res*. 2020;125:129-35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.03.008>.
33. Balasa R, Lightfoot S, Cleverley K, Stremmler R, Szatmari P, Alidina Z, et al. Effectiveness of emergency department-based and initiated youth suicide prevention interventions: A systematic review. *PLoS One*. 2023;18, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0289035>, e0289035.
34. Mirkovic B, Cohen D, Garny de la Rivière S, Pellerin H, Guilé JM, Consoli A, et al. Repeating a suicide attempt during adolescence: Risk and protective factors 12 months after hospitalization. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29:1729-40, <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-020-01491-x>.