

**UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREU” DE LAS VILLAS  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**Tesis en opción al Título de Máster en Psicopedagogía**



**Necesidades educativas del personal de salud, docente y familiares que atienden a escolares con intento suicida en Santa Clara**

**Autor: Lic. Salvador Pérez Abreu  
Tutora: Dra C. Dunia M. Ferrer Lozano**

**Santa Clara  
Curso 2018-2019**

## **Dedicatoria**

A Dios ante todo.

A mi madre donde esté por infundir la fuerza necesaria para continuar.

Especialmente a mis amigos de la Maestría.

A todos los que me aprecian por mi sacrificio, por mantener en mí la esperanza, la fe y el amor.

## **Agradecimientos**

A todos aquellos que han sido considerados parte de mi familia.

A mis colegas de la Maestría por todo el amor que me profesan.

A mi tutora, la Dra. Dunia M. Ferrer Lozano, por brindarme su apoyo, por su sabiduría y profesionalidad.

A todos los profesores de los diversos módulos que me han guiado.

A los niños y sus familiares que participaron en la investigación.

A todos los que de una manera u otra contribuyeron.

**“Es un crimen no oponer a la muerte todos los  
obstáculos posibles”**

**José Martí, 1878.**

## **RESUMEN**

**Introducción:** Entre las principales alternativas para la prevención de la conducta suicida infantil en Cuba, se reconoce la importancia de capacitar y preparar al personal de las instituciones educativas y de la atención primaria de salud en procedimientos efectivos para la atención directa a menores con estos comportamientos.

**Objetivo:** Caracterizar las necesidades educativas que presenta el personal de salud, los docentes y familiares que intervienen en el proceso de atención a escolares reportados con intento suicida en el municipio de Santa Clara durante el 2017.

**Metodología:** Se partió de un enfoque mixto, de tipo anidado concurrente de modelo dominante cualitativo, para el desarrollo de un estudio con alcance descriptivo y a través del método estudio de casos. Se trabajó con una muestra no probabilística; compuesta por 4 maestros, 3 profesionales de la salud y las madres de los 2 menores reportados estadísticamente con intento suicida. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas y cuestionarios diseñados *ad hoc*. Los resultados se procesaron a través del análisis de contenido, aunque las respuestas del cuestionario se analizaron a través de estadística descriptiva.

**Resultados:** Las necesidades educativas se relacionan con la exploración de la ideación suicida y la comunicación directa con el menor. Particularmente, los familiares desconocen sobre el manejo familiar, los maestros sobre el trabajo educativo en la institución y la orientación familiar, mientras los médicos desconocen sobre el manejo preventivo intersectorial.

**Conclusiones:** Los resultados demuestran la necesidad de capacitación de docentes, médicos y familiares sobre el adecuado manejo de escolares con intento suicida.

**Palabras claves:** Necesidades educativas; Maestros; Intento suicida; Escolares; Prevención del suicidio.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Among the main alternatives for the prevention of child suicidal behavior in Cuba, the importance of training and preparing personnel in educational institutions and primary health care in effective procedures for direct attention to children with these behaviors is recognized. .

**Objective:** To characterize the educational needs presented by health personnel, teachers and family members involved in the process of attending schoolchildren reported to have committed suicide in the municipality of Santa Clara during 2017.

**Methodology:** We started from a mixed approach, of a concurrent nested type of qualitative dominant model, for the development of a study with descriptive scope and through the case study method. We worked with a non-probabilistic sample; composed of 4 teachers, 3 health professionals and the mothers of the 2 minors reported statistically with suicide attempt. Semi-structured interviews and questionnaires designed ad hoc were applied. The results were processed through the content analysis, although the responses of the questionnaire were analyzed through descriptive statistics.

**Results:** The educational needs are related to the exploration of suicidal ideation and direct communication with the minor. In particular, relatives do not know about family management, teachers about educational work in the institution and family counseling, while doctors do not know about preventive intersectoral management.

**Conclusions:** The results demonstrate the need for training of teachers, doctors and family members on the proper management of schoolchildren with suicide attempts.

**Keywords:** Educational needs; Teachers; Suicidal attempt; Schoolchildren Prevention of suicide.

# Contenido

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	7
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
1.1 El suicidio, concepto, principales métodos. Breve reseña histórica.....	7
1.2 El intento suicida como problemática social y los indicadores de riesgo psicosocial en niños ...	10
1.3 Factores de riesgos asociados al intento suicida en escolares de primaria.....	16
1.4 Necesidades de formación en diferentes agentes sociales para la atención al intento suicida. Un análisis desde la familia y la escuela.....	19
CAPÍTULO II .....	25
CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS .....	25
2.1 Paradigma de investigación y tipo de estudio .....	25
2.2 Selección de la muestra.....	26
2.3 Definición conceptual y operacionalización de la variable.....	28
2.4 Técnicas aplicadas para la recogida de información .....	29
2.5 Procesamiento y análisis de los datos.....	30
2.6 Procedimientos éticos en el proceso investigativo .....	30
CAPITULO III.....	32
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	32
3.1 Análisis de las necesidades educativas de las familias de escolares con intento suicida .....	32
Cuestionario Familiar Escolar 1 .....	32
Cuestionario Familiar Escolar 2.....	33
3.2 Análisis de las necesidades educativas de personal docente de escolares con intento suicida ....	34
Cuestionario a Maestra Escolar 1 .....	35
Cuestionario a Maestra Escolar 2.....	36
Cuestionario a otro personal de institución educativa Escolares 1 y 2.....	37
3.3 Análisis de las necesidades educativas de los especialistas en salud .....	40
Entrevista a Psiquiatra Escolar 1 y 2.....	40
Entrevista a especialistas de salud Escolar 1.....	41
Entrevista a especialistas de salud Escolar 2.....	42
3.4 Análisis Integrador .....	43
CONCLUSIONES .....	48
RECOMENDACIONES .....	49
REFERENCIAS .....	50

ANEXOS.....	i
Anexo 1 .....	i
Anexo 2 .....	iii
Anexo 3 .....	v
Anexo 4 .....	viii
Anexo 5 .....	ix



## INTRODUCCIÓN

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, variando sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente; encontrándose datos desde las civilizaciones más antiguas. Este es un fenómeno social que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros (Árales, Hernández, Álvarez y Cañizares, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ratificó recientemente al suicidio, en su Nota Descriptiva No. 398, como la problemática de salud que describe el mayor nivel de expresión de la violencia. Se define científicamente como el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria y deliberada; en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto conducta suicida: la idea suicida, el intento suicida y el suicidio en sí (OMS, 2015; citado en Martín, Martínez y Ferrer, 2017).

El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. El intento suicida, también conocida como tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, es considerado como aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo (Ridel, 1990).

La conducta suicida ha sido considerada una urgencia psiquiátrica, entendiéndose como tal “aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta (ambos con sus dimensiones objetivas y subjetivas) son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente” (Bulbena, 1991, p. 714).

En este sentido, al significar un riesgo de vida para el individuo que presenta la conducta suicida, representa una urgencia. Es por esta misma razón que el tratamiento que se le ha dado al intento suicida ha priorizado el abordaje médico, evaluando la gravedad de este hecho en estos términos. Esto, dado que el intento suicida implica un estado riesgoso para el organismo del individuo, el cual debe ser tratado médicamente con el fin de reestablecer el equilibrio del funcionamiento orgánico, se lleva a cabo generalmente en instituciones de atención de salud, y por médicos de especialidades diferentes a la Psiquiatría (Cruz y Roa, 2005).

Actualmente el intento suicida es considerado como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un contínuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio consumado (Peña, Casas, Padilla, Arencibia y Gallardo, 2002). Su incremento en escolares y adolescentes en la actualidad ha provocado un gran interés en los profesionales de la salud, pedagogos, padres y otros grupos sociales por estudiar las causas de estas conductas (Martínez, Moracen, Madrigal y Almenaga, 1998).

El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo etario de 15 a 24 años de edad en toda Latinoamérica y Estados Unidos, reportándose que por cada suicidio se producen de 10 a 15 intentos suicidas, y es mayor su relación para los adolescentes (Dieste, Álvarez, Carrillo, Cabrera, y Díaz, 1998).

En el caso de las conductas suicidas en escolares y adolescentes, históricamente ha habido una tendencia a minorizarlas o, incluso, a negar su ocurrencia, lo cual se ha traducido en registros estadísticos que no reflejan lo real de esta problemática (Mardomingo, 1998; Montenegro & Guajardo, 2000). Pese a esta tendencia, se ha notado un incremento de este fenómeno en la niñez y adolescencia (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000).

A partir de este hecho, ha comenzado a considerarse a la conducta suicida en estas etapas del desarrollo, como un problema de salud pública debido a la alta demanda de recursos profesionales y financieros que representa para los sistemas de salud (Centers for Disease Control and Prevention, 2002; citado en Huey, Henggeler, Rowland et al., 2004), surgiendo la necesidad de plantear diseños de intervención dirigidos a los grupos de riesgo que contemplen además la baja adherencia al tratamiento de estos individuos (De la Barra, 1989).

En la actualidad, el estudio de este fenómeno es objeto de atención por la comunidad científica internacional, con notables publicaciones e investigaciones de corte clínico psicológico-psiquiátrico y epidemiológico (Vega, 2017).

Algunos consideran que el suicidio consumado no aparece antes de los 12 años por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estas conductas.

Los intentos de suicidio en niños son raros comparados con los del adolescente. Solo el 10% de las tentativas de niños y adolescentes acontecen antes de los 12 años, y un 4% antes de los 10 años. Las tentativas son relativamente frecuentes entre los 10 y los 15 años (29%), y

alcanzan su máxima frecuencia entre los 15 y 18 (67%). De este modo, su frecuencia parece aumentar durante la pubertad, y se incrementa progresivamente en los años adolescentes (Vega, 2017).

Al ser considerados como hechos insólitos, los suicidios o intentos de suicidios en los niños, atendiendo a la edad y las características propias de la misma exige no solo tomar en consideración las situaciones o factores de riesgo identificados; si no de un trabajo articulado desde los entornos de socialización (familia, escuela y comunidad), los actores sociales e instituciones públicas para contribuir a una adecuada formación integral del niño.

Muchos de los estudios publicados sobre suicidio infanto-juvenil reconocen que los principales factores de riesgo asociados deben detectarse en el medio familiar: primero la ocurrencia de un intento suicida en el propio menor o en alguno de los familiares, seguido de la vivencia de maltrato intrafamiliar.

Según la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2014), para la identificación del riesgo psicosocial en niños y niñas con intentos de suicidio, deben ser determinados los indicadores necesarios con sus correspondientes características para poder establecer si dichos niños o niñas están en situación de riesgo o no.

El conocimiento por parte de los actores sociales e instituciones públicas y en particular por padres y maestros (entorno familiar y escolar) de dichos indicadores y características, así como de sus necesidades educativas al respecto, posibilitará su superación o autosuperación educativa y un trabajo más objetivo y articulado con los demás factores.

Cuba constituye uno de los 28 países del mundo con un Programa Nacional de Atención a la Conducta Suicida en el Ministerio de Salud Pública, que basado en un enfoque multidisciplinario y desde la visión contemporánea de la Psiquiatría Comunitaria y la Medicina Familiar plantea como objetivo principal: reducir la morbilidad por intento suicida y la mortalidad por suicidio. La base operativa de dicho programa de prevención comienza por un registro unificado de los datos primarios de suicidio, que estadísticamente se extraen de todas las unidades del Sistema Nacional de Salud como una enfermedad de declaración obligatoria y que incluye tanto al suicidio como al intento (OPS, 2016).

Pero aun cuando el Programa establece un organizado mecanismo para el registro de estos datos, se evidencia en el reporte y notificación de la conducta suicida en población infanto-juvenil una invisibilización que dificulta en la actualidad una real estratificación

sociodemográfica del fenómeno y, por tanto, el conocimiento de los profesionales que lo atienden (Martín, Martínez y Ferrer, 2017).

Según el Anuario Estadístico de Salud del Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2018), en Cuba se registró un total de 1565 muertes por lesiones intencionalmente autoinfligidas durante el 2017, para una tasa de 13.9 por cada 100 000 habitantes; lo que se tradujo como la duodécima causa de muerte en la población general. En este informe se reporta además un total de 6 casos, de menores de 14 años, que murieron por esta causa; convirtiéndose en la quinta causa de muerte para este grupo de edad.

Si bien las estadísticas de la conducta suicida siguen siendo conservadoras, en comparación con otras realidades internacionales, es intención de los sistemas de salud y educación velar por el bienestar de la infancia. Indudablemente atentar contra la vida en edades tempranas es un factor preocupante que arroja información no solo sobre las características de la personalidad en formación de los menores y su enfrentamiento a lo cotidiano, sino alerta sobre las influencias que pueden estar recibiendo desde los diferentes agentes de socialización que no siempre juegan su rol de factores protectores y colocan a los menores en situaciones de vulnerabilidad (Martín, Martínez y Ferrer, 2017).

Por su parte, las principales publicaciones académicas realizadas en las revistas médicas cubanas sobre el tema se han centrado fundamentalmente en adolescentes y la descripción epidemiológica de sus conductas suicidas; sin registrar resultados que profundicen en otros factores sociopsicológicos de dichos comportamientos. Algunos de estos estudios (Hernández & Louro, 2015; Rodríguez, Mok, Cuervo, & Rodríguez, 2013), aun cuando han sido con muestras no representativas, giran en torno a la identificación de factores como el funcionamiento familiar y la presencia de alteraciones psicopatológicas como ansiedad y depresión. Quedando fuera otros que pudieran tener un impacto directo en estos comportamientos suicidas y no involucrando de manera sistémica a los diferentes agentes de socialización que influyen sobre esta población infanto-juvenil ya sea en su prevención o atención directa.

Una situación similar a la expuesta anteriormente, tanto en el ámbito internacional como el nacional y relacionada particularmente con el intento suicida en menores de 12 años existe en la provincia de Villa Clara, y específicamente en el contexto de la salud mental de su municipio cabecera, Santa Clara; donde persisten insuficiencias relacionadas con la

profundización desde el punto de vista psicológico y psicopedagógica en esta problemática de salud.

Según reportes estadísticos sobre la situación de salud mental durante el año 2014 en la ciudad de Santa Clara, hubo un aumento de esta problemática de salud en la población infanto-juvenil. Por ejemplo, se reportó un total de 22 suicidios ocurridos del 2004 al 2013 en población menor de 18 años; de ellos 7 ocurrieron en el municipio de Santa Clara (Martín, 2017).

Tomando en consideración la situación antes presentada; es que se hace necesario desarrollar investigaciones cuyos resultados permitan ahondar en la realidad del intento suicida en escolares y su atención desde la escuela y la familia, con vistas a orientar mejor los futuros procesos interventivos.

Las necesidades educativas que presentan los familiares y maestros que intervienen en el proceso de atención a los escolares diagnosticados con intento suicida, deben ser detectadas, controladas y atendidas de inmediato. Por lo que se impone el desarrollo de investigaciones científicas que las identifiquen, para el posterior desarrollo de propuestas que contribuyan a atenuar o eliminar dichas necesidades en pro de una atención de salud integral.

De lo anterior se deriva como problema y objetivo de investigación:

Problema científico:

¿Qué necesidades educativas presenta el personal de salud, docente y familiares que intervienen en el proceso de atención a los escolares reportados con intento suicida en el municipio de Santa Clara?

Objetivo general de la investigación:

Caracterizar las necesidades educativas sobre atención a escolares con conducta suicida, que presenta el personal de salud, los docentes y familiares que intervienen en el proceso de atención a escolares reportados con intento suicida en el municipio de Santa Clara durante el 2017.

Para dar cumplimiento al objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar las necesidades educativas que presentan los familiares que intervienen en el proceso educativo de escolares reportados con intentos suicida en el municipio de Santa Clara durante el 2017.
2. Describir las necesidades educativas relacionadas con la conducta suicida que presenta el personal docente que atiende a estos escolares.
3. Describir las necesidades educativas relacionadas con la atención a escolares con conducta suicida que presenta el personal de la atención primaria de salud encargado de la atención de menores y sus familiares.

De lo anterior se evidencia que los principales aportes de la investigación son en el orden teórico y práctico. Desde el punto de vista teórico están dados en la selección de los elementos esenciales que distinguen las necesidades educativas que presentan los familiares, personal de salud y maestros que intervienen en el proceso de atención a los escolares diagnosticados con intentos suicida y atendidos por salud mental en el municipio de Santa Clara, provincia de Villa Clara durante el año 2017.

El aporte práctico de la investigación radica en una caracterización de las necesidades educativas de estos agentes de socialización, desde la que podrán estructurarse procesos más integrales de atención a dichos escolares.

La tesis se estructura en tres capítulos, Conclusiones, Recomendaciones y Anexos. En el Capítulo I, se abordan los fundamentos teóricos que profundizan en el intento suicida, su expresión en la edad escolar y su contextualización en Cuba. En el Capítulo II se expone la metodología asumida para la determinación de las necesidades educativas que presentan los familiares y maestros que intervienen en el proceso de atención a los escolares con intento suicida, puntualizándose en el paradigma de investigación, alcance del estudio, selección de la muestra y procedimientos e instrumentos que se emplean en la recogida de información. En el Capítulo III se muestra el análisis de los resultados de los diferentes métodos e instrumentos aplicados. Posteriormente encontrará las Conclusiones principales del estudio, así como las Recomendaciones, Referencias y Anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

#### **1.1 El suicidio, concepto, principales métodos. Breve reseña histórica**

Existen varios enigmas considerables en la vida humana y el suicidio es uno de ellos, nadie conoce realmente por qué un ser humano se priva de la vida, y la afirmación de que no hay motivo alguno que sea válido para asumir esa conducta, no resiste ninguna objeción.

Desentrañar los misterios que emanan de la conducta suicida es parte de la ciencia de hoy (Kraus, 2012).

El suicidio (en latín, *suicidium*, de *sui*, sí mismo, y *cidium*, a su vez de *caedēre*, cortar, matar), es el acto por el que una persona, deliberadamente, se provoca la muerte (MedinePlus, 2015).

Por lo general es consecuencia de desesperación, derivada o atribuible a una enfermedad física, enfermedad mental, como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad (París, 2001), el alcoholismo o abuso de sustancias (Hawton y Van, 2009).

Los métodos de suicidio varían por país y están parcialmente relacionados con su disponibilidad. Los más comunes son el ahorcamiento, envenenamiento por plaguicidas o manipulación de armas de fuego. Esta fue la causa de muerte de 842 000 personas en 2013, un considerable aumento en comparación con las 712 000 muertes por esta razón en 1990 (Global Regional, 2015).

Por lo anterior, el suicidio es la décima causa de muerte a nivel mundial (Värnik, 2012). Es más común en hombres que en mujeres; los primeros tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de suicidarse que las últimas (Powell, 2013; Hodgekiss, 2014 y Pérez, 2015).

El suicidio es un fenómeno histórico de la humanidad que ha estado presente en las distintas sociedades y ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada sociedad. En todas las épocas, las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distintas forma; aunque algunas lo evidencian puntos en común (Ecured, 2018).

Por ejemplo los galios consideraban razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. Mientras que las tribus africanas consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se ahorcaba éste; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería; además de enterrar el cuerpo sin los ritos habituales (Ecured, 2018).

En Grecia y Roma las referencias a los suicidios son innumerables y por diversas causas: por conducta heroica y patriótica, por vínculos societarios y solidarios, por fanatismo, por locura, por decreto (Sócrates), suicidio asistido por el senado. Mientras que los Antiguos Cristianos el suicidio era muy raro pues atentaba contra el V mandamiento. En La Biblia aparecen 8 referencias a suicidios: 3 de guerreros para no entregarse al enemigo, 2 en defensa de la patria, 1 al ser herido por una mujer y 2 por decepción (Ecured, 2018).

Elementos que influyeron a que en la Edad Media el suicidio fuera penado severamente por las leyes religiosas. El Concilio de Arlés (año 452) declaró que el suicidio era un crimen. Al igual que el Concilio de Braga (año 563) lo sancionó penalmente al dictaminar que el suicida no fuera honrado con ninguna conmemoración, excluido del camposanto. Lo mismo sucedió en el Concilio de Auxerre (año 578). El cuerpo de los suicidas era trasladado con escarnio, enterrado en la encrucijada de los caminos, su memoria difamada y sus bienes confiscados (Ecured, 2018).

Para el siglo XIX, en Europa el suicidio pasó de considerarse causado por un pecado a ser causado por la locura. Por otra parte, se convirtió en el objetivo de comentarios satíricos, como el de El Mikado, musical de Gilbert y Sullivan, que ironizaba sobre la idea de ejecutar a alguien que se había suicidado (Jobes, 2015).

En 1879, la ley inglesa comenzó a distinguir entre suicidio y homicidio, aunque el suicidio resultaba en pérdida de los derechos hereditarios (Paperno, 1997). Años después, en 1882, se permitió al suicida recibir un entierro durante las horas de luz (Krishna Mehrotra, 2014). Y para mediados del siglo XX, se descriminalizó el suicidio en la mayor parte de los países occidentales.

En la actualidad, el suicidio es conocido en todas las sociedades. Esta problemática ha sido estudiada desde diversas perspectivas y disciplinas, entre ellas; Historia, Filosofía, Ética, y la Teología, o desde el enfoque de la Psiquiatría, el Psicoanálisis, la Antropología y la



Sociología; también desde la perspectiva económica, geográfica, jurídica o política se ha intentado explicar esta conducta (Herrera y Avilés, 2000).

El problema de salud "suicidio" viene afectando a la humanidad de manera importante en las últimas décadas, las estadísticas oficiales y los centros de tratamientos médicos muestran un aumento de las tasas, sobre todo en los ancianos y los adolescentes (Peña, Casa, Padilla, Arencibia y Gallardo, 2002).

El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. El intento suicida, también conocido como tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, es considerado aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo (Ridel, 1990).

Esta problemática y la importancia de proteger a tan amplio sector de la población y en general la vida humana, llevo a plantear la Proposición sobre el suicidio de los niños y los adolescentes, adoptada por la 43 Asamblea Médica Mundial en Malta, en noviembre de 1991 (ONU, 1991).

En dicho documento, se insiste en los elementos respecto al aumento de la tasa del intento suicida en niños y adolescentes, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, y la presencia de subinformación o subregistros sobre suicidios, debido probablemente a los estigmas culturales, religiosos y sexuales.

Cuba no está exenta de esta problemática en la población infanto-juvenil. El suicidio en las edades de 10 a 19 años ha ocupado en los dos últimos años la tercera y cuarta causa de muerte. Por ejemplo, en el Anuario estadístico de Salud del 2011, se reporta que durante el año 2010 existió una tasa de 2,9 por 10 000 habitantes en las edades de 10 a 19 años, ocupando la tercera causa de muerte para este grupo de edades; mientras que en el año 2011 presentó una tasa de 2,7 para pasar a la cuarta causa de muerte es esta población (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Según describe Cruz, Moreira y Orraca (2012) en su artículo, la conducta asociada al suicidio contempla desde las ideas de muerte hasta el suicidio consumado y que a lo largo de los años se han realizado esfuerzos para unificar la nomenclatura y facilitar la investigación en esta área.

En este sentido, se ha descrito asociación de la conducta con intencionalidad de morir, conducta autolesiva y grado de letalidad, y en base a esto, se han desarrollado definiciones operativas de suicidio (Mederos, Casas, Melis y Pullós y Orraca, 2011; Aguilar, Perera, Ezquivel y Barreto, 2008). Otros autores la refieren como la acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad y el método empleado (García, Piñeda y Almaguer, 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la conducta suicida en sus diferentes formas constituye un serio problema de Salud Pública, ya que se encuentra dentro de las 10 primeras causas de mortalidad general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes (OMS, 2014).

Las estadísticas acerca de los suicidios son alarmantes, se plantea que una persona muere en el mundo por suicidio cada 40 segundos y un millón de personas por año, cifra esta mayor que la suma de víctimas de guerras y homicidios, y es un problema que se agrava, según un informe de la OMS publicado en Ginebra (OMS, 2014).

Esta organización asegura que en los últimos años la tasa ha aumentado en 60 % en algunos países. Mientras que ocurren 20 millones de tentativas por año y que el 5 % de las personas en el mundo hacen una tentativa de suicidio por lo menos una vez en su vida (OMS, 2014).

Subraya además que hay tres veces más suicidios en hombres, y por el contrario hay tres veces más intentos de suicidio en las mujeres. Esta disparidad entre ambas estadísticas según género se explica por el hecho de que los hombres emplean métodos más radicales que las mujeres para morir (OMS, 2014).

## **1.2 El intento suicida como problemática social y los indicadores de riesgo psicosocial en niños**

El intento suicida en escolares se ha convertido en un problema de salud, observándose un dramático incremento de sus tasas, fundamentalmente en el varón, las explicaciones que se ha dado a este fenómeno desde el punto de vista social son: el reflejo de los cambios sociales, una mayor disponibilidad de medios, el incremento de estos medios, el abuso del alcohol y otras drogas porteras legales e incluso ilegales.

En el apartado de los factores sociales resulta obligada la referencia a la obra “El Suicidio” de Durkheim, (1971) sociólogo francés burgués que destacó el importante papel de los factores sociales en el desencadenamiento de conductas e intentos suicidas.

Según el propio autor, el suicidio era un problema mucho más social que psicológico, ya que, según él, el hombre está desbordado por una realidad circundante que es la colectividad en la que está inmerso, quiéralo o no (Durkheim, 1971).

Sin embargo, el mismo autor añadió que dichos incrementos no se podían explicar simplemente por un empobrecimiento de la población ya que ciertos períodos de prosperidad podían también acompañarse de incrementos en las tasas de suicidios (Durkheim, 1971).

Para poder explicarlos, Durkheim recurrió a la noción de anomia, concepto clave de la sociología que, sin embargo, ha sido usado con significados diferentes. La anomia, en esta primera acepción, es expresión de una crisis de diferenciación, que es consecuencia de una división del trabajo coercitiva, que tiene una influencia disolvente en la sociedad (Durkheim, 1971).

Por tanto, en esta primera acepción la anomia sería un vacío de las reglas. En cambio, en la segunda acepción, la que aparece en el suicidio, la anomia es concebida como el fracaso de la norma para regular los comportamientos individuales. En otras palabras, la anomia no sería el resultado de la ausencia de normas, sino el hecho de que éstas hayan perdido eficacia en la sociedad (Durkheim, 1971).

En este caso, la anomia se manifiesta como transgresión de normas por parte de individuos que se resisten a ser integrados en la sociedad. La anomia expresa la incapacidad del individuo para poner coto a sus deseos y traduce la existencia de un tipo de personalidad mórbida a la que lugar la sociedad moderna (Durkheim, 1971).

Los niños han de enfrentarse, pues, a un nuevo marco social que les plantean nuevas exigencias que sólo unos pocos estarán en condiciones de asumir, mientras que otros no.

Para los niños la idea de proyecto tiene escaso o nulo sentido, de ahí que muchos no puedan responder a la pregunta sobre sus planes o expectativas para el futuro, sea material e incluso espiritual. De hecho, ni se la plantean más allá de un ideal de felicidad basado en el nivel económico pero con poca inversión personal.

Es esta configuración social la que constituye un marco que puede favorecer los intentos suicidas, tal como las historias de escolares como de adolescentes que han realizado tentativas o suicidios consumados que por sí solo nos enseñan.

Esto es así debido a la convergencia de diversos tipos de factores de riesgo como los trastornos psiquiátricos, consumos de sustancias, factores sociales, factores inherentes al propio estilo de vida de los individuos según sus normas de convivencia que en la mayoría de los casos contradicen las normas sociales y se genera contradicciones no resueltas a partir del inadecuado funcionamiento niveles en que se da la comunicación diferentes niveles.

No obstante, es preciso añadir que, en ocasiones, el acto de intento suicida se realiza a pesar de una intervención sociopsicológica adecuada y correcta. En cualquier caso, de la desgracia hay que saber extraer las enseñanzas oportunas, lo cual el equipo de trabajo debe saber ganar desde acciones educativas para preservar la salud humana tanto en niños como en adolescentes desde un verdadero proceso de construcción social comunicativa.

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. El primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, “Prevención del suicidio: un imperativo global”, publicado en 2014, procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. También procura alentar y apoyar a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública (OMS, 2014).

El suicidio es una de las condiciones prioritarias del Programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido por la OMS en 2008, que proporciona orientación técnica basada en pruebas científicas con miras a ampliar la prestación de servicios y atención de problemas de salud mental, neurológicos y abuso de sustancias (OMS, 2008).

En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para el 2020 (OMS, 2016).

Otros elementos a tener en cuenta en el intento suicida, son los indicadores de riesgo psicosocial en los niños, según la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2014), estos indicadores de riesgo psicosocial reflejan las situaciones y condiciones que un niño y una niña

experimentan en sus principales espacios de socialización (familia, escuela, comunidad, instituciones).

Son definidos desde sus representaciones sociales y asociados a su auto concepto o auto conocimiento, correlacionados con las opiniones de sus padres, madres, educadores/as y líderes comunitarios. Permiten caracterizar y especificar las condiciones en que se dan las situaciones de riesgo psicosocial, son reconocibles o visibles objetivamente por los equipos técnicos, los responsables de los programas sociales y de las instituciones educativas.

A continuación se presentan los indicadores propuestos para la identificación del riesgo psicosocial en niños con sus principales características, para determinar si los mismos están en situación de riesgo o no.

---

DESDE EL INDIVIDUO	
INDICADORES	CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS
Inicio temprano al trabajo infantil.	Se duermen en el aula o está permanentemente cansados. Se ven obligados a trabajar en la calle o realizar tareas domésticas en vez de jugar y/o estudiar.
Ausentismo escolar frecuente	Faltan al menos una vez a la semana a la escuela sin justificación.
Niños con habilidades diferentes.	Poseen habilidades y/o capacidades diferentes y con necesidades educativas especiales.
Niños víctimas.	Sufren daño o perjuicio proveniente de sus compañeros (burlas, acoso, falta de respeto). Se muestran aislados y tímidos (retraídos). Presentan sentimientos de culpabilidad, tristeza, miedo y/o frustración.
Malas influencias.	Estar en cercanía y/o compañía frecuente de personas en delincuencia, pandillaje, fumando, tomando bebidas alcohólicas, etc. Estar en compañía frecuente de adultos que no pertenecen al núcleo familiar. Con falta de capacidad para soportar la presión del grupo.
Ser agresivo, con	Pelean constantemente.

---

sus padres o hermanos	Se irritan con facilidad.
Limitaciones para sus estudios.	Que no tienen apoyo para el estudio a pesar de privilegiarlo como una de las actividades que más les gusta hacer (después del juego). Que sienten que no tienen capacidad para el estudio (baja autoestima) Que permanentemente no realizan las tareas escolares.
Niño descuidado en su aspecto personal.	Que andan desaliñados, mal vestidos o desaseados. Que presentan signos de tener mala alimentación y/o problemas de salud.
Conductas no esperadas.	Que mienten con frecuencia. Que habla mal de los compañeros. Que engañan a los demás. Que faltan al respeto hacia los demás. Que realizan actos de maltrato y/o falta de respeto por razón de género (hacia el sexo opuesto o hacia el mismo sexo). Que no respetan o hacen respetar su cuerpo. Que se burlan con frecuencia de sus compañeros.

---

**DESDE LA FAMILIA**
**INDICADORES****CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES**

Maltrato psicológico del padre.	Padre que grita o insulta y riñe por cualquier cosa al hijo. Padre que pelea constantemente con el niño/a
Maltrato físico del padre.	Padre que golpea al niño. Padre que castiga y hace sentir culpable y/o humilla a sus hijos.
Maltrato psicológico de la madre	Madre que constantemente grita y reniega y/o insulta por todo a los hijos. Madre que constantemente pierde el control con los hijos cuando están jugando, haciendo sus tareas o cumpliendo con las tareas domésticas asignadas. Madre que golpea al niño. Madre que castiga y hace sentir culpable y/o humilla a sus hijos.

---

**DESDE LA FAMILIA**
**INDICADORES****CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES**

Consumo de	Padre y/o madre que consumen alcohol y/o drogas delante de sus
------------	--

alcohol y/o otras drogas por parte de padres.	hijos. Padre y/o madre que llegan al hogar bajo los efectos del consumo de alcohol y/o otras drogas. Padre que no se interesa por las actividades del niño. Padre que no dedica tiempo alguno para el juego con su hijo.
Ausencia emocional del padre.	Padre que no reconoce esfuerzos ni preocupaciones del niño. Padre que se "olvida del hijo". Hijos que no confían en el padre. Padre que no apoya a los hijos en las tareas escolares ni en las actividades propias de su edad. Padre que no asiste a reuniones escolares ni actuaciones por el día del padre.
Falta de afecto y/o muestras de cariño.	Padre y/o madre que no muestran afecto a los hijos.
Pleitos entre padres.	Padre y madre desunidos, no se entienden ni comprenden. Padres que se pelean y gritan entre sí. Padres que se reclaman o exigen cosas delante de los hijos.
Indiferencia de la madrastra o padrastro.	Falta de afecto o diferencias en las muestras de afecto. Falta de atención o diferencias en las formas de atención.
Ausencia física del padre.	Padre que abandona el hogar y no tiene contacto con sus hijos. Padre que no envía dinero para su manutención o estudios. Padre que no responde a los requerimientos de la madre o de sus hijos.
Embarazo adolescente	Padres excesivamente jóvenes para ejercer sus responsabilidades como tales. Historia familiar de embarazo adolescente (padres, hermanos, parientes cercanos)
Situación económica precaria o inestable.	Padres sin trabajo o con empleos eventuales. Alta rotación de un trabajo a otro. Bajas remuneraciones.

---

#### DESDE EL ENTORNO SOCIAL

##### INDICADORES

##### CARACTERÍSTICAS

Presencia en el barrio de personas con conducta antisocial.	Personas dedicadas al pandillaje. Personas dedicadas los negocios y juegos ilícitos. Personas dedicadas a la prostitución. Personas dedicadas a la delincuencia de manera cotidiana.
Contaminación ambiental	Acumulación de basura en las calles que generan mal aspecto, olores desagradables, presencia de plagas nocivas para la salud, etc. El llamado fracaso escolar, fracaso en los estudios o frustraciones del

---

---

	niño ante el estudio. Las situaciones de acoso (persecución) moral en el ámbito educativo. Rechazo escolar.
Dificultades en el ámbito escolar.	Separación de los compañeros del aula. Presión del grupo de compañeros del aula o aceptación autodestructiva por parte de los mismos. Decepción con los resultados escolares
Insuficientes mecanismos de las instituciones escolares para identificar o intervenir en casos de presencia de riesgo psicosocial	Altas exigencias en la escuela durante los períodos de exámenes Un diagnóstico incompleto de los niños con riesgo psicosocial realizado por los docentes y directivos de la escuela. Una preparación insuficiente de los docentes y directivos de las escuelas para atender a los niños con riesgo psicosocial. El no cumplimiento por los docentes y directivos de lo normado por la instancia superior y planificada por la dirección de la escuela para atender a los niños con riesgo psicosocial. No desarrollar un trabajo coordinado y sistemático entre todos los factores, organismo y organizaciones existentes en la escuela para atender a los niños con riesgo psicosocial.

---

### **1.3 Factores de riesgos asociados al intento suicida en escolares de primaria**

Para el abordaje científico de la conducta suicida infantil, el autor propone incorporar el análisis de la edad como elemento importante que complejiza el análisis de la intencionalidad y la motivación suicida. Debido a que muchos de los especialistas en el tema, aseguran que los comportamientos suicidas en niños menores de 15 años se producen por imitación a las conductas observadas en su medio familiar o escolar.

Después de la crisis de los 7 años, los menores adquieren la vivencia cargada de sentido como característica en la configuración psíquica de su personalidad; que determina el comienzo de la autovaloración, la autoestima y la concepción moral del mundo como procesos que dinamizan la autorregulación personal. Donde el aprendizaje de la muerte como un proceso universal e irrevocable, se estructura a partir de los 8 años aproximadamente por la formación del sentido de vida/muerte como estructura personalógica (de Sousa et al., 2017; Palacios, González, & Padilla; Palacios & Hidalgo; Rodríguez, 2005a; Scott, Crossin, Ogeil, Smith, & Lubman, 2018; Soares, 2011; Soole et al., 2015).

Sumado de esto, muchos de los investigadores en el tema obvian que los niños también describen una amplia manifestación de comportamientos suicidas en sus actos. Desde la ideación, los gestos y amenazas; hasta intentos con métodos que contradicen las estadísticas



existentes como sección de venas y ahorcamientos, con planes suicidas elaborados en muchos casos, otros con repetición de los mismos actos suicidas durante su niñez pero con métodos diferentes y seriedad en la intencionalidad de muerte.

Elementos que confirman el aprendizaje de este tipo de comportamiento de riesgo, y alertan sobre la importancia de realizar estudios que profundicen en la problemática desde un enfoque más psicológico. Pues influye además, la existencia de un predominio de investigaciones con enfoque epidemiológico, sobre la descripción de algunas características de los comportamientos suicidas desarrollados por los menores.

Durante la infancia los factores de riesgo asociados al suicidio deben detectarse, sobre todo, en el medio familiar en el que vive el menor. Pues un amplio grupo de especialistas reconocen que en hogares disfuncionales en el que existen frecuentes discusiones entre padres y demás miembros, se desarrollan conductas suicidas producto del maltrato físico o psicológico como variante de la violencia intrafamiliar (González et al., 2017; Hoytema van Konijnenburg et al., 2017; Sandler, Tein, Wolchik, & Ayers, 2016; Scott et al., 2018; Tang et al., 2018).

Un bajo estatus económico, la falta de apoyo de redes sociales y la lejanía a servicios de sanitarios y educativos de las familias también constituyen indicadores directos de relación con la conducta suicida en los escolares. Pues la presencia de estos indicadores, genera situaciones de estrés y neurosis en la dinámica familiar que se traducen en patrones de violencia con repercusiones directas en la salud psíquica de los menores (Dilillo et al., 2015; Kõlves, 2010).

Gaona, Bohórquez, et al. (2012); Kõlves (2010); Mosquera (2016); Pérez et al. (2014) reconocen que además de tomarse en cuenta la posibilidad de aprendizaje por imitación de los menores que vivencian antecedentes de comportamiento suicida en otros familiares, como el segundo gran factor de riesgo en la dinámica familiar. Deben valorarse: el fácil acceso a medios para suicidarse como medicamentos o armas, antecedentes de abandono o maltrato por negligencia, vivir en comunidades donde ha habido brotes recientes de suicidio en jóvenes y que lleven a conductas imitativas, ruptura sentimental en las relaciones de parejas de los padres como el divorcio y la presencia de conductas adictivas en los propios menores o en sus padres.

Mientras que Cabra, Infante, and Sossa (2010a) y Pérez-González and Pereda (2015) mencionan otros factores de riesgo a intentos de suicidio en escolares que no deben dejarse de tener en cuenta, aunque se produzcan fuera de la dinámica familiar, como el haber sido víctimas de abuso sexual, los fracasos y conflictos escolares, la vivencia de bullying, las enfermedades cónicas incapacitantes, la muerte o separación de personas queridas y los conflictos interpersonales con los iguales.

De manera general, la mayoría de los estudios reconocen que las manifestaciones de maltrato intrafamiliar que vivencian los menores constituyen las principales causas de conducta suicida en estas etapas, sólo antecedido por la ocurrencia de un intento de suicidio previo en el propio menor o en alguno de los familiares con los que convive.

Kölves (2010) refiere, en relación a lo tratado hasta el momento, que un escolar de 8 años es capaz de entender y explicar a los demás el concepto de suicidio. Planteamiento que alerta sobre la importancia de identificar no sólo aquellos factores de riesgo a este tipo de conductas dentro de la dinámica familiar, sino de reconocer además las características psíquicas de un escolar con ideación suicida.

Rodríguez (2005b) describe al respecto como la disforia, la agresividad y la hostilidad, la pobre tolerancia a las frustraciones, la incapaces de prorrogar la satisfacción de los propios deseos y la expresión directa y demandante de atención o afecto constituyen algunas de las características personológicas de estos menores. Refiere además que se manifiestan como “manipuladores, celosos de sus hermanos, susceptibles y rencorosos, pueden expresar ideas suicidas, otras veces son rígidos, meticulosos, tímidos, ansiosos, muy pasivos o retraídos y con una autoestima baja” (p. 183).

Cabra et al. (2010a) reconocen que los pensamientos suicidas son comunes en niños de ambos géneros y no están asociados directamente con la presencia de enfermedades mentales, aunque los trastornos del humor y de ansiedad incrementan el riesgo de ideación suicida. Por su parte, Mayes, Calhoun, Baweja, and Mahr (2015) aseguran que los trastornos depresivos o ansiosos, los retrasos mentales, los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia, seguido de los trastornos de la conducta constituyen las entidades psicopatológicas que se asocian con mayor frecuencia a los intentos de suicidio durante la etapa escolar.

Según Andrade (2012) y Cabra et al. (2010a) previo al acto suicida el niño manifiesta señales relacionadas con cambios en su conducta tanto en la casa como en la escuela. Puede

tornarse pasivo o agresivo, incluyendo pérdida o aumento del apetito, insomnio, enuresis, sueño excesivo o pesadillas, desinterés por el juego y los amigos, redacción de notas de despedida y una frecuente preocupación por la muerte. Generalmente las niñas atentan contra su vida a menor edad que los niños y además, eligen lugares que frecuentan o habitan como el hogar, casas de amigos y el colegio.

Generalmente se observa en niños y adolescentes suicidas, una susceptibilidad marcada frente al estrés, junto al estilo cognitivo y los rasgos de personalidad (debido a factores genéticos hereditarios y también a patrones de familia y situaciones estresantes negativas experimentadas muy temprano en la vida).

Esta susceptibilidad, hace difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida está precedido, a menudo, de algún acontecimiento estresante. Se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios.

Situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (sin serlo necesariamente cuando son evaluadas objetivamente). Los niños y adolescentes vulnerables pueden percibir aún acontecimientos triviales como altamente dañinos y reaccionar con ansiedad y comportamiento caótico, mientras que los jóvenes suicidas perciben estas situaciones como amenazas directas contra su propia imagen y sufren un sentimiento de dignidad personal herida.

#### **1.4 Necesidades de formación en diferentes agentes sociales para la atención al intento suicida. Un análisis desde la familia y la escuela.**

Una de las preocupaciones más importantes de la práctica clínica es el manejo de la conducta suicida. Generalmente se asume que los especialistas en salud mental son los únicos responsables del abordaje de estos pacientes. Sin embargo, hoy en día, después de revisar protocolos de muertes por suicidio en Medicina Legal, autores como Guzmán (2006), revelan que muchos de los pacientes que terminan en suicidio consumado nunca han consultado a un psiquiatra.

Por su parte, la literatura muestra que cerca de dos tercios de los pacientes que se suicidan han solicitado algún tipo de atención médica, al menos en una ocasión durante el mes previo a su muerte (Guzmán, 2006). De lo anterior surge la necesidad de entrenar a médicos no

psiquiatras (generales o especialistas) y a personas relacionadas con estos pacientes, en la detección y manejo del riesgo suicida en la vida cotidiana.

Las conductas suicidas suelen ser predecibles y, obviamente, prevenibles, pero, para poderlas prevenir, las personas que están en contacto con los pacientes deben conocer los factores de riesgo de dichas conductas.

En Cuba el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida, que se inició desde 1989, es reevaluado periódicamente, con el propósito de identificar aciertos y desaciertos, y hacerlo más útil y dinámico (Pérez, 2011).

La implementación del mismo con un enfoque comunitario, ha tenido sus logros; sin embargo, todavía subsisten problemas relacionados con la actividad de seguimiento, pronóstico y evaluación como formas del control de su dinámica, además del desconocimiento de su proyección social en muchas ocasiones, lo que dificulta notablemente el accionar participativo desde el contexto educativo (Martín, 2017).

Este programa se centra esencialmente en los especialistas de la salud y salud mental dejando menos atendidos otros actores que ocupan un lugar privilegiado en el manejo efectivo de la problemática del comportamiento suicida, pues conocen al paciente y su entorno social y familiar, lo cual les permite un seguimiento longitudinal, con los recursos disponibles para su reinserción psicosocial, y además, pueden reconocer dicha conducta, detectar al presunto suicida y ejecutar acciones de salud, de forma tal que pueda evitarse.

En la atención al paciente con intento suicida intervienen, por lo tanto, un grupo de actores y profesionales que van a definir el resultado final de este complejo proceso. Cuando se trata de pacientes en edad escolar emergen los profesionales de salud, los maestros y la familia como figuras significativas involucradas en ese resultado.

Se considera que la preparación de maestros y familiares para la atención a escolares que han hecho intento suicida es un tópico poco estudiado, reportándose escasas investigaciones como antecedentes y fundamentalmente a nivel internacional.

En el ámbito nacional el tratamiento del tema ha sido más centrado en la familia, refiriéndola como un espacio donde confluyen un número importante de factores de riesgo que condicionan la aparición del intento y también de su repetición (Herrera y Aviles, 2000; Guibert y Torres, 2001), no reflejándose así datos que ahonden en el análisis de la preparación de este grupo para la atención posterior al paciente en pro de su recuperación.

En el caso de la escuela son incluso más escasos los estudios dirigidos a profundizar en la preparación de la persona del maestro para dar seguimiento, desde el espacio áulico, a un escolar o adolescente que ha hecho intento suicida; a pesar de que el Ministerio de Educación ha establecido prioridades para la elevación de la calidad de vida de los educandos y ha situado a la prevención educativa como herramienta fundamental del trabajo en la escuela como el centro de este propósito.

Existen escasos estudios que impliquen al contexto educativo como protagonista y centro de desarrollo, con el apoyo de la familia y diferentes organizaciones sociales, que ponderen a la prevención educativa a desarrollar una constante actividad integradora entre la Educación como organismo, con la Salud Pública. A pesar de los esfuerzos en nuestra realidad se aprecian acciones fragmentadas con teorías incapaces de lograr la dinámica y movilización necesaria (Martín, 2017).

Al respecto un referente en el contexto nacional se encuentra en la investigación desarrollada por Cuenca y Martínez (2015), con docentes y alumnos de la Secundaria Básica “Juan José Fornet” del Municipio Holguín, en el que se constataron en más del 50% de los maestros estudiados dificultades para identificar conducta de riesgo o familias de riesgo, para trabajar con adolescentes con baja autoestima, para trabajar con el adolescente con intento suicida y para mejorar la conducta a seguir en estudiantes con trastornos de conducta, entre otras.

La prevención educativa de carácter intersectorial ha sido una de las vías que han favorecido el trabajo preventivo en la escuela por su concepción multidisciplinaria e integradora, anticipándose a diferentes problemas sociales que entorpecen el normal desarrollo de la personalidad del educando, incluida la prevención de la conducta suicida, aun cuando esta no se ha realizado con la sistematización requerida.

A pesar que el diagnóstico en la escuela tiene el propósito de saber cómo son sus alumnos, atendiendo a un conjunto de indicadores que facilitan obtener la información necesaria, no se exploran los pensamientos y sentimientos reprimidos de los educandos relacionados con su salud mental, obviando el carácter integral que debe de tener el mismo.

El maestro es posiblemente el profesional que más profundamente puede enfrentar la labor preventiva, pero que a su vez tiene mayor necesidad de perfeccionar su preparación y formación, para responder al menos a tres exigencias básicas: el propio desarrollo personal en

cuanto a cualidades que le permitan ofrecer un modelo educativo positivo, conocimientos científicos, y conocimientos psicopedagógicos que le conlleven a solucionar la problemática de la realidad educativa (Perdomo, Gómez y Gómez, 2017).

Es por ello que se pondera, su formación permanente, que responda a sus necesidades profesionales, intercambio de experiencias, autonomía pedagógica y organizativa para poner en práctica sus valoraciones y criterios para el logro de un adecuado trabajo educativo (Perdomo, Gómez y Gómez, 2017).

Por su parte, la familia, como agente de socialización trascendental en la etapa, tiene una responsabilidad importante en la educación de la personalidad de su descendencia, la que combina con dudas y también necesidad de información no solo para manejar las crisis normativas y paranormativas como grupo sino también para atender a las necesidades que emergen de los menores.

En contraste con lo anterior el entorno educativo familiar y escolar constituye un espacio privilegiado para la prevención y detección de las diferentes manifestaciones de riesgo, por lo que identificar las necesidades de preparación de ambos actores con vistas a ofrecer una mejor atención constituye una emergencia investigativa.

Desde el punto de vista psicológico, la necesidad es la carencia o deseo de algo que se experimenta con un determinado grado de excitabilidad o tensión y que se calmará con la satisfacción de la misma, es decir, con la obtención de la meta (Calviño, 2002).

La necesidad es un estado de la persona que expresa su dependencia de las condiciones concretas de existencia, la cual actúa de estimulante para la actividad del hombre (Petrovsky; citado en Calviño, 2002).

Las necesidades de preparación han sido abordadas indistintamente en la literatura científica como necesidades de capacitación, de formación o de aprendizaje. En el primer caso, más propio del ámbito laboral-organizacional, en el segundo, más empleado en contextos educativos y en el tercero propio de investigaciones realizadas en el ámbito de la salud.

En cualquiera de sus acepciones, se refiere esencialmente a las demandas de información que emergen a partir del contraste entre el desempeño ideal y el real, bien sea para un individuo o un grupo determinado.

Constituyen el punto de partida para la búsqueda de conocimientos, el desarrollo de habilidades, que contribuyan a la transformación cualitativa de la atención que se ofrece. Su oportuna identificación, es una herramienta de la educación permanente y la atención integral en pro de una mayor calidad de vida.

Una necesidad de formación surge cuando una función o tarea requerida no se realiza (o no se podría realizar), con la calidad necesaria, porque quienes deben efectuarla no disponen de ciertos saberes (conocimientos, habilidades o actitudes) requeridos para su ejecución en dicho nivel (Blake, 2000).

En el campo de la formación docente, Marcelo (1995), recoge el aporte de Montero (1987), quien entiende que los profesores perciben necesidades; las llama necesidades formativas y las define como los deseos, problemas, carencias y deficiencias que perciben los profesores cuando enseñan.

Se entiende por análisis de necesidades de formación, todos aquellos trabajos de identificación y diagnóstico de problemas presentes (y futuros) que afectan el desempeño efectivo de un individuo, grupo o institución, a los que se puede dar respuesta total o parcial, mediante la articulación de un Plan de Formación.

Las necesidades de formación pueden ser de cuatro tipos (Instituto Aragonés de Empleo, s/f.):

Deficiencia de conocimiento. El individuo no sabe cómo realizar su trabajo o tarea, es decir, carece de los conocimientos suficientes para llevarlo a término con éxito. Se trata de una deficiencia solucionable con formación.

Deficiencia de ejecución. El individuo posee los conocimientos necesarios para llevar a término su trabajo o tarea, aunque existen diferencias entre lo que está haciendo y lo que realmente debe hacer. Esta deficiencia está producida por causas como falta de motivación (lo que afecta su rendimiento), por falta de organización y planificación, lo cual le impide una realización satisfactoria. En estos tipos de problemas la formación, por sí sola, no ayuda, siendo necesario aplicar otras soluciones.

Deficiencias prácticas. El individuo tiene los conocimientos suficientes para llevar a cabo su trabajo o tarea, pero no sabe cómo ponerlo en práctica. La falta de práctica es solucionable con formación.

Deficiencias culturales. El individuo tiene los conocimientos suficientes para llevar a cabo su trabajo o tarea y sabe cómo se ejecuta pero existen condicionantes culturales que reducen su eficacia. Estas deficiencias pueden estar asociadas a la valoración personal de determinadas prácticas. Una formación adecuada proporcionará al individuo la seguridad necesaria para desenvolverse con éxito.

Autores como Stufflebeam et al. (1984); Tejedor (1990); Kaufman (1972) y Gairín (1995), observan el concepto de necesidad formativa como un concepto complejo, multidimensional y dinámico que puede ser analizado desde diferentes perspectivas:

- el concepto de necesidad basado en la discrepancia: necesidad normativa o prescriptiva. Este concepto define la necesidad como la diferencia entre lo que cada uno es o tiene y lo que los otros consideran que debería ser o tener.
- el concepto de necesidad basado en el problema: necesidad sentida. Se basa en la dificultad que tienen los propios agentes: en lo que observan, sienten y expresan los protagonistas de la acción.

Esta mirada considera que para planificar cualquier formación hay que tener presentes las necesidades sentidas por los propios agentes que participarán en la misma. Si la formación contempla los problemas planteados por los protagonistas y está diseñada para ofrecer respuestas a los problemas evidenciados, tendrá una mayor garantía de éxito.



## **CAPÍTULO II**

### **CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS**

#### **2.1 Paradigma de investigación y tipo de estudio**

La investigación parte de un paradigma metodológico mixto para el desarrollo de un estudio no experimental, transversal, de tipo anidado concurrente de modelo dominante cualitativo, con alcance descriptivo y a través del método estudio de casos; según propuesta de Hernández, Fernández, y Baptista (2014).

El enfoque mixto permite el empleo de un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta. Su objetivo es realizar inferencias provenientes de la información recabada y lograr una comprensión integral del fenómeno bajo estudio.

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) definen los estudios anidados concurrentes de modelo dominante como investigaciones donde se realiza una recolección simultánea de datos cuantitativos y cualitativos, pero predomina un enfoque que guía el proyecto y donde se inserta o anida el otro enfoque. En la investigación domina el enfoque cualitativo a través del método estudio de caso, donde se incrusta el enfoque cuantitativo a través de algunos análisis que permitieron la generalización de las principales necesidades educativas de los agentes de socialización sobre la atención de los menores con intento suicida.

El estudio de casos consiste en un método o técnica de investigación, habitualmente utilizado en las ciencias de la salud y sociales, el cual se caracteriza por precisar de un proceso de búsqueda e indagación, así como el análisis sistemático de uno o varios casos. Esta metodología es considerada como un método de investigación cualitativo, puesto que el desarrollo de esta se centra en el estudio exhaustivo de un fenómeno (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). El método empleado en esta investigación, según propuesta de Rodríguez, Gil & García (2002), se diseñó como un estudio de caso múltiple, inclusivo y con alcance exploratorio y descriptivo.

Se definió como múltiple e inclusivo, porque se estudiaron varios casos (dos escolares con intento suicida), donde se incluyeron diversas unidades de análisis como descripción de la conducta suicida, necesidades de aprendizaje de los familiares, especialistas y maestros.

Los estudios exploratorios se emplean cuando el objetivo consiste en examinar un tema que resulta poco estudiado o novedoso. Mientras que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Por tanto, al establecer un vínculo entre los estudios exploratorio y descriptivo, se pretende la caracterización de un cúmulo específico de variables relacionadas con un fenómeno que resulta novedoso y poco estudiado en investigaciones precedentes (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

## **2.2 Selección de la muestra**

Para la selección de los casos se tomaron en cuenta las consideraciones de Hernández, Fernández y Baptista (2014) sobre los tipos de muestreo en investigaciones cualitativas; así como los criterios ofrecidos en el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida, sobre los procedimientos para la atención a población infantil con este tipo de comportamiento de riesgo.

Constituyó un proceso no probabilístico, para la selección de una muestra de casos – tipos. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), en este tipo de muestreo cualitativo se eligen casos de un perfil o prototipo similar, que se consideran representativos de un segmento de la población.

La revisión de las estadísticas municipales sobre comorbilidad por intentos suicidas, permitió identificar tres casos de escolares con intento suicida en la ciudad de Santa Clara durante el período en que se realizó el estudio (de marzo 2017 hasta marzo 2018). De ellos, solo en dos casos pudo corroborarse los datos de localización ofrecidos como información en las Tarjetas de Declaración Obligatoria (dirección, teléfono). Tomando estos dos casos como referencia, la investigación se centró en la descripción de las necesidades educativas de los familiares, maestros y personal de salud que brindan atención a estos niños. Es válido aclarar que ambas escolares pertenecen a la misma área de salud (Policlínico Universitario XX Aniversario) y al mismo centro escolar.

A continuación se ofrecen algunos datos sociodemográficos de los casos y una breve descripción clínica del intento suicida realizado.

### **Escolar 1**

Menor de sexo femenino y 9 años de edad, color de piel blanca, de procedencia urbana, actualmente cursando el cuarto grado de escolaridad primaria, convive sola con la abuela materna.

Realizó un intento suicida mediante la ingestión de medicamentos (psicofármacos) como método empleado, considerado como riesgoso no letal, con gravedad baja y una criticidad posterior al acto de forma inmediata. Como factor desencadenante se describe en la historia clínica, un incidente de discusión con la abuela por desear la menor estar con su mamá. Como factores agravantes se reconoce: convive sola con su abuela materna, con un nivel de vida bajo y escasas condiciones materiales, marginalidad. Familia marcada por crisis familiares como pérdida de seres queridos; así como sujeta a un estilo de vida inadecuado debido fundamentalmente a la existencia recursos económicos bajos. Antecedentes de intento suicida anterior por la madre, falta de una comunicación efectiva con la escolar por parte de la madre biológica, de tal forma que la niña demanda de afecto.

### **Escolar 2**

Menor de sexo femenino y 9 años de edad, color de piel blanca, de procedencia urbana, actualmente cursando el cuarto grado de escolaridad primaria, convive sola con la mamá.

Realizó un intento suicida mediante la ingestión de medicamentos (hipotensores) como método empleado, considerado como riesgoso letal, con gravedad moderada y sin criticidad posterior al acto. Como factor desencadenante se describe en la historia clínica, la manifestación de maltrato físico por parte de la madre en una discusión con la menor. Como factores agravantes se reconoce: que procede de un ambiente familiar no saludable, donde se manifiestan discusiones con la madre, desapego afectivo, falta de una comunicación constructiva y recíproca, y evidencia de varios antecedentes de intento suicida por la madre y en presencia de la menor, con un nivel económica de vida bajo y escasas condiciones materiales.

En total fueron analizadas las necesidades educativas de 9 personas directamente vinculadas a la atención de las escolares que realizaron los intentos suicidas: 2 familiares, 4 profesionales del área educativa y 3 profesionales de la salud.

En la siguiente tabla se ilustran algunas de las características sociodemográficas y profesionales de la muestra estudiada.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas y profesionales de la muestra estudiada.*

<b>Escolar con IS</b>	<b>Muestra área familiar</b>	<b>Muestra área escolar</b>	<b>Muestra personal de salud</b>
Escolar 1	Abuela materna (56 años, desempleada, soltera)	Maestra (38 años de experiencia laboral)	Psiquiatra (16 años de experiencia laboral)*
		Maestro de computación (30 años de experiencia laboral)*	Médico de la familia (2 años de experiencia laboral)
		Auxiliar pedagógica (11 años de experiencia laboral)*	Enfermera del consultorio (32 años de experiencia laboral)
Escolar 2	Madre (38 años, obrera, soltera)	Maestra (46 años de experiencia laboral)	Psiquiatra (16 años de experiencia laboral)*
		Maestro de computación (30 años de experiencia laboral)*	Médico de la familia (12 años de experiencia laboral)
		Auxiliar pedagógica (11 años de experiencia laboral)*	Enfermera del consultorio (25 años de experiencia laboral)

\* Por vivir las escolares objeto de estudio en la misma área de salud, y en el mismo grado escolar, estos especialistas fueron los mismos para ambos casos.

Fuente: Elaboración del autor.

### **2.3 Definición conceptual y operacionalización de la variable**

Se asumen las necesidades educativas como: demandas de información que emergen a partir del contraste entre el desempeño ideal y el real en la labor educativa de familiares y maestros en la atención a niños que han realizado intento suicida.

Para la caracterización de estas necesidades se consideraron los siguientes indicadores:

- Conocimiento general sobre el intento suicida
- Conocimiento sobre las particularidades del IS realizado por el menor
- Identificación de síntomas/señales indicativos de un IS
- Preocupaciones, inquietudes con respecto al manejo educativo a realizar
- Conocimiento para preparar a la familia para un manejo educativo efectivo

Todos estos indicadores fueron reflejados en las preguntas que formaron parte de los cuestionarios aplicados y se profundizó en ellos a partir de la entrevista.

## **2.4 Técnicas aplicadas para la recogida de información**

La evaluación de las necesidades educativas se realizó empleando fundamentalmente, la revisión de las historias clínicas, cuestionarios y entrevistas. Estas técnicas se describen a continuación:

### **Análisis de documentos oficiales**

El análisis de documentos constituye un elemento esencial para la obtención de la información previa sobre los grupos a seleccionar, así como para la complementación de la información recogida (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Este análisis se aplicó con los objetivos de profundizar en las particularidades del intento suicida realizado por los escolares, así como de identificar posibles necesidades educativas de la familia. Ver protocolo para la revisión de las historias clínicas en el Anexo 1.

### **Cuestionarios**

Instrumento diseñado *ad hoc* por un grupo de profesores y estudiantes del Departamento de Psicología de la Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Esta técnica resulta muy económica, pues, en un mismo tiempo se puede recoger información sobre muchas personas, ya que pueden ser aplicados colectivamente. En esta técnica se combinan preguntas cerradas y abiertas que permiten cuantificar e interpretar cualitativamente las respuestas dadas por los sujetos. Los cuestionarios fueron aplicados al personal docente que educa a los menores, así como a los familiares; con el objetivo de identificar y describir las principales necesidades

educativas relacionadas con la atención de escolares con conducta suicida. Ver los cuestionarios en los Anexos 2 y 3.

### **Entrevista psicológica**

Se diseñaron y aplicaron, tomando en cuenta lo planteado por Fernández-Ballesteros (2003) sobre las principales características de las mismas, como un encuentro hablado entre dos individuos que involucra interacciones tanto verbales como no verbales. La importancia de las mismas radica en la abundancia de datos que ofrecen y pueden registrarse al mismo tiempo, así como por su flexibilidad para acomodarse a la interacción del investigador en el escenario.

Se realizaron entrevistas abiertas para profundizar en la información obtenida en los cuestionarios, de forma que se lograra comprender cualitativamente las principales necesidades educativas identificadas en los cuestionarios. Mientras que a los especialistas de salud solo se aplicaron entrevistas semiestructuradas (ver Anexo 4).

### **2.5 Procesamiento y análisis de los datos**

Toda la información obtenida se procesó mediante el análisis de contenido como procedimiento propio de las investigaciones cualitativa, mientras que a las preguntas obtenidas con los cuestionarios también se le aplicaron procesamientos cuantitativos a través de pruebas estadísticas de frecuencia para evaluar niveles de generalización de la información entre los sujetos muestras de la investigación.

Para el análisis cuantitativo de la información, se empleó el procesador estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) en su versión 22.0 para Windows. Los datos obtenidos se analizaron a partir de la estadística descriptiva, específicamente con tablas de contingencia y análisis de frecuencia. Los datos cualitativos, por su parte, fueron analizados mediante matrices de datos y descripciones temáticas según los indicadores de evaluación de la categoría necesidades educativas.

### **2.6 Procedimientos éticos en el proceso investigativo**

En un primer momento se solicitó el consentimiento a la Dirección Municipal de MINSAP en Villa Clara. Desde allí se obtuvo la información acerca de los menores con intento suicida que estaban siendo atendidos en las diversas consultas de Psicología de Santa Clara, en el

momento de la realización de la investigación, a partir de los registros estadísticos de comorbilidad de enfermedades de declaración obligatoria.

Una vez identificados los menores, se procedió a la solicitud del consentimiento informado (ver Anexo 5) a maestros y padres, informándoseles acerca de los objetivos de la investigación y sus derechos como participantes. A lo largo del proceso investigativo se respetaron dichos derechos, conservándose en todo momento el anonimato y la confidencialidad de sus datos personales. De manera general, se garantizó que la información ofrecida fuese empleada solamente con fines científicos.

## **CAPITULO III**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

#### **3.1 Análisis de las necesidades educativas de las familias de escolares con intento suicida**

A continuación, se describe a las familias objeto del estudio, dirigido específicamente a las personas adultas responsables del cuidado y atención a los menores escolares que realizaron intento suicida.

Desde la óptica familiar psicológica cubana se ratifica que la familia sigue siendo un agente socializador activo llamado no sólo a educar a sus miembros, sino a conservar y proteger el bienestar psicoemocional desde el logro de un sistema familiar abierto bajo una dimensión comunicativa recíproca y circular.

#### **Cuestionario Familiar Escolar 1**

Para la valoración cualitativa con relación a la clasificación de la familia denominada caso 1 objeto de estudio (conformada por la convivencia de la abuela y la niña, con poca participación directa de otros adultos en el cuidado), en un primer momento se pudo obtener que los conocimientos que poseen sobre el suicido en general son medianamente suficientes en su opinión, de esta forma señala la familia (en este caso la abuela) que el grado de conocimiento sobre las diversas causas del suicido en niños es nulo, identificándose una carencia importante.

Con relación a las señales o síntomas para identificar cuándo un menor cometerá un posible intento suicida de igual manera se plantearon carencias informativas, lo que se reiteró ante el posible manejo familiar para prevenir que la menor realice un IS.

En contraste con lo anterior, la abuela señaló tener suficientes conocimientos para manejar la educación de un menor luego de realizar el intento de suicidio. Lo anterior resultó contradictorio, reveló un desconocimiento marcado y una posible reafirmación del dominio para manejar la situación actual luego del IS como posible respuesta racionalizante de la situación que se enfrenta al interior de la familia.



Con respecto a las principales fuentes para adquirir conocimiento con relación al suicidio en niños y adolescentes la abuela destacó en primer lugar la experiencia adquirida con otros intentos suicidas realizados por un hijo (otro miembro de la familia), lo que pudiera resultar contradictorio, las experiencias anteriores no han garantizado tener conocimientos sobre el fenómeno en concreto (ver carencias identificadas en párrafos anteriores). En segundo lugar la abuela declaró como fuente otras experiencias de vida a partir del intercambio con otras personas.

Con relación a la comunicación que se sostiene al interior de la familia luego del IS, la abuela responde que sí ha habló en su momento con su hijo sobre el intento suicida, y posteriormente con su nieta. En este aspecto la familia considera que no existen cuestiones difíciles de abordar con la escolar, afirmando que ha hablado todos los temas ya sea sexuales, escolares y personales.

Con relación a la educación de su nieta, opina que influye como factor de riesgo la mala relación madre-hija cuando la abuela es la que convive con la menor y en tal sentido su madre biológica mantiene una comunicación y convivencia a distancia.

Se pudo precisar además que la abuela quisiera que la escolar conviva y se entendiera con sus progenitores, con los cuales la relación y comunicación se encuentra muy afectada.

## **Cuestionario Familiar Escolar 2**

En la exploración de esta familia se pudo constatar que refieren, de igual manera, un conocimiento medianamente suficiente sobre el IS en general. No obstante, contradictoriamente refirieron, por un lado, conocimientos suficientes sobre las diversas causas del suicidio en niños y ningún conocimiento sobre las señales o síntomas para identificar cuándo un menor cometerá un posible intento suicida.

Con respecto al manejo familiar para prevenir un posible intento suicida refirieron igualmente carencia de conocimientos, así como, también señalaron carencias de información para el manejo familiar ante un niño realizando un intento suicida. Con respecto al nivel de información que tienen para el manejo concreto de la menor luego del IS señalaron tener suficientes conocimientos. Lo anterior reveló marcadas contradicciones, al igual que en el caso 1, un desconocimiento importante sobre el fenómeno en general y resistencia a reconocer carencia de recursos para manejar la situación actual con el menor de la familia.

Respecto a las fuentes de conocimiento con relación al suicidio en niños refirieron, en primer lugar, experiencias de IS de otros miembros de la familia, así como de otros intentos suicidas realizados por el menor. Este dato revela que las experiencias anteriores no han sido suficientes para satisfacer las necesidades existentes en torno al tema y que no existe crítica en la familia sobre las necesidades de información que tienen.

Sobre la comunicación, la familia refirió que sí han mantenido comunicación sobre el IS y otros temas propios de la edad. La familia considera que dentro de los aspectos más difíciles de abordar con la menor está el aspecto sexual.

Se analizaron también en la entrevista factores de la situación social de desarrollo que pudieran estar condicionando la emergencia del IS, al respecto se señalaron situaciones familiares de difícil convivencia, la separación de los padres, y las carencias económicas como principales factores asociados a la disfuncionalidad.

Durante la entrevista se pudo constatar que en la familia luego del IS no saben qué hacer, guardando preocupación por la reacción de la menor y la reacción ante la posible muerte. Refiere incluso la familia que demandó de ayuda médica al sentirse desorientados, reconociendo que deberían tener más información para enfrentarse a otra situación de igual magnitud y en tal sentido mejorar la relación con el escolar y entenderlo mejor.

### **3.2 Análisis de las necesidades educativas de personal docente de escolares con intento suicida**

El maestro, tanto por el valor de su paradigma, como por los conocimientos que transmite es un promotor no solo educativo sino también de salud para prevenir desde el escenario del contexto escolar actitudes inadecuadas en los alumnos, con la finalidad del logro de un vínculo recíproco y bidireccional entre la escuela y familia dentro de un sistema comunicativo permeable ante las condiciones externas en interacción con las condiciones internas asociadas a los escolares.

Por incidencia de conductas suicidas en la población infanto – juvenil, el sistema educativo desempeña un papel clave en la detección temprana de comportamientos y grupos de riesgo para poder prevenir e intervenir oportunamente actos autolesivos. Se recuerda que el entorno escolar, conjuntamente con el familiar, juega un rol importantísimo en las interacciones e

interrelaciones sociales de los niños, niñas y adolescentes (compañeros de escuela, maestros y directivos).

La escuela es la institución socio educativa comunitaria cuya responsabilidad primaria es la educación y la socialización de los escolares. El ambiente escolar ofrece la oportunidad de poder identificar conductas de riesgo en los menores como también la de promover los factores de protección o de resiliencia.

La ayuda potencial educativa de los maestros en la etapa del desarrollo psicológico en los escolares es primordial para la configuración de los diversos sentidos que toman fuerza en su engranaje interno y repercuten en la formación de la personalidad en esta etapa ontogénica de la vida, tan necesaria no sólo para el funcionamiento de la familia sino para el contexto educativo; de ahí que se demande como proceso sistemático, dinámico y continuo el ejercicio de identificar y trabajar con las necesidades educativas de los escolares desde una visión holística.

### **Cuestionario a Maestra Escolar 1**

Desde la interpretación cualitativa, en un primer momento se pudo constatar que los conocimientos generales que posee la maestra sobre el intento suicida son suficientes en su opinión. De esta forma responde que su grado de conocimiento sobre las diversas causas del suicidio en niños es elevado, de igual manera ofrece respuestas similares en el conocimiento para identificar las señales o síntomas que indican cuándo un menor cometerá un posible intento suicida, con respecto al manejo docente necesario con menores de estas particularidades e incluso refiere suficientes conocimientos para prevenir conductas de este tipo en el contexto educativo.

En contraste con lo anterior al profundizar en posibles causas que pudieran incentivar la emergencia de un IS en escolares, la maestra centró su respuesta en situaciones del contexto familiar (el trato de los padres, la comunicación familiar, las diferencias entre hermanos de manera afectiva y el trato diferente de los padres) no haciendo alusión a otras posibles causas del propio contexto educativo.

En una profundización en este último aspecto a partir de la entrevista la maestra centró su respuesta en el caso concreto de IS que se analiza, señalando características positivas de personalidad de la escolar y de su rendimiento docente (es responsable, educada, cumple con

sus tareas docentes, pioneriles y extradocentes, incluso es líder), no llegando a ver el contexto educativo como espacio generador de posibles causas ni tampoco como espacio donde el efecto de un IS pudiera generar conductas similares por imitación. Lo anterior denotó que más allá de la valoración de suficiencia de la docente existen carencias de información que pudieran dar al traste con la atención que se brinda concretamente a estos menores en el espacio de la escuela.

Con respecto a las fuentes del conocimiento adquirido sobre el intento suicida en niños la maestra refirió en primer lugar la televisión y la radio como medios masivos de comunicación y en segundo lugar los cursos de postgrados.

En la entrevista la maestra reafirmó además que posee suficiente preparación pedagógica para tratar con los padres temas relacionados con el intento suicida. La maestra respondió que sí ha conversado con su alumna sobre el intento suicida, refirió que conversa mucho y la aconseja, realiza visitas a la casa de su abuela y de su madre. No obstante en el caso de la menor analizada se hace necesario profundizar en la forma de realización de estas acciones y su efectividad, al persistir necesidades informativas por parte de la familia como se refirió en el epígrafe anterior.

Según criterios de la maestra los aspectos más difíciles de abordar asociados al evento ocurrido son los relacionados con los padres y la creencia de que el divorcio mal manejado no afecta a los menores.

En la entrevista, además, la maestra precisó que pudieran ser necesarios folletos o materiales educativos para mantenerse actualizados los docentes sobre esta problemática, más allá de las acciones de autopreparación que ellos puedan realizar.

### **Cuestionario a Maestra Escolar 2**

En un primer momento se pudo constatar que los conocimientos generales que posee la maestra sobre el intento suicida son insuficientes. En respuesta al cuestionario la maestra consideró que su nivel de información sobre las diversas causas del suicido en niños es pobre, manteniendo respuestas similares también en el análisis de las señales o síntomas para identificar cuándo un menor cometerá un IS y con respecto a cómo manejar desde el espacio áulico de manera preventiva la ocurrencia de estos, así como durante la intervención una vez ocurridos los mismos.

En el análisis de posibles situaciones propiciadoras de la ocurrencia de un IS la maestra reconoció durante la entrevista tanto factores asociados al funcionamiento familiar (el abuso familiar, divorcio de los padres e inadecuada comunicación) como propios del espacio docente (abuso, el maltrato físico y psicológico seguido del moral). No obstante, a pesar de tener una perspectiva más amplia a la hora de ejemplificar demostró seguir teniendo una comprensión pobre del asunto, moviéndose en respuestas más estereotipadas y no reconociendo por ejemplo el papel del maestro también como posible generador de estrés y catalizador de un IS.

Con respecto a las fuentes de conocimiento sobre el intento suicida en niños refirió en primer lugar a la televisión y la radio como medios masivos de comunicación, y en segundo a conocimientos transmitidos por la psicopedagoga de la escuela.

La maestra señaló durante la entrevista que posee insuficiente preparación pedagógica para tratar estos asuntos ya que no la han preparado lo suficiente para enfrentar dichos problemas. De igual manera destacó que no se siente capacitada para abordar estos temas con los padres, demandando, por su parte, preparación desde postgrados o entrenamientos para poder afrontar de manera efectiva situaciones de este tipo.

A pesar de las necesidades identificadas anteriormente la maestra señaló mantener una buena comunicación con la menor (hemos hablado de lo sucedido, de que lo llevó a hacerlo, lo aconsejo).

Según criterios de la maestra los aspectos más difíciles de abordar asociados al evento ocurrido son los relacionados con las causas que llevaron a la menor al IS, el manejo de este tema con los padres de esa menor, y el tratamiento particular del tema en el grupo de escolares que atiende. Lo anterior revela cómo se encuentra entonces limitada la labor educativa en ese sentido y su posible impacto en los otros, dígase familia y coetáneos.

Se reafirmó además, en la parte final de la entrevista, que se demanda por parte de la profesora que la ayuden otros especialistas en la atención al caso, considerando la disfuncionalidad de la familia y el mal manejo educativo al respecto.

### **Cuestionario a otro personal de institución educativa Escolares 1 y 2**

Considerando que ambos casos pertenecen al mismo centro educativo se profundizó también en las necesidades educativas de otros miembros de la escuela que asumen de manera

directa una influencia sobre los menores que realizaron IS. En este sentido resultaron comunes a ambos escolares la auxiliar pedagógica y el profesor de computación.

### **Auxiliar Pedagógica**

En un primer momento se pudo obtener que los conocimientos generales que posee sobre el intento suicida son, en su opinión, suficientes. La auxiliar señaló tener mucho conocimiento sobre las diversas causas del suicido en niños y similar respuesta aportó en el análisis de la información para identificar señales o síntomas indicativos de un IS; así mismo se expresó con respecto al manejo educativo para prevenirlo en sus alumnos. En contraste con lo anterior en la valoración del nivel de conocimiento para manejar los casos concretos que se analizan en la investigación luego de ocurrido el IS, la auxiliar consideró tener muy poco conocimiento y recursos para ello, lo que resultó contradictorio con la información aportada anteriormente.

Con relación a las situaciones del contexto familiar que podrían considerarse como posibles causas del intento suicida en niños, aportó un grupo de factores (el descuido, el maltrato psicológico de ambos padres e incluso el divorcio), sin embargo, en un análisis similar contextualizado a la escuela aunque expone algunas situaciones que pudieran ser estresores y desencadenantes de ideas suicidas (el bullying, el maltrato escolar, y la discriminación) su reflexión queda muy reducida a la influencia de los coetáneos, quedando fuera otras formas de relación y situaciones docentes que también pudieran ser desencadenantes de frustración, malestar y dar al traste con IS. No se consideran en este sentido la influencia de los docentes y personal no docente, ni lo relacionado con el rendimiento escolar y el ajuste/o no a las normas de la escuela.

Con respecto a las fuentes de los conocimientos adquiridos sobre el intento suicida en niños destacó en primer lugar la televisión y la radio como medios masivos de comunicación, y en segundo lugar, la información aportada por la psicopedagoga de la escuela.

En una profundización a través de la entrevista, la auxiliar pedagógica reestructuró las valoraciones ofrecidas en el cuestionario afirmando poseer un nivel medio de conocimientos y preparación para la atención a niños con IS en el contexto educativo, así como para el trabajo con sus familiares.

En la exploración sobre las acciones concretas realizadas luego de los IS de los escolares analizados, la auxiliar señaló mantener una comunicación frecuente con ellos. Dentro de los

aspectos más difíciles de abordar asociados al evento ocurrido señaló el abordar justamente el tema del IS por resultarle “muy difícil comprender como niños de esa edad quieren morir”.

Por último, la auxiliar refirió que hay que aconsejar y hablar, y demandó de información para poder responder a las preguntas con relación al IS no solo de estos alumnos sino del resto de los que atiende en la escuela.

### **Cuestionario a Maestro de Computación Escolares 1 y 2**

En un primer momento, a través de la aplicación del cuestionario, se obtuvo que, en su opinión, los conocimientos generales que posee sobre el intento suicida son medianamente suficientes. En ese sentido destacó que sus conocimientos sobre las diversas causas del IS en niños es pobre, ofreciendo respuestas similares con relación a la posible identificación de señales o síntomas para reconocer cuándo un menor cometerá un posible intento suicida y sobre el conocimiento de posibles acciones para prevenir que un alumno cometa un posible intento suicida, ofrecerle atención u ofrecer ayudas/orientación educativa a sus familiares.

Con relación a las situaciones del contexto familiar que podrían considerarse como posibles causas del intento suicida en niños, el maestro ejemplificó un grupo de posibles factores desencadenantes (descuidos, abusos tanto físicos como sexuales), resultando el análisis en el contexto de la escuela muy pobre al señalar solo la soledad y el maltrato. Lo anterior revela que no se comprende en su totalidad cómo puede participar el personal docente y no docente de un centro educativo en ocasiones como posibles factores que propician salud o como estresores generadores de malestar, posibles desencadenantes o catalizadores de un IS.

Con respecto a las fuentes del conocimiento adquirido sobre el intento suicida en niños refirió en primer lugar las experiencias de IS en su familia, y en segundo lugar la preparación recibida como profesor de la escuela.

El profesor durante la entrevista afirmó la necesidad de preparación pedagógica para tratar con padres este tema.

Con relación a las acciones realizadas concretamente con los menores que se analizan señaló que no ha conversado con sus alumnos sobre el tema porque entiende que no ha sido necesario. De igual manera apuntó no ha sido necesario hacerlo con la familia, no viéndose involucrado en el tratamiento y atención de la problemática en estos momentos.

### **3.3 Análisis de las necesidades educativas de los especialistas en salud**

La prevención y la educación del intento suicida desde el ámbito sanitario y formativo constituyen la piedra angular sobre la que se debe edificar cualquier programa específico y/o general que tenga como finalidad la prevención del suicidio en niños. De esta forma el campo de la salud pública tiene dos metas para sus actores implicados: prevención y la promoción de la salud extensibles a la familia, comunidad, a la escuela, a lo individual, de capacitación al personal educativo, e incluso científico.

De esta forma los profesionales de atención primaria de salud como los de los centros especializados de salud mental deberán llevar una ficha de tipificación de conducta suicida escolar donde se registre todos los datos personales, educativos y familiares. En tal sentido se podrá mejorar la cobertura del servicio para escolares en riesgo (haciéndolo personalizado) y proporcionar amparo al menor como a la familia.

#### **Entrevista a Psiquiatra Escolar 1 y 2**

La Psiquiatra Infantil que atienden a las menores con intentos suicidas estudiadas reconoce muchos de los resultados ya descritos con relación a las características de las menores: convivencia ambientes familiares disfuncionales, con dificultades y conflictos ante el cumplimiento de la función educativa, y con antecedentes de conducta suicida en la familia.

Entre los principales procedimientos terapéuticos desarrollados con las menores, la Psiquiatra refiere la utilización de farmacoterapia con antidepresivos durante el primer trimestre posterior al intentos, así como la utilización de psicoterapia cognitivo – conductual para el desarrollo de recursos personológicos relacionados con el afrontamiento a los conflictos intrafamiliares desencadenantes de los intentos.

Respecto a la familia, se utilizaron sesiones de orientación familiar con algunos miembros del grupo. Al respecto la psiquiatra asegura que en el caso 1, la madre de la menor estuvo presente en solo la primera sesión; constituyendo un elemento que dificulta el proceso en la actualidad porque sigue siendo una de las necesidades emocionales de la menor. En cambio el caso 2, implicó mayor nivel de trabajo psicoeducativo con relación a la educación de la madre sobre el uso del castigo y otros métodos educativos correctivos mal utilizados. En este caso se orientó a la madre sobre la opción de recibir ayuda psicoterapéutica por sus comportamientos suicidas, elemento que la misma rechazó. Un elemento que identifica la especialista como el



principal factor de riesgo para las escolares, se debe a la rigidez de las madres ante la superación de sus conflictos (en caso uno el abandono y en el caso dos sus propios comportamientos suicidas) como un elemento desencadenante de discusiones frecuentes con las menores.

Respecto a los procedimientos realizados en la escuela, la especialista reconoce que no se han hecho acciones de prevención dirigidas al contexto escolar. Y que constituye una brecha en el trabajo profesional que hacen desde el propio Servicio de Salud Mental. Al respecto refiere: «aun cuando el propio programa nacional de prevención de la conducta suicida tiene un enfoque intersectorial con las escuelas, hemos hecho muy poco. En casi la mayoría de los casos, cuando el evento desencadenante es en la familia, nos quedamos trabajando con el grupo familiar y los menores. En las escuelas solo trabajamos con los maestros cuando el evento desencadenante del intento estuvo determinado por un conflicto escolar que debe superarse. (...) Tampoco hemos capacitados al personal escolar para la identificación de casos riesgos y que sepan entonces remitirlos a nosotros antes de que ocurran los hechos».

La Psiquiatra Infantil reconoce que tiene un alto nivel de conocimientos para trabajar con escolares con comportamientos suicida, es una de sus principales funciones como especialista. Pero señala como una debilidad del desempeño del equipo básico de salud mental, la capacitación al personal escolar para la prevención de este problema de salud, así como el desarrollo de acciones conjunta entre otras instituciones educativas y las sanitarias.

Sus principales necesidades de aprendizaje se relacionaron con el diseño y desarrollo de acciones intersectoriales escuela – salud, así como en la profundización cualitativa de los motivos desencadenantes de intentos suicidas en escolares y su diferenciación con las conductas autolesivas no suicidas.

### **Entrevista a especialistas de salud Escolar 1**

Los especialistas del consultorio médico de la familia, que atienden a la familia de la escolar 1, reconocen también muchos de los resultados ya obtenidos en relación a las características de la menor: ambiente familiar disfuncional por afectación de la función educativa debido al abandono de la madre, bajos estatus económico y ausencia de redes de apoyo.

El Médico reconoce tener un bajo nivel de conocimientos para la atención a este tipo de casos y sus familias, a diferencia de la Enfermera que por tener muchos más años de experiencia en la atención primaria de salud reconoce tener adecuados niveles de conocimientos. Es por ello que los especialistas aseguran tener a la familia registrada en la ficha familiar como una familia de riesgo a este tipo de comportamientos, por antecedentes suicidas de otros familiares.

Con relación a los procedimientos realizados con la menor y la familia, los especialistas aseguran haber realizados visitas al hogar y seguimiento del tratamiento farmacológico puesto por la Psiquiatra Infantil, así como el haber participado en la discusión del caso por parte del grupo básico de trabajo. En cambio no han realizado ninguna acción en el ámbito escolar.

Las principales necesidades educativas se relacionaron con la ausencia de recursos comunicativos para hablar con a menor sobre el intento realizado, así como en la orientación directa a la familia sobre la prevención de este tipo de comportamientos («no sé cómo decirle o preguntarle a la niña sobre el tema, me parece que es hurgar sobre lo ocurrido y eso me da miedo», «aun cuando nos dan preparación sobre la conducta suicida y nuestros proceder como médicos de familia nunca nos enseñan la parte psicológica de cómo hablar del tema con los niños o adolescentes con esta conducta»).

### **Entrevista a especialistas de salud Escolar 2**

El médico y enfermera de la familia, que atienden a la familia de la escolar 2, reconocen también algunos de los resultados ya obtenidos en relación a las características de la menor: ambiente familiar disfuncional por afectación de la función educativa debido métodos coercitivos inadecuados, con presencia de maltrato físico infantil, bajos estatus económico y ausencia de redes de apoyo.

Ambos especialistas refieren tener conocimientos adecuados sobre la atención a este tipo de familias y casos. Las principales fuentes de aprendizaje de estos conocimientos aseguran que han sido sus experiencias previas con otros casos atendidos durante sus años como profesionales («he aprendido con los años y los casos que he tenido que ver, pero en ningún lugar nos preparan o capacitan para esto. Tú vas aprendiendo en la medida que vas teniendo casos que tienes que reportar y que atender»).

Sobre los procedimientos realizados con la menor y la familia, refieren haber realizado los siguiente procedimientos: registro y notificación del intento en las historias familiares, visita al hogar durante los primeros 15 días posteriores al intento, discusión del caso en la reunión del equipo básico de salud, y charlas educativas con la madre sobre sus estilos educativos y sus anteriores intentos suicidas. Sin embargo, aseguran no haber realizado ninguna acción con la escuela.

Las principales necesidades educativas de estos profesionales se enfocan también en recursos comunicativos para explorar ideación suicida en los menores («cuando es con niños es más delicado, no sé cómo preguntarle sobre ideas suicidas, así que se me hace difícil explorar ese tipo de ideas, prefiero dejarlo en manos de los psicólogos»). Otras de las necesidades de aprendizaje se relaciona con los procedimientos psicoterapéuticos para la atención a pacientes suicidas con varios intentos («qué hacemos con la mamá que tienen varios intentos y mientras los siga haciendo, la niña lo volverá a hacer también»).

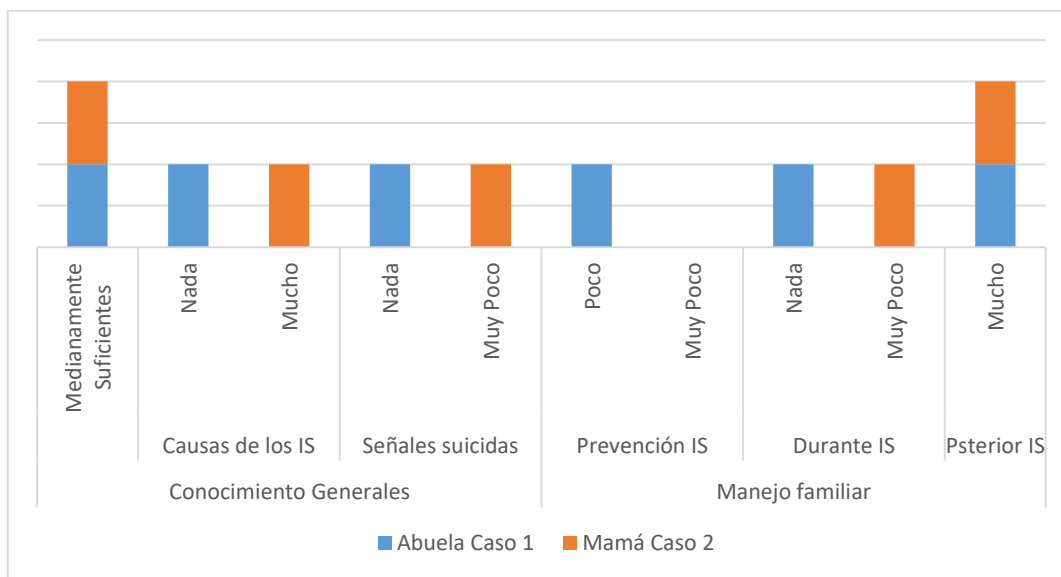
### **3.4 Análisis Integrador**

De manera general, independientemente de las particularidades de cada caso, se constató en ambos grupos familiares la existencia de marcadas necesidades de información tanto sobre el IS en general, su identificación y su manejo educativo, como sobre las características que tiene el IS en cada uno de los menores y las posibles ayudas a ofrecer.

Estando relacionado en ambos menores el movilizador principal para el IS con la familia, se corroboró que aunque desde este grupo se ofrecieron algunas respuestas al cuestionario planteando conocimientos suficientes (lo que denotó poca crítica sobre su situación real). Por el ejemplo, el Gráfico 1 muestra la criticidad de los familiares respecto al nivel de conocimiento sobre IS: en la mayoría de las categorías refieren conocimientos suficientes y adecuados para la atención del menor posterior al IS, en contradicción con bajos niveles de conocimientos para la prevención de dichos comportamientos.

Existen en la realidad concreta de la familias no solo desconocimiento en el orden teórico sino también procedimental y carencias en lo actitudinal al ser comunes medios disfuncionales, marginales, cargados de conflictos y con una comunicación limitada. Lo anterior da al traste con otras necesidades educativas que también se evidenciaron en las

familias en torno a la educación de los hijos y el afrontamiento saludable a las crisis normativas y paranormativas en la convivencia.



**Gráfico 1**

Niveles de conocimiento de los miembros de la familia sobre conducta suicida infantil y su manejo familiar.

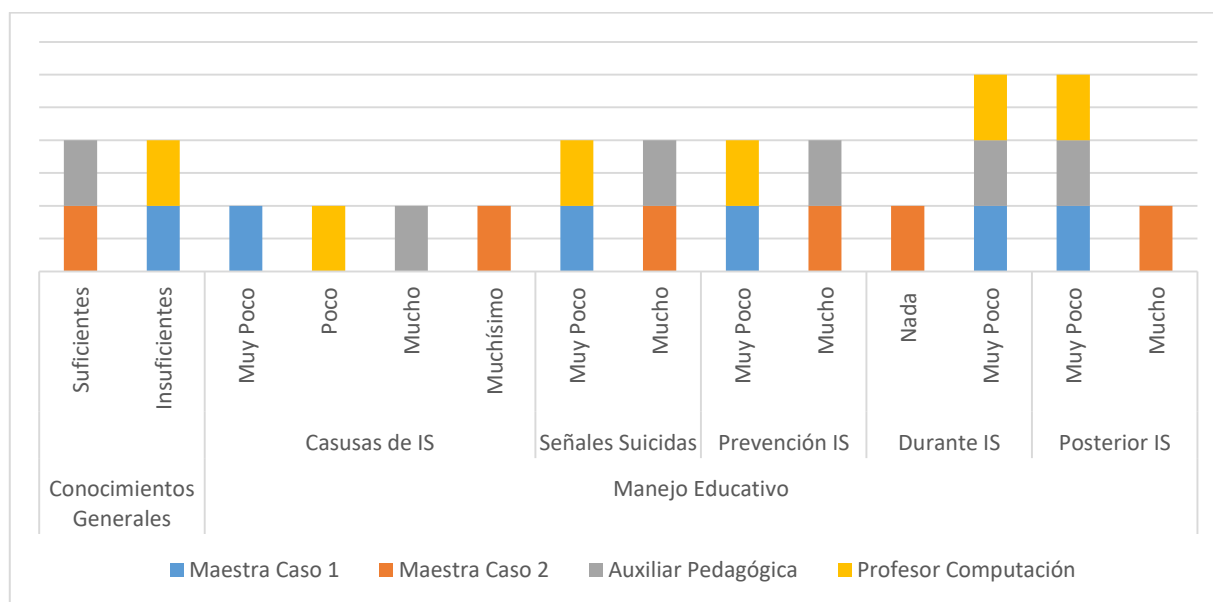
Fuente: Cuestionario a familiares.

Se pudo constatar la existencia de medios con una gran afectación en la dimensión afectiva y espiritual, dando lugar a una baja tolerancia a la frustración en los escolares y un déficit en la función educativa.

Se evidenció la existencia de experiencias pasadas de IS desde el grupo familiar, que llegan a convertirse para los menores en conductas imitativas y como factor de riesgo repetitivo dado por la pobre de red de apoyo socio familiar.

Los estilos educativos varían mucho de una familia a otra, ya que a partir de la opinión de sus padres, no se evidencia un encargo educativo, formación de hábitos y normas de conducta del niño, lo que en tal sentido eso hace que una familia sea diferente de la otra a partir de su estructura y funcionamiento interno, de tal manera que desde el contexto familiar el niño no es simplemente una esponja emocional de las malas influencias familiares, sino que es un agente en las transacciones dentro de la familia, estando propensa a fijar actitudes inadecuadas de los adultos que llegan a constituir alteraciones psicopatógenas en los escolares.

Con relación al contexto escolar, si bien la escuela puede proveer un ambiente social y físico más seguro, servicios de apoyo de manera responsable y a la vez mantener enlaces con la comunidad, incluso incorporar en el propio currículo actividades que desarrollen y fortalezcan las destrezas para la vida, tanto los maestros como el resto del personal de la escuela que participaron en la investigación, evidenciaron también demandas de información sobre el IS, a pesar de contar con alguna preparación sobre el tema.



**Gráfico 2**

*Niveles de conocimiento del personal docente sobre conducta suicida infantil y su manejo educativo.*

Fuente: Cuestionario a familiares.

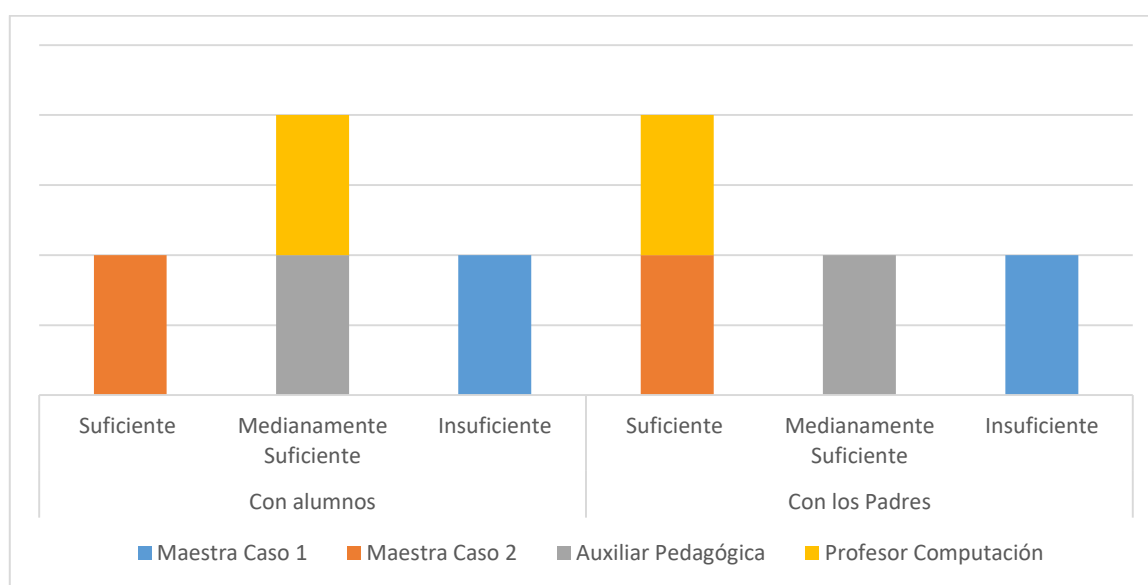
El Gráfico 2, muestra los niveles de criticidad del personal docente ante sus conocimientos sobre IS en escolares. Se comprueba de esta forma como existe desinformación mayormente relacionada con el manejo educativo del menor durante y posterior al IS. Sin embargo, refieren tener adecuados conocimientos sobre las casusas de los IS.

Cabe destacar por el autor, que los maestros necesitan tener en cuenta que en su principal campo de acción educativo y preventivo desde la escuela deberían tener conocimiento sobre las emociones, sentimientos, deseos, necesidades, motivos, frustraciones, miedos, temores,

preocupaciones, conflictos internos, así como relaciones interpersonales de sus alumnos, sin soslayar su propia Situación Social de Desarrollo.

Considera el autor, que un buen maestro se debe entregar a sus alumnos con el mayor deseo de percibirlos dentro y fuera de las aulas aptos para desarrollarlos felizmente ante la vida individual, social y familiar. Si el maestro vincula esos buenos deseos con el conocimiento y la identificación de problemas de salud, factores de riesgos y con la maestría pedagógica, ayudará a sus alumnos a conocerse mejor y a prevenir factores desencadenantes que pudieren frenar el curso de su bienestar psicoemocional e incluso su vida. Todo este empeño permitirá al maestro contribuir al mejoramiento del estado de salud individual y colectiva, actual y de las futuras generaciones de escolares.

Por consiguiente según el propio autor, los Centros Educativos deben encargarse de instruir a los padres en el reconocimiento temprano de conductas de riesgo y/o señales de alarma que puedan hacer pensar en la posibilidad de un comportamiento autolesivo. De esta manera se les enseñará y ayudará (a dichos padres) a reaccionar de manera adecuada e inmediata ante cualquier emergencia, a participar incluso activamente en la eliminación de cualquier medio u objeto idóneo que pudiera servir para que el menor se autoagreda.



**Gráfico 3**

*Preparación pedagógica para la atención a menores con intentos suicidas y sus padres.*

Fuente: Cuestionario a maestros.

Concretamente los maestros que participaron en la investigación evidenciaron una preparación diferente en el tema, no obstante fue común una visión limitada sobre cómo desde la escuela pudieran darse condiciones que actúen como factores de riesgo o predisponentes para el IS, siendo muy poco reconocido el rol de los docentes en este aspecto. A pesar de tener algún nivel de información se reiteró la necesidad de información sobre las principales señales o síntomas indicativos de un posible IS, así como sobre posibles acciones preventivas a realizar desde el espacio áulico; pues les resulta más fácil el trabajo con los padres y familiares que con los propios alumnos con comportamiento suicida (ver resultados en el Gráfico 3).

El personal médico de la atención primaria de salud que atendió a las menores, aun cuando si han recibido preparación profesional para la atención directa de este tipo de casos, también refiere necesidades educativas. Aunque las mismas están directamente relacionadas con el diseño de acciones preventivas con enfoque intersectorial, pues reconocen que hacen poco en relación al trabajo en las escuelas. Seguido de necesidades relacionadas con la falta de recursos comunicativos para el tratamiento del tema directamente con los menores y las familias.

Con respecto a los programas familiares desde la acción de los especialistas de la salud destinados a impedir que se produzca un intento suicida en escolares pertenecientes a los diferentes grupos de riesgo vulnerables, se plantea por el propio autor del estudio que desde las ciencias de la salud se debería con más acercamiento brindar consejería psicoeducativa, charlas informativas abiertas a la comunidad, talleres prácticos a la familia del menor, información y explicación profesional, ayuda hacia la elaboración de perspectivas familiares, desarrollar posibilidades de intercambio y apoyo con otras familias, así como brindar apoyo terapéutico para evitar conductas repetitivas.

De tal forma según opinión del autor, los especialistas o profesionales de la salud deben explorar y evaluar la presencia de síntomas depresivos o comportamiento de intento suicida en los escolares y ofrecerles los servicios asistenciales, estableciendo un vínculo inseparable con la familia y la escuela, muy necesario en esta etapa de la vida escolar.

## CONCLUSIONES

- Las necesidades educativas que presentan los familiares de escolares con intento suicida se relacionan directamente con las dificultades en el cumplimiento de la función educativa y el propio manejo de los IS como crisis paranormativa: uso de métodos educativos, manejo de la comunicación en subsistema padre – hijos, manejo de conflictos intrafamiliares, identificación de las señales suicidas en los menores, comunicación con la menor durante o posterior al IS.
- El personal docente que atiende a estos escolares, a pesar de tener algún nivel de información sobre conducta suicida, reiteró la necesidad de información sobre las principales señales o síntomas indicativos de un posible IS desde el contexto educativo, así como sobre posibles acciones preventivas a realizar desde el espacio áulico y directamente con los menores.
- Las necesidades educativas que presenta el personal de la atención primaria de salud encargado de la atención de estos menores están directamente relacionadas con el diseño de acciones preventivas con enfoque intersectorial. Seguido de necesidades relacionadas con la falta de recursos comunicativos para el tratamiento del tema directamente con los menores, así como para la orientación familiar relacionada con el cumplimiento de la función educativa.



## RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados obtenidos derivados de la investigación a las instancias pertinentes de contextos educativos y de salud, así como a instituciones u organizaciones que brindan atención integral a los menores con intento suicida.
- Diseñar propuestas de intervención a partir de las necesidades identificadas, siempre que contribuyan a satisfacer las mismas y facilite generar procesos educativos de atención mucho más efectivos.
- Desarrollar otros estudios que permitan ampliar la muestra desde otras etapas del desarrollo como adolescentes y jóvenes con intento suicida, para corroborar y enriquecer los resultados obtenidos.

## REFERENCIAS

- Árales, L., Hernández, G., Álvarez, C., & Cañizares, T. (2002). Conducta suicida factores de riesgo asociados. *Rev Cubana Med Integr* 14 (2):122-6.
- Aguilar, I., Perera, LS., Esquivel, D., & Barreto, ME. (2008). Comportamiento del intento suicida en el municipio de Nueva Paz. *Rev Cienc Med Habana*. Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14\\_3\\_08/hab02308.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_3_08/hab02308.html).
- Álvarez, R. (2008). *Medicina General Integral*. Ciudad de La Habana.
- Álvarez, R. & colaboradores. (2008). Investigación sobre el intento suicida en un área de salud. Disponible en URL: <http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>.
- Arés, P. (2007). *Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Revista Científico Técnica.
- Bulbena, A. (1991). Urgencias psiquiátricas. En Vallejo, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 714 – 720). Barcelona: Salvat Editores.
- Cruz, F. & Roa, V. (2005). “Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo”. *Memorias para optar al Título de Psicólogo*. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Cruz, E., Moreira, I., Orraca, O., Pérez, N., & Hernández, L. (2012). Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas*. [Internet]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000400007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000400007&script=sci_arttext).
- Cortes, A. (2013). *Conducta Suicida. Adolescencia y Riesgo*. Disponible en URL: <http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>
- Centro de Desarrollo Territorial Holguín – UCI. (2017). *Enciclopedia cubana Ecured Portable v1.5*. 2016-2017.
- Castellanos, T., Carrillo, T., Cuervo, N., & Molinet, H. (2008). Intento suicida en el niño y en el adolescente. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/>.
- Dieste, W., Álvarez, I., Carrillo, R., Cabrera, A., & Díaz Castillo. (1998). Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. Municipio Boyeros, 1995. *Rev Cubana Med Gen Integr* ; 16 (2):149-55.

- Diekstra, R.F. (1993). *The epidemiology of suicide and Health Psychology*. University of Leiden, the Netherlands.
- Durkheim, E. (1971). *El suicidio*. Buenos Aires. Argentina. Disponible en URL: <http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>. El suicidio. (Revisado 2/11/2016).
- De la Barra, F. (1989). Conducta suicida en niños y adolescentes. *Pediatría al día*, 5 (3), 152 – 157.
- Desarrollo Territorial Holguín – UCI. (2017). *Ecured Portable v 1.5*. Etimología de suicidio en la página web [etimologias.dechile.net](http://etimologias.dechile.net) (Consultado 12 de diciembre 2016).
- Fundación (FAD) (2014). “Para una Intervención Integral en Prevención de los Riesgos Psicosociales en Niños, Niñas y Adolescentes”. Alianza para la Protección y Prevención del Riesgo Psicosocial en Niños, Niñas y Adolescentes. Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).
- García, J.L., Piñeda, A., & Almaguer, L. (2012). Intento suicida y adolescencia: una mirada teórica al fenómeno. *Revista Electrónica "Zoilo Marinello Vidarrueta* Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=186/es>.
- Guibert, E. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.19 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015). «Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013» (pdf). *The Lancet* (en inglés) 385 (9963): 117-1171. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2. PMID 25530442. Consultado el 17 de abril de 2015.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6a ed.). México: McGRAW-HILL Education.
- Huey, S., Henggeler, S., Rowland, M. et al. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4(2), 183 – 190.
- Hawton, Keith; van Heeringen, Kees. (2009). «Suicide». *The Lancet* (en inglés) 373 (9672): 1372- 1381. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X. PMID 19376453.

- Hodgekiss, A. (2014). «Men are now Three times more likely to commit suicide than women - and is the recession to blame? ». Daily Mail (en inglés).
- Herrera, P.M. & Avilés, K. (2000). Factores Familiares de riesgo en el intento suicida. Rev Cubana Med Gen Intergr 16(2):134. Intentos suicidas en niños y adolescentes. Disponible en URL: [www.hiperactivo](http://www.hiperactivo.com). (Revisado 17/11/2000).
- Jobes, A.; Luoma, B.; T. Hustead, A; Mann, A., & Rachel, E. (2000). «22. In the Wake of Suicide: Survivorship and Postvention». En Ronald W. Maris, Alan L. Berman, Morton M. Silverman. Comprehensive Textbook of Suicidology (en inglés). Guilford Press. p. 540. ISBN 978-1-5723-0541-0. Consultado el 5 de septiembre de 2015
- Krishna, P. (2014). «Finally the Government has recognised that suicide is not a crime». Daily Mail. Consultado el 5 de septiembre de 2015.
- Kraus, A. (2012). Suicidio: notas y alegatos. Letras libres. [Internet]. 2011[citado: 11 Noviembre 2012]; Disponible en: <http://www.letraslibres.com/revista/convivio/suicidio-notas-y-alegatos>
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Revista Chilena de Pediatría, 71 (3), 183 – 191.
- Lomov, B.F. (1989). El problema de la comunicación en psicología. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Leontiev, A.V. (1979). La Actividad en la psicología. -- La Habana: Editorial Libros para la Educación.
- Mosquera, G. & Pérez, S. (2014). “Factores de riesgo en el intento suicida en niños y adolescentes”. Disponible en URL: <http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>. Consultado en abril de 2017.
- Martínez, A., Moracen, I., Madrigal, M., & Almenaga, M. (1998). Comportamiento de la conducta suicida Infanto Juvenil. Rev Cub Med Gen Integr 14(6):554-559.
- Montenegro, H. & Guajardo, H. (2000). Psiquiatría del niño y del adolescente. Santiago Editorial Mediterráneo.
- Mardomingo, M. (1998). Los intentos de suicidio. En Rodríguez, J. Psicopatología del niño y del adolescente (2ª ed) (pp. 709 – 714). Tomo I. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Anuario Estadístico de Salud; Ciudad de la Habana. Cuba.

- Martínez, A., Moracen, I., Madrigal, M., & Almenaga, M. (1998). Comportamiento de la conducta suicida Infanto Juvenil. *Rev. Cub Med Gen Integr*; 14(6)554-559. Componentes del comportamiento suicida. Disponible en URL:  
<http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>. El suicidio. (Revisado 2/11/2003).
- Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2011 [Internet]. La Habana; 2012 [citado 23 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/servicios/estadisticas>.
- Moya, J. (2004). Padres, adolescentes y docentes. Los avatares de un encuentro difícil, aunque no imposible.
- Mederos, ME., Casas, JA., Mederos, JA., Melis, V., & Pullós, F. (2012). Intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez". Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001200010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001200010&script=sci_arttext)
- Microsoft® Diccionario Encarta® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
- Martínez, G. (2017). Alertan alza en suicidios; jóvenes, los más vulnerables. Filiberto Cruz. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2017/04/02/1155441>.
- ONU. 43 Asamblea. Proposición sobre el suicidio de los niños y los adolescentes. Malta. Noviembre de 1991.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Informe sobre suicidios: cifras, causas y países que más lo padecen. [Internet]. Editorial SOTT NET. 2014. [citado: 3 abril 2014]. Disponible en: <http://es.sott.net/article/16180-Informe-sobre-suicidios-cifras-causas-y-paises-que-mas-lo-padecen>.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Publicado en 2008.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.
- Ochoa, TZ., Vásquez, MI., Carrasco, MA., Sánchez, M., & Cruz, M. (2010). Epidemiología de la conducta suicida en la Policlínica Docente René Ávila. Disponible en:  
<http://www.cocmed.sld.cu/no131/n131ori9.htm>.
- Perez, A. (2010). «Los hombres se suicidan, las mujeres lo intentan». *El País* (en inglés). Consultado el 17 de abril de 2015.

- Paperno, I. (1997). *Suicide as a Cultural Institution in Dostoevsky's Russia* (en inglés). Cornell University Press. p. 60. ISBN 978-0-8014-8425-4. Consultado el 5 de septiembre de 2015.
- Peña, L.Y., Casa, L., Padilla, M., Arencibia, T., & Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Rev Cubana Med Milit* (3); 182-7.
- Paris, J. (2002). «Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder» (pdf). *Psychiatric services* (en inglés) 53 (6): 738-742. doi:10.1176/appi.ps.53.6.738. PMID 12045312. Consultado el 17 de abril de 2015.
- Powell, J. (2013). «Suicide is a gender issue that can no longer be ignored». *The Guardian* (en inglés). Consultado el 17 de abril de 2015.
- Prevención del suicidio, un instrumento para docentes y demás personal institucional. WHO/MNH/MBD/00.3. 13 Páginas. Disponible en URL: <http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>. Consultado en abril de 2017.
- Ridel, J. (1990). El intento suicida. Disponible en: <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/suicide.htm>.
- Suicidio y comportamiento suicida». (2015). *MedlinePlus* (en inglés). Biblioteca Nacional de Medicina.
- Vega, R. (2017). La prevención de la conducta suicida. Una mirada desde la psicología educativa. *Temas de Medicina General Integral*. Vol 5. Núm 13. 2017. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. Cuba.
- Värnik, P. (2012). «Suicide in the World» (pdf). *International Journal of Environmental Research and Public Health* (en inglés) 9 (3): 760-771. doi:10.3390/ijerph9030760. PMC 3367275. PMID 22690161. Consultado el 17 de abril de 2015.
- Vigotsky, L. (1974). *Pensamiento y lenguaje*. La Habana: Ediciones Revolucionario.
- Zaldívar, D. (2005). *Psicología. Selección de textos*. La Habana: Félix Varela.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **Protocolo de recogida de información durante Revisión de Historias Clínicas**

Fecha de revisión:

Lugar de revisión:

Investigador:

Tipo de Historia Clínica:

#### **DATOS PERSONALES DEL MENOR**

- Edad
- Sexo
- Color de la piel
- Grado escolar
- APP
- APF

#### **DATOS PERSONALES DE LA MADRE Y DEL PADRE**

- Edad
- Sexo
- Color de la piel
- Escolaridad
- Estado Civil
- Ocupación
- APP

#### **COMPORTAMIENTO SUICIDA DEL MENOR**

- Fecha del intento suicida
- Factor precipitante
- Factor agravante

- Método empleado
- Letalidad del método empleado
- Gravedad del intento
- Seriedad de la intención
- Criticidad posterior al intento
- Antecedentes personales de conducta suicida
- Otros comportamientos suicidas posterior al intento
- Diagnóstico psicopatológico del menor
- Atención psicoterapéutica recibida
- Uso psicoterapéutico de redes de apoyo

#### FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

- Contexto Socioeconómico y Cultural
- Organización Familiar y estructura subyacente
- Desarrollo de los procesos interactivos
- Flexibilidad y adaptabilidad
- Apoyo social
- Definición del funcionamiento familiar

#### OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA

- Sobre comportamiento suicida del menor
- Sobre funcionamiento familiar del menor
- Sobre el proceso psicoterapéutico

#### OBSERVACIONES DEL INVESTIGADOR



## Anexo 2

### CUESTIONARIO A FAMILIARES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA

Un grupo de psicólogos de la Universidad Central de Las Villas y de la Dirección Municipal de MINSAP Villa Clara, nos encontramos estudiando el tema del intento suicida en niños y adolescentes con vistas a hacer aportes a la atención integral que se ofrece en estos casos. En ese sentido sería muy útil que desde su experiencia como familiar nos respondiera el siguiente cuestionario.

Todas las respuestas aportadas serán correctas, solo responda con las ideas que primero vengan a su mente. Los resultados serán empleados solo con fines investigativos y confidenciales.

Muchas gracias por su colaboración

1. Considera sus conocimientos generales sobre el suicidio como:

\_\_\_suficientes                      \_\_\_medianamente suficientes                      \_\_\_insuficientes

2. A continuación le presentamos un grupo de aspectos relacionados con el suicidio en niños y adolescentes. Necesitamos que usted clasifique y marque con una X su respuesta, según el grado que conocimiento que posee sobre los mismos:

	Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Muchísimo
Causas de los intentos de suicidio en niños y adolescentes					
Señales o síntomas para identificar cuando su hijo(a) cometerá un posible intento de suicidio					
Manejo familiar para prevenir que su hijo(a) cometa un posible intento suicida					
Manejo familiar cuando se encuentre a su hijo(a) realizando un intento suicida					
Manejo familiar que puede darse a su hijo(a) después de realizar un intento suicida					

3. Estos conocimientos que tengo sobre el suicidio en niños y adolescentes los he adquirido a través de (marque en orden de prioridad las tres opciones que mejor se ajusten a su caso):

\_\_\_ Televisión y radio

\_\_\_ Médico y enfermeros del Consultorio

\_\_\_ Los maestros de mis hijos

\_\_\_ Compañeros de trabajo y amigos cercanos

\_\_\_ Experiencia con otros intentos de suicidio realizados en la familia

\_\_\_ Experiencia con otros intentos de suicidio realizados por mi hijo(a)

\_\_\_\_ Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4. ¿Ha hablado con su hijo sobre el intento suicida? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Fundamente su respuesta:

5. ¿Qué aspectos serían para usted los más difíciles de abordar con su hijo, asociados al evento ocurrido?

6. ¿En su opinión qué situaciones familiares en la educación de su hijo(a) le resultan más difíciles de manejar en la convivencia, que pudieran ser generadores de conflicto y malestar?

7. Complete las siguientes oraciones con la primera idea que se le ocurra sobre lo ocurrido con su hijo(a):

Yo quisiera \_\_\_\_\_

Ante los deseos de morir de mi hijo \_\_\_\_\_

No sé \_\_\_\_\_

Me preocupa \_\_\_\_\_

Ante las amenaza sobre suicidarse \_\_\_\_\_

Necesito \_\_\_\_\_

Durante el intento \_\_\_\_\_

Qué hago \_\_\_\_\_

Debería saber \_\_\_\_\_

Pienso \_\_\_\_\_

### Anexo 3

#### CUESTIONARIO A MAESTROS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA

Un grupo de psicólogos de la Universidad Central de Las Villas y de la Dirección Municipal de MINSAP Villa Clara, nos encontramos estudiando el tema del intento suicida en niños y adolescentes con vistas a hacer aportes a la atención integral que se ofrece en estos casos. En ese sentido sería muy útil que desde su experiencia como maestro nos respondiera el siguiente cuestionario.

Todas las respuestas aportadas serán correctas, solo responda con las ideas que primero vengan a su mente. Es anónimo, pero sería de mucha ayuda responder los siguientes datos personales. Los resultados serán empleados solo con fines investigativos y confidenciales.

Muchas gracias por su colaboración

Edad: \_\_\_\_ años      Sexo: Femenino\_\_\_\_ Masculino\_\_\_\_      Experiencia como maestro: \_\_\_\_ años

1. Considera sus conocimientos generales sobre el suicidio como:  
 \_\_\_\_suficientes      \_\_\_\_medianamente suficientes      \_\_\_\_insuficientes

2. A continuación le presentamos un grupo de aspectos relacionados con el suicidio en niños y adolescentes. Necesitamos que usted clasifique y marque con una X su respuesta, según el grado que conocimiento que posee sobre los mismos:

	Nada	Muy Poco	Poco	Mucho	Muchísimo
Causas de los intentos de suicidio en niños y adolescentes					
Señales o síntomas para identificar cuando alumno cometerá un posible intento de suicidio					
Manejo educativo para prevenir que alumno realice un posible intento suicida					
Manejo educativo cuando se encuentre a un alumno realizando un intento suicida					
Manejo educativo que puede darse a un alumno después de realizar un intento suicida					

3. ¿En su opinión, que situaciones del contexto familiar podrían considerarse como posibles causas de intentos de suicidio en niños y adolescentes?

4. Mencione que situaciones del contexto escolar podrían considerarse como posibles causas de intentos de suicidio en niños y adolescentes:

5. De las siguientes fuentes de conocimientos sobre el suicidio en niños y adolescente, numere en orden de prioridad los tres que considera le han permitido tener conocimientos sobre el tema:

\_\_\_ Televisión y radio

\_\_\_ Compañeros de trabajo y amigos cercanos

\_\_\_ Experiencia de intentos de suicidio realizados su familia

\_\_\_ Médicos y enfermeros de consultorio médico

\_\_\_ Especialistas que atienden directamente a menores con este comportamiento

\_\_\_ Psicopedagogo de la escuela

\_\_\_ Preparación pedagógica de pregrado

\_\_\_ Cursos de postgrado

\_\_\_ Preparación metodológica como profesor de la escuela

\_\_\_ Experiencia con intentos de suicidio realizados por otros alumnos(as)

\_\_\_ Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

6. Siente que su preparación pedagógica para tratar con los estudiantes temas relacionados con el suicidio es:

\_\_\_ suficiente

\_\_\_ medianamente suficiente

\_\_\_ insuficiente

Fundamente su respuesta:

7. Siente que su preparación pedagógica para tratar con los padres temas relacionados con el suicidio es:

\_\_\_ suficiente

\_\_\_ medianamente suficiente

\_\_\_ insuficiente

Fundamente su respuesta:

8. ¿Ha conversado con su alumno(a) sobre el intento suicida realizado? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Fundamente su respuesta:

9. ¿Qué aspectos serían para usted los más difíciles de abordar, asociados al evento ocurrido?

Con el alumno(a) que ha realizado el intento	Con los padres del alumno que ha realizado el intento	Con el resto de los estudiantes del grupo

10. Complete las siguientes oraciones con la primera idea que se le ocurra sobre lo ocurrido con su alumno(a):

Yo quisiera \_\_\_\_\_

Ante los deseos de morir que expresa \_\_\_\_\_

No sé \_\_\_\_\_

Me preocupa \_\_\_\_\_

Ante las amenaza sobre suicidarse \_\_\_\_\_

Necesito \_\_\_\_\_

Cuando los otros alumnos preguntan \_\_\_\_\_

Qué hago \_\_\_\_\_

Debería saber \_\_\_\_\_

Pienso \_\_\_\_\_

## **Anexo 4**

### **Entrevista psicológica semiestructurada a personal médico**

**Objetivo:** Describir las necesidades educativas relacionadas con la atención de escolares con conducta suicida.

**Indicadores:**

1. Características de los escolares con intento suicida
2. Procedimientos realizados con los menores
3. Procedimientos realizados con las familias
4. Procedimientos realizados en la escuela
5. Criticidad sobre nivel de conocimientos para la atención a estos menores
6. Necesidades de aprendizaje

**Anexo 5**

**Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas**  
**Ministerio de Salud Pública Villa Clara**  
**Consentimiento de participación en investigación**

Somos un grupo de psicólogos de la Cátedra Marta Abreu. Estudios de Género y Desarrollo Humano de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas y de la Dirección Municipal de MINSAP Villa Clara. Actualmente estamos realizando una investigación con el objetivo de conocer las necesidades educativas de los padres y maestros de menores con intentos suicidas que son atendidos en las diversas consultas de psicología de la ciudad de Santa Clara.

Por medio de la presente solicitamos su colaboración para participar en el estudio, que se desarrollará durante el mes de marzo/2017 a marzo/2018, donde participarían ustedes. Para ello deberán responder un grupo de pruebas psicológicas: revisión de las historias clínicas, cuestionarios y entrevistas.

La información recogida y analizada en el transcurso de la investigación será estrictamente confidencial a personal no implicado en el estudio, y se utilizarán sólo para fines profesionales, donde los especialistas responsables de dicha información nos comprometemos a un uso ético de la misma y sin revelar la identidad de las personas implicadas.

---

Nombre y Apellidos de la madre o el padre

Firma

---

Nombre y Apellidos del maestro

Firma

---

Nombre y Apellidos del investigador

Firma