



---

**Comunicación breve**

**Necesidades formativas sobre conducta suicida infantil en  
profesionales cubanos de la atención primaria de salud**

**Training Needs on Child Suicidal Behavior in Cuban Primary  
Health Care Professionals**

Reinier Martín-González  <sup>1</sup>

Dunia Mercedes Ferrer-Lozano<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Departamento de Psicología, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Villa Clara, Cuba.

<sup>2</sup>Departamento de Psicología, Universidad Internacional de La Rioja, España.

**Recibido: 20/07/2024**

**Aceptado: 01/08/2024**



## Resumen

**Introducción:** Los profesionales de la atención primaria de salud tienen un rol importante en la identificación y el seguimiento de los niños con conducta suicida, por el vínculo que tienen con las familias y la comunidad.

**Objetivo:** Explorar las necesidades formativas de los profesionales de la salud para la atención de niños con conducta suicida.

**Método:** Estudio de enfoque mixto, con predominio cualitativo, alcance exploratorio, transversal y no experimental. Se estudió una muestra no probabilística, de 39 profesionales de la atención primaria de salud del municipio de Santa Clara, Cuba. Se utilizó la entrevista semiestructurada y los datos se procesaron en el Atlas.ti 9.

**Resultados:** Se confirmó desconocimiento general sobre el tema en el 89,8% de los profesionales entrevistados. Las necesidades de formación expresadas fueron sobre el diagnóstico psicológico y el proceder psicoterapéuticos con los niños, los procedimientos de orientación familiar y para la ejecución de acciones de prevención con enfoque comunitario y en el contexto escolar. Solo el psiquiatra infantil y el pediatra mostraron los mayores niveles de conocimientos.

**Conclusiones:** Se confirmaron dificultades en la formación de estos profesionales y la necesidad de superación, lo que limita la atención que ofrecen y el trabajo preventivo interinstitucional.

**Palabras claves:** necesidades formativas; personal médico; suicidio; intento suicida; niños.

## Abstract

**Introduction:** Primary health care professionals have an important role in the identification and monitoring of children with suicidal behavior because of the link they have with families and the community.

**Objective:** Explore the training needs of health professionals for the care of children with suicidal behavior.

**Method:** Mixed approach study, with qualitative predominance and exploratory, transversal and non-experimental scope. A non-probabilistic sample of 39 primary health care professionals from Santa Clara municipality, Cuba was studied. The semi-structured interview was used and the data were processed in Atlas.ti 9.

**Results:** 89.8% of the professionals interviewed showed general ignorance on the topic. The training needs expressed were on psychological diagnosis, psychotherapeutic procedures with children, family counseling procedures, and for the execution of prevention actions with a community focus and in the school context. The child psychiatrist and the pediatrician showed the highest levels of knowledge.

**Conclusions:** Difficulties were confirmed in the training of these professionals and the need for improvement, which limits the care they offer and the inter-institutional preventive work.

**Keywords:** training need; medical staff; suicide; suicide attempt; children.



## **Introducción**

Una de las preocupaciones más importantes de la clínica infantil es el manejo de la conducta suicida. Generalmente porque se asume que los especialistas en salud mental son los únicos responsables de su tratamiento. Sin embargo, tras revisar la descripción de las muertes por suicidio reportados en estudios de Medicina forense, los autores revelan que muchos de los pacientes nunca consultaron a un psiquiatra o un psicólogo. Lo que sí confirman dichos estudios es que, cerca de dos tercios de los pacientes han buscado algún tipo de atención médica general, al menos una vez durante el mes previo a su muerte.<sup>(1, 2)</sup> De ahí la necesidad de formar profesionalmente a los médicos no psiquiatras, para la detección y el manejo del riesgo suicida en los espacios de la vida cotidiana.

En Cuba, el Programa nacional de atención y prevención de la conducta suicida otorga un rol especial a los especialistas en salud familiar. Estos profesionales ocupan el primer nivel de prevención de este problema de salud, porque conocen al paciente e impactan en su entorno familiar y social.<sup>(3, 4)</sup>

Aunque el programa es reevaluado periódicamente, diversas investigaciones sobre su aplicación en la atención primaria de salud confirman la necesidad de formación que tienen estos profesionales. Especialmente en la evaluación, monitoreo y seguimiento de los casos con riesgo suicida. Situación que, además, produce dificultades en los reportes estadísticos y en la aplicación de acciones de intervención con alcance socio comunitario.<sup>(5, 6)</sup>

Es a partir de estos antecedentes que el objetivo de la investigación fue explorar las necesidades de formación que presenta una muestra de profesionales del nivel primario de salud del municipio de Santa Clara, Cuba, para la atención de niños con conducta suicida.

Las necesidades de formación se asumen como demandas de información que surgen del contraste entre el desempeño ideal y real, en el trabajo de los profesionales de la salud para atender a los niños con estas conductas. Surgen cuando una tarea profesional no se realiza (o no se podría realizar) con la calidad necesaria, porque no se tienen los conocimientos, habilidades o actitudes requeridos para su ejecución en ese nivel.<sup>(7, 8)</sup>

La novedad del estudio está en el análisis particular de las necesidades de formación de los profesionales de la atención primaria de salud sobre conducta suicida infantil, y en la comprensión teórica psicosocial del comportamiento suicida como un problema de salud multiexpresivo y multicausal.

Por su parte, la pertinencia se confirma desde el análisis de las propias necesidades de formación de los profesionales participantes; especialmente porque, orienta recomendaciones específicas para la capacitación postgraduada en el tema y de los ajustes curriculares de estos perfiles profesionales. Constituyendo estas recomendaciones un aporte teórico-metodológico para el diseño de futuras propuestas de prevención de este problema de salud.



## **Método**

Se asumió un enfoque de investigación mixto, con diseño incrustado o anidado, de predominio cualitativo, transversal, no experimental y con alcance exploratorio.

La investigación se realizó en el Policlínico Universitario Marta Abreu, de la ciudad de Santa Clara, durante los años 2019 y 2020; por ser un área de salud con antecedentes de alta incidencia de conducta suicida infantil.<sup>(9, 10)</sup>

Se utilizó un muestreo no probabilístico de casos tipo, a partir de los siguientes criterios: 1) profesionales del nivel primario de salud, 2) con experiencia en la atención de niños con conducta suicida, y 3) que expresaron su voluntad de participar en el estudio.

Se obtuvo una muestra de 39 profesionales (1 psiquiatra infanto-juvenil, 1 pediatra, 18 médicos de familia y 19 enfermeros). Predominó el sexo femenino (28 mujeres, 11 hombres), con edades entre los 35-45 años (23, para una representación de 58,97%) y con más de 10 años de experiencia (27, con una representación de 69,23%). En todos los casos se solicitó consentimiento informado de participación.

Como instrumento de recogida de información se aplicó una entrevista semiestructurada diseñada *ad hoc*. Se consideró la variable cualitativa «necesidades formativas sobre prevención de conducta suicida», y sus respectivos indicadores: conocimientos generales sobre conducta suicida y sus particularidades en la etapa infanto-juvenil; conocimiento de síntomas/signos de riesgo suicida; competencias profesionales para la identificación, seguimiento y prevención, fuentes de conocimientos, y necesidades directas de formación.

De forma cuantitativa se incluyó una pregunta de escala Likert para medir la satisfacción con los conocimientos de conducta suicida infantil, mediante la siguiente opción de respuesta: 1) Muy insuficientes, 2) Insuficientes; 3) Medianamente suficiente; 4) Suficientes; 5) Muy suficientes.

Los datos se procesaron por análisis de contenido con el software Atlas.ti 9. Se aplicó la interpretación cuantitativa de la frecuencia de citas por códigos, mientras que los datos cualitativos se analizaron en agrupación temática según indicadores de la variable de estudio. La pregunta en escala Likert se procesó con estadística descriptiva en el software SPSS versión 25, a través del cálculo de frecuencia, la moda, la media y la desviación típica.

El protocolo de estudio fue aprobado por el comité de ética del Departamento de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, desde donde se dirigió la investigación. Todos los procedimientos realizados en este estudio se realizaron de acuerdo con las normas éticas de la Declaración de Helsinki, el Protocolo de Ética de la Sociedad cubana de psicología y las consideraciones del Programa nacional de atención y prevención de la conducta suicida.



## Resultados

Según satisfacción de los profesionales con sus conocimientos sobre la prevención de la conducta suicida infantil, el 89,7% (n = 35) reconocen tener un nivel de conocimiento insuficiente (por ciento acumulado). Predominó la respuesta «Muy insuficiente» en el 48,7% de los participantes; aunque hubo una media de 1,85, con desviación estándar de 1,065; valores que demuestran una tendencia en la respuesta a sentirse con conocimientos entre «Insuficientes» y «Medianamente suficientes» (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de los profesionales según satisfacción con nivel de conocimientos sobre conducta suicida infantil**

| Estadísticos descriptivos |       | Respuestas               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------------|-------|--------------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Validos                   | 39    | Muy insuficientes        | 19         | 48,7              | 48,7                 |
| Perdidos                  | 0     | Insuficientes            | 12         | 30,8              | 79,5                 |
| Media                     | 1,85  | Medianamente suficientes | 4          | 10,3              | 89,7                 |
| Moda                      | 1     | Suficientes              | 3          | 7,7               | 97,4                 |
| Desviación típica         | 1,065 | Muy suficientes          | 1          | 2,6               | 100,0                |

Fuente: Herramienta Estadísticos descriptivos en SPSS versión 25.

En la Tabla 2 se confirma que, los 4 profesionales con conocimientos suficientes para su desempeño profesional, reconocieron tener experiencia en la atención de 4 o más niños con este problema de salud; en contradicción con más de la mitad de los participantes que solo han tenido experiencia con 1 caso (69,2%). En este grupo de ubica la psiquiatra infanto-juvenil, un médico y dos enfermeras.

**Tabla 2. Distribución de las necesidades de formación según tipo de profesionales**

| Necesidades de formación         |       |      | Especialistas* |              |              |                 |
|----------------------------------|-------|------|----------------|--------------|--------------|-----------------|
|                                  | Total | %    | Psiquiatra (1) | Pediatra (1) | Médicos (18) | Enfermeros (19) |
| EC: 1                            | 27    | 69,2 |                |              | 13           | 14              |
| EC: 2 o 3                        | 8     | 20,5 |                | 1            | 4            | 3               |
| EC: ≥ 4                          | 4     | 10,3 | 1              |              | 1            | 2               |
| Generalidades de CS              | 39    | 100  | 1              | 1            | 18           | 19              |
| CS en niños                      | 6     | 15,4 | 1              |              | 3            | 2               |
| Síntomas/signos de RS            | 11    | 28,2 | 1              | 1            | 6            | 3               |
| Competencias para identificación | 14    | 35,9 | 1              | 1            | 7            | 5               |
| Competencias para seguimiento    | 29    | 74,4 | 1              | 1            | 15           | 12              |
| Competencias para prevención     | 8     | 20,5 | 1              | 1            | 4            | 2               |
| Fuentes de conocimientos         | 39    | 100  | 1              | 1            | 18           | 19              |
| Necesidades de formación         | 39    | 100  | 1              | 1            | 18           | 19              |

\*: Número entre paréntesis representa el total de especialistas por profesión. EC: Experiencia con casos. CS: Conducta suicida. RS: Riesgo suicida.

Fuente: Herramienta Tabla de co-ocurrencia código-documento en Atlas.ti 9.



Cualitativamente resulta significativo que el total de profesionales es capaz de ofrecer información general sobre la conducta suicida como problema de salud, especialmente con frases que confirman sus conocimientos para reconocer sus tipologías y su multicausalidad. Sin embargo, solo una minoría de 6 profesionales fueron capaces de identificar particularidades de estos comportamientos en edad infantil. En este grupo se incluyen la psiquiatra infanto-juvenil, 3 médicos y 2 enfermeras (ver Tabla 2).

Específicamente la pediatra, reconoció que no sabe identificar diferencias entre la conducta suicida de niños y adolescentes, ni identificar diferencias entre la ideación suicida, las amenazas suicidas y los gestos de suicidio. Al respecto, algunas frases fueron: “mis conocimientos son generales, no podría decirte características específicas en los niños y los adolescentes, los dos casos que he atendido tienen familias disfuncionales y han sufrido maltrato infantil, pero esto puede ser común a muchos casos donde no hay intentos suicidas”, “¿cuándo identifico si las ideas suicidas son para amenazar, para hacer un gesto o que quiere morirse de verdad?”.

De igual forma, menos de la mitad de los profesionales fueron capaces de identificar síntomas y signos de riesgo a conducta suicida infantil (28,2%). Los principales identificados fueron: disfuncionalidad familiar, depresión infantil, cambios bruscos de comportamiento o que los propios menores expresen abiertamente ideas de suicidio (Tabla 2).

Casi la totalidad de los médicos, los enfermeros y la pediatra expresaron que no conocen instrumentos de evaluación psicológica para profundizar en la idea suicida de los niños, solo utilizan la entrevista con los padres. Además, reconocen como una necesidad directa de formación la capacitación en herramientas comunicativas para explorar y evaluar conducta suicida con los niños y sus familias. Al respecto, predominaron frases como las siguientes: “no sé cómo preguntarle al niño por sus ideas de muerte”, “el tema de muerte es muy difícil de tratar con niños, ¿cómo le preguntas si quiere morirse de verdad?”, “necesito que me enseñen cómo hablar de muerte y suicidio con las familias”. Resultado que tiene relación con el bajo nivel de competencias para la identificación de los casos (14 profesionales, que representa el 35,9%; ver dato en Tabla 2).

Por su parte, la mayor cantidad de frases relacionadas con los procedimientos para la atención de los casos describen que los profesionales tienen competencias para el seguimiento de los mismos (74,4%) mediante: registro en las historias clínicas de las visitas al hogar, remisión de los casos al departamento de salud mental, y reporte estadístico del caso.

En relación con las competencias de prevención, menos de la mitad de los participantes (8, para un 20,5%) refiere dominar las herramientas y los recursos educativos para ejecutarla, pero confirman desconocimiento de los temas que se pudieran abordar y las formas de hacer. En este sentido, expresan mitos como los siguientes: hablar de suicidio estimula a hacerlo, no se habla de la muerte de forma grupal y abierta, a los niños no se les habla de muerte y suicidio.

Entre las fuentes de conocimientos, el total de participantes reconoció en primer lugar la experiencia personal en la atención de los casos, y sus propios procesos de búsqueda de información sobre el tema. Además, desconocen de cursos de postgrado especializados en el tema y del abordaje del tema en los medios de comunicación masiva. Pocos reconocieron que han recibido información por otros profesionales de la salud; incluyen entre esta fuente de conocimientos, las charlas educativas del equipo de salud mental en las reuniones del Grupo básico de trabajo (2 médicos y 1 enfermera, con las siguientes frases: “en dos ocasiones el psiquiatra no habló sobre el tema, en una reunión del grupo básico”, “la única preparación recibida fue una explicación del equipo de salud mental sobre cómo remitirle los casos”).

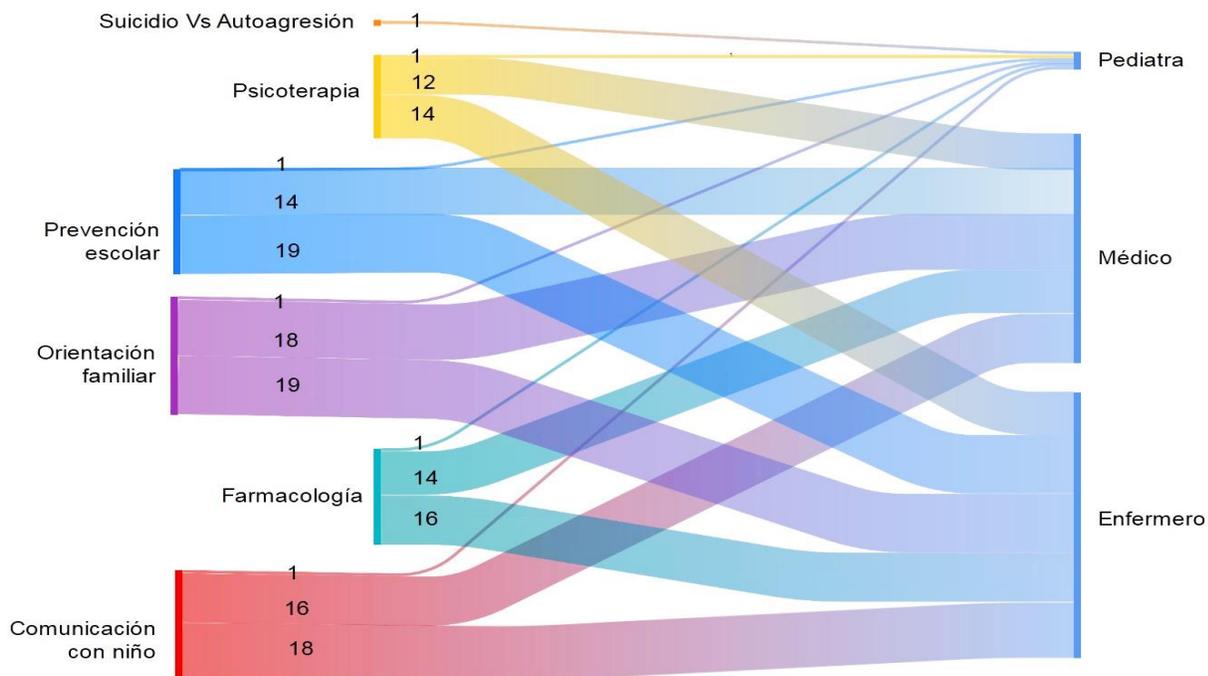
De igual forma, en casi el total de los participantes predominaron las necesidades directas de formación; especialmente relacionadas a la comunicación con los niños sobre sus comportamientos suicidas, la orientación familiar sobre el tema y para la realización de acciones de prevención con enfoque interinstitucional.

En el diagrama Sankey de la Figura 1 se ilustra la distribución de las necesidades directas de formación según el perfil profesional de los participantes. Por ejemplo, se evidencia que la pediatra expresó de forma directa las necesidades de formación sobre los procedimientos psicoterapéuticos y de orientación psicológica familiar; así como en diferenciar los intentos suicidas de las conductas autolesivas no suicidas.

En relación a los médicos, refieren bajo conocimiento sobre el cuidado de estos niños y sus familias, y poco desarrollo de competencias profesionales para el seguimiento de los casos durante los procesos psicoterapéuticos y farmacológicos. Además, revelan dificultades para desarrollar acciones preventivas en el contexto escolar, aunque 4 de ellos han realizado alguna debido a las exigencias de su trabajo.

En cambio, los enfermeros destacaron dificultades para abordar los temas directamente con las familias. Identifican recursos de comunicación limitados para realizar una entrevista y ofrecer orientación a la familia. Poco más de la mitad destaca que experimenta inseguridad en esos momentos.





**Figura 1. Distribución de las necesidades directas de formación según perfiles profesionales de los participantes**

Fuente: Herramienta Tabla de co-ocurrencia código-documento en Atlas.ti 9.

## Discusión

Estudios en Cuba sobre conducta suicida infantil confirman que existe un predominio de suicidios en varones y de intentos en niñas; con mayor tasa de ocurrencia en población adolescente, pero con manifestaciones de todos los comportamientos suicidas desde los 7 y 8 años. Entre los métodos más utilizados se identifican el ahorcamiento y el envenenamiento con ingestión de medicamento. Además, se ha identificado que los principales factores de riesgo se encuentran en el contexto familiar y en relación con antecedentes de violencia.<sup>(11, 12)</sup>

La complejidad de la prevención y la atención psicoterapéutica de la conducta suicida infantil, se debe a los procesos de personalidad que están en formación durante estas edades. Por ejemplo, los procesos psicológicos que se estructuran a partir de los siete años (aparición de la vivencia cargada de sentido, desarrollo de la moral convencional y de la autovaloración por logro propios, y la formación del concepto de muerte como un proceso irreversible y de posibilidad propia) confirman que una conducta suicida se produce por motivaciones propias desde estas edades.<sup>(13, 14)</sup> Además, evidencian que los niños que asumen

conductas suicidas tienen consciencia de la muerte como finalidad de un acto suicida; y por tanto, tienen intencionalidad real de morir.

Esta evidencia teórica desmitifica las creencias de que «los niños no hacen intentos de suicidio», «los niños no se quieren morir», «no se debe hablar de la muerte a los niños» o que «los intentos suicidas infantiles se realizan por imitación a los adultos».<sup>(15)</sup>

Los resultados del estudio que se presenta confirman que, los especialistas de la atención primaria de salud entrevistados también comparten algunos de estos mitos sobre la conducta suicida infantil, porque desconocen de las características específicas de estos comportamientos.

Los resultados también coinciden con otros estudios realizados en Cuba, que describen la preparación de los profesionales para la prevención de este problema de salud:<sup>(16-20)</sup>

- 70% y 90% de profesionales con desconocimiento general.
- Ausencia de formación en el tema durante el pregrado y de cursos especializados de postgrado.
- Falta de competencias profesionales para la evaluación psicológica del riesgo suicida, para la orientación psicológica familiar, y para la ejecución de acciones de prevención desde enfoques psicosociales (prevención con grupos de riesgo a nivel socio comunitario y de acciones interinstitucionales).

Aunque estos resultados coincidentes son importantes, los estudios precedentes tienen las siguientes limitaciones: abordan solamente el suicidio y el intento suicida como únicas formas de conductas suicidas, sin tomar en cuenta a la ideación, los gestos y las amenazas de suicidio; no especifican en las manifestaciones de la conducta suicida según las etapas del desarrollo psicológico (solo 1 estudio particularizó en la conducta suicida infantil cuando exploró sobre los mitos); no distinguen a los profesionales según experiencia en la atención de los casos; tampoco especifican en las necesidades de formación según el perfil profesional de los participantes; y los estudios donde se aplican estrategias educativas de capacitación profesional no describen los procedimientos ni los temas abordados.

Es a partir de este análisis que el presente estudio se reconoce como uno de los primeros que detalla en la formación profesional para la atención del comportamiento suicida en edades pediátricas.

De forma general, este estudio no está exento de limitaciones. La muestra estudiada es pequeña y los resultados no son generalizables. Sin embargo, evidencia que existe un vacío en la preparación de los profesionales de la atención primaria de salud para la atención particular de niños con conducta suicida y sus familias.

Es a partir de este resultado que se ofrecen las siguientes recomendaciones para procesos de capacitación profesional:



- Asumir la conducta suicida desde un enfoque teórico psicosocial; que se expresa en la comprensión holística de su multicausalidad y multiexpresividad, a través de todos los tipos de comportamientos suicidas, de sus especificaciones en cada etapa del desarrollo humano, y según condicionantes de cada contexto social.
- Capacitar sobre las particularidades de la conducta suicida infantil, asumiendo el reto de comprender los procesos psicológicos de personalidad que están en formación, así como la evidencia epidemiológica que describe las conductas suicidas en estas etapas.<sup>(10, 12)</sup>
- Formar a los profesionales desde una comprensión teórica de la conducta suicida infantil libre de mitos y creencias erróneas. Principalmente en relación con la negación de estos comportamientos en dicho grupo etario, en la comunicación directa con el niño y su familia sobre suicidio, y en el abordaje infantil de la muerte.<sup>(4, 15)</sup>
- Entender la relación bidireccional que existe entre funcionamiento familiar y conducta suicida infantil. Primero, asumiendo que los problemas del funcionamiento familiar constituyen factores determinantes de conducta suicida. Segundo, comprendiendo que un acto suicida infantil se convierte en una crisis paranormativa en la familia, y que afecta su funcionamiento.<sup>(10)</sup>
- Profundizar en la importancia de orientar y reeducar a las familias en el adecuado cumplimiento de la función educativa, por la influencia directa que tiene en el bienestar del niño y en el manejo adecuado que se haga del riesgo suicida.
- Los procesos de capacitación deben enfocarse en la formación de competencias profesionales, porque responde a los nuevos enfoques de la educación superior cubana y garantiza calidad en el futuro desempeño de los profesionales.<sup>(21, 22)</sup>
- Desde la formación en competencias, deben entrenarse los procedimientos para entrevistar clínicamente sobre el riesgo suicida infantil. Reto que impone la formación de habilidades para establecer procesos éticos y empáticos.<sup>(14)</sup>
- Entrenar en el uso de instrumentos de evaluación psicológica proyectiva (completamientos de frases y dibujos), así como en el uso de la entrevista familiar grupal e individual.<sup>(14)</sup>
- Profundizar en la formación de competencias para la identificación y notificación estadística de los casos de riesgo suicida; según los procedimientos establecidos por el Programa nacional de atención y prevención de la conducta suicida.<sup>(3, 4, 23)</sup>
- Entrenar en el manejo psicoterapéuticos de la depresión y la conducta suicida infantil. Así como en procedimientos de psicoterapia familiar con sobrevivientes de un suicidio o en etapas post intento suicida.<sup>(3, 14, 24)</sup>
- Entrenar en el manejo de orientación psicológica familiar y socio comunitaria. Especialmente, en el desarrollo de habilidades para el diseño, aplicación y evaluación de sesiones educativas grupales y con enfoque preventivo, y en contextos comunitarios y escolares. Tomar en cuenta las recomendaciones de la Organización mundial de la salud para la formación de habilidades para la vida en adolescentes.<sup>(24-26)</sup>

## **Conclusiones**

Los participantes fueron profesionales de la atención primaria de salud con experiencia en el manejo de niños con conducta suicida y sus familias; y casi el total reconoció tener conocimientos insuficientes para la atención clínica de estos casos.

Los profesionales con mayor experiencia en la atención de casos lograron identificar que la conducta suicida infantil se asocia con disfuncionalidad familiar, síntomas depresivos, cambios bruscos de comportamiento en los niños y expresión abierta de ideación suicida.

Según perfil profesional, hubo diferencias en las necesidades de formación. Los médicos y los enfermeros expresaron mayor número de necesidades relacionadas con el desarrollo de competencias para la comunicación directa con los pacientes y sus familias, al atención psicoterapéutica y farmacológica, y para la ejecución de acciones de prevención grupal. La pediatra expresó necesidades directas para diferenciar los tipos de comportamientos suicidas y para evaluar el riesgo. Mientras que la psiquiatra infanto-juvenil solo reconoció necesitar preparación para la aplicación de acciones preventivas en el contexto escolar.

## **Referencias bibliográficas**

1. Silva de Sousa G, Pereira dos Santos MS, Pereira da Silva AT, Albuquerque Perrelli JG, Botelho Sougey E. Suicide in childhood: A literatura review. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2017;22(9):3099-110. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85029936838&doi=10.1590%2f1413-81232017229.14582017&partnerID=40&md5=9f85b6352b67eb953782c2569d93afb5>.
2. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(22). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85075378659&doi=10.3390%2fijerph16224581&partnerID=40&md5=c7ee3a837527c4217ef032e64a4c41fa>.
3. Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2002;18(2):149-54. [acceso 23/01/2023]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200009&lng=es&tlng=es).
4. Pérez Barrero SA. Prevención del suicidio por el médico general. Principios para su capacitación. *Psiquiatría Biológica*. 2004;11(5):pp. 179-85. [acceso 23/01/2023]. Available from:



file:///C:/Users/reiniermg/Downloads/Psiq%20Biol%202004%20-  
Prevencion%20Suicidio%20Medico%20General--1.pdf.

5. Aguilar Hernández I, Louro Bernal I, Perera Milian LS. Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012;38(1):74-83. [acceso 23/01/2023]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000100008&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100008&lang=es).
6. Aguilar Hernández I, Sanabria Ramos G, Castañeda Abascal IE, Perera Milian LS. Evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. *Medimay*. 2019;26(3):349-62. [acceso 23/01/2023]. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92641>.
7. Blake OJ. Origen, detección y análisis de las necesidades de capacitación: Ediciones Macchi; 2000. [acceso 23/01/2023]. Available from: <http://www.fyc.vfct1209.avnam.net/sites/default/files/UNIDAD%206.%20%20ORIGEN%20Y%20%20DETECCI%C3%93N%20DE%20NECESIDADES%20DE%20CAPACITACI%C3%93N.pdf>.
8. Diz López MJ. Necesidades formativas. Modelos para su análisis y evaluación. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*. 2017;Extr(6):6-10. [acceso 23/01/2023].
9. Corona Miranda B, Alfonso Sagué K, Prado Rodríguez R, Hernández Sánchez M, Cuellar Luna L, Gámez Sánchez D. Estratificación epidemiológica de riesgo del intento suicida en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021;37(2):Artículo: e1296. [acceso 23/01/2023]. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=107746>.
10. Martín González R, Martínez García L, Ferrer Lozano DM. Family functioning and suicidal attempt in school children. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017;33(3):281-95. [acceso 23/01/2023]. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85040989974&partnerID=40&md5=8a80f47038eba8da0b04e54ff1302d4d>.
11. Corona-Miranda B, Alfonso-Sagué K, Hernández-Sánchez M, Cortés-Alfaro A. Attempted and completed suicide in Cuban adolescents, 2011-2014. *MEDICC Rev*. 2018;20(1):36-41. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85041624277&partnerID=40&md5=28abbd70483294d45e338c49b41b3d4f>.
12. Martín González R, Ferrer Lozano DM, Machado Rivero MO. Revisión sistemática sobre conducta suicida en niños menores de 12 años en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2020;36(2):e1079. [acceso 23/01/2023]. Available from: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1079>.



13. Palacios J, Hidalgo V. Desarrollo de la personalidad desde los 6 años hasta la adolescencia. In: Palacio J, Marchesi Á, Coll C, editors. Desarrollo psicológico y educación. 1. Psicología evolutiva. 2 ed: Alianza Editorial; 2014. p. 355-75.
14. Martín-González R, Ferrer-Lozano DM, Lorenzo Ruiz A. Consideraciones teórico-metodológicas para la evaluación psicológica del funcionamiento familiar en niños con conducta suicida. *Revista cubana de Psicología*. 2023;5(7):196- 220. Available from: <https://revistas.uh.cu/psicocuba/article/view/6105>.
15. Pérez Barrero SA. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005;34(3):386-94. [acceso 23/01/2023]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634305.pdf>.
16. Simón Pineda M, González Fernández L, Planche Rodríguez D, Parlado Brown M, Olivares Martínez O. Conocimiento sobre conducta suicida en profesionales de la salud. *Revista de Información Científica*. 2015;94(6):1228-38. [acceso 23/01/2023]. Available from: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/152>.
17. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Jerez SG, Izaguirre Remón RC, Núñez Bentancourt FL, Yero Quesada Y. Conocimientos sobre prevención del intento de suicidio en estudiantes de Medicina y médicos de familia. *Revista de Educación Médica del Centro*. 2019;11:27-41. [acceso 23/01/2023]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742019000100027&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100027&nrm=iso).
18. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A. Competencia y desempeño del médico de la familia en la prevención de la conducta suicida a nivel comunitario. *Multimed*. 2020;24(5):1033-55. [acceso 23/01/2023]. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99340>.
19. García Abreu D, Álvarez Insua M, Llopiz Guerra K. A propósito de Prevención del suicidio. El papel vital de la Atención Primaria de Salud. *EDUMECENTRO*. 2024;16. Available from: <https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/e2856/html>.
20. González Sábado RI, Izaguirre Remón RC. Evaluación de la competencia preventivo-suicidológica del especialista en Medicina General Integral. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2024;21(1). Available from: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/452>.
21. Ortiz M, Rodríguez IM, Sardiñas ME, Balado RM, Portuondo OA. Enfoque de competencias en el proceso formativo del especialista en Pediatría. *Revista Cubana Pediatría*. 2016;88(2). [acceso 23/01/2023]. Available from: <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/113/46>.



22. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N, Ramírez Hernández BM. Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. *Educación Médica Superior*. 2018;32(1):130-40. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412018000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100013).
23. Organización Panamericana de la Salud. Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones: Autor; 2018. [acceso 23/01/2023]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49120>.
24. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Washington, DC: Autor; 2016. [acceso 23/01/2023]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31167>.
25. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países: Autor; 2021. [acceso 24/02/2022]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>.
26. Martín-González R, Ferrer-Lozano DM. Necesidades formativas de docentes de educación primaria para la prevención del suicidio. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*. 2023;10(2):161-79. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9231935>.

**Conflictos de intereses:** No se declaran conflictos de intereses.

#### **Contribución de autoría:**

Reinier Martín-González: Participó en la idea y diseño del estudio, en la recogida, el análisis y la interpretación de los datos; en la redacción del artículo, su revisión crítica, y en la aprobación de la versión final para la publicación.

Dunia Mercedes Ferrer-Lozano: Participó en la idea y diseño del estudio, diseñó las entrevistas y la operacionalización de la variable, en el análisis y la interpretación de los datos; en la redacción del artículo, su revisión crítica, y en la aprobación de la versión final para la publicación.

