



ARTÍCULO REVISIÓN

¿Preguntar sobre conductas suicidas tiene efectos negativos?: una revisión narrativa basada en evidencia

Does asking about suicidal behavior have negative effects?: An evidence-based narrative review

Jonatan Baños-Chaparro¹  

¹Universidad Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud. Lima, Perú.

Recibido: 10 de junio de 2021

Aceptado: 17 de septiembre de 2021

Publicado: 23 de octubre de 2021

Citar como: Baños-Chaparro J. ¿Preguntar sobre conductas suicidas tiene efectos negativos?: Una revisión narrativa basada en evidencia. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 25(6): e5166. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5166>

RESUMEN

Introducción: en la población general e incluso entre los profesionales de la salud, aún persisten mitos sobre el suicidio. Un mito común es la consideración de que las interpelaciones sobre conductas suicidas pueden inducir ideas y conductas suicidas posteriores. Esto se considera es una barrera para la evaluación y programas de prevención.

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre los daños o beneficios de preguntar sobre conductas suicidas en población general o clínica.

Métodos: el tipo de investigación es teórica y se utilizó el método de revisión narrativa para resumir la evidencia de estudios primarios. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed y EBSCO, como también en el buscador Google académico. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión.

Desarrollo: los resultados de las investigaciones cuantitativas y cualitativas indican que preguntar sobre conductas suicidas directamente o mediante instrumentos psicométricos, no implica cambios en los estados de ánimo y tampoco aumenta o induce, conductas suicidas posteriores en población general o clínica. Por el contrario, las personas apoyan la evaluación, indican los beneficios individuales y sociales, así como la necesidad de hablar sobre conductas suicidas.

Conclusiones: contrariamente a las creencias y mitos. La evidencia empírica demuestra que preguntar sobre conductas suicidas en población general o clínica, no tiene efectos negativos. Realizar estas preguntas de manera responsable, compasiva e informativa, favorece la apertura y confianza para iniciar conversaciones, revelar algún tipo de conducta suicida y reconsiderar una planificación, intento o ideas. También invita a la persona a reflexionar sobre las razones para vivir.

Palabras clave: Evaluación en Salud; Suicidio; Ideación Suicida; Intento de Suicidio; Revisión; Impactos en la Salud.

ABSTRACT

Introduction: in the general population and even among health care professionals, myths about suicide still persist. A common myth is the consideration that asking about suicidal behaviors may induce suicidal ideation and subsequent suicidal behaviors. This is a barrier to assessment and prevention programs.

Objective: to synthesize the evidence on the harms or benefits of asking about suicidal behaviors in general or clinical population.

Methods: the type of research is theoretical and the narrative review method was used to summarize the evidence from primary studies. A bibliographic search was carried out in Pubmed and EBSCO databases, as well as in the academic Google search engine. Inclusion and exclusion criteria were established.

Development: the results of quantitative and qualitative research indicate that asking about suicidal behaviors directly or by means of psychometric instruments do not imply changes in the state of mind and does not increase or induce subsequent suicidal behaviors in the general or clinical population. On the contrary, people support the assessment; indicating individual and social benefits, as well as the need to talk about suicidal behaviors.

Conclusions: contrary to beliefs and myths. Empirical evidence shows that asking about suicidal behaviors in the general or clinical population has no negative effects. Asking these questions in a responsible, compassionate, and informative manner encourages openness and confidence to initiate conversations, disclose suicidal behavior, and reconsider suicidal planning, attempts, or ideation. It also invites the person to reflect on the reasons for living.

Keywords: Health Evaluation; Suicide; Suicidal Ideation; Suicide, Attempted; Review; Impacts on Health.

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, los profesionales de la salud, investigadores y otras profesiones relevantes, por ejemplo, trabajadores sociales, periodismo, policías, bomberos, han brindado una mayor atención a los problemas de conductas suicidas y su prevención. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó un plan de acción integral sobre la salud mental en el 2013, donde una de las acciones propuestas para los asociados internacionales y nacionales, era reducir en un 10 % la tasa de muertes por suicidio para el año 2020 en diversos países.⁽¹⁾

Asimismo, la creación de asociaciones, sociedades y grupos de investigación, comparten el mismo interés de prevenir, abordar y divulgar, con responsabilidad e información basada en evidencia, acerca de las conductas suicidas y las formas de obtener apoyo en estas situaciones.

No obstante, a pesar de los esfuerzos y avances del conocimiento científico. Aún en la población general e incluso, entre profesionales de la salud, persiste el estigma y mitos sobre las conductas suicidas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha informado sobre estos problemas y, entre los mitos más comunes está la consideración de que "hablar de suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo". Evidentemente este mito es falso y la OPS indica que "en lugar de alentar un comportamiento suicida, el conversar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para replantear su decisión, previniendo así el suicidio".⁽²⁾

Una de las estrategias de prevención del suicidio para identificar a personas en riesgo, es la aplicación de instrumentos de cribado confiables para indagar sobre conductas suicidas o preguntar directamente a las personas sobre ideas suicidas activas (pensamientos específicos de suicidarse) o pasivas (sin perspectiva de suicidio), como también averiguar su frecuencia (ideas fijas o fluctuantes), si existe la elección de un método y si tiene acceso a ello, planificación a corto o mediano plazo, si tiene soporte familiar o social, entre otros aspectos más.^(3,4)

A pesar de estas prácticas recomendables, el temor de preguntar sobre conductas suicidas e "inferir subjetivamente" de que se induce ideación suicida (IS) en el individuo, es una de las barreras que imposibilita la identificación de casos vulnerables o en probable riesgo. Esta percepción se encuentra, lamentablemente, entre los profesionales de la salud. Por ejemplo, una investigación en médicos generales franceses reveló que, el 10 % respaldó la creencia de que preguntar sobre el suicidio puede inducir conductas suicidas.⁽⁵⁾

Mientras que otros estudios con participación de médicos, encontró que el 35,9 % considera que la evaluación de pensamientos suicidas en pacientes deprimidos podría inducir autolesiones o las razones para no evaluar las conductas suicidas, es debido a que no quieren provocar ninguna idea suicida al paciente.^(6,7) Estas preocupaciones erróneas solo conducen a una limitada evaluación del riesgo de conductas suicidas, dificultades para la ejecución de programas de prevención o investigación y, como también, los tratamientos basados en evidencia para su intervención. La tendencia no solo se circunscribe en los entornos de salud pública, sino también en la población general, por ejemplo, comunidades rurales.⁽⁸⁾

Preguntar sobre conductas suicidas no solo permite comprender su topografía, sino que cumple la función de asistir a la persona, resolver sus dudas y reducir el estigma. De acuerdo con este punto de vista, se brinda una estrategia o espacio adicional a las personas que ocultan sus conductas suicidas o les resulta difícil buscar ayuda. Un estudio de 66 personas que asistieron a psicoterapia y ocultaron la IS a su terapeuta, indicaron que las razones de ocultarlo se deben a experiencias emocionales (45 %) por ejemplo, vergüenza, estigma, culpa y miedo a ser juzgados.⁽⁹⁾

Una revisión sistemática y metanálisis sobre la prevalencia de contacto a los servicios de salud mental un año antes de la muerte por suicidio, reveló que las personas hospitalizadas o ambulatorias, solo el 18,3 % y 26,1 % tuvo contacto con los servicios de salud mental, respectivamente.⁽¹⁰⁾

La búsqueda de ayuda suele ser menor; algunas personas que experimentan conductas suicidas, consideran la alternativa de enfrentar solos su problema y no buscar ayuda profesional.^(9,11) Las creencias de que la evaluación de conductas suicidas tiene daños potenciales en los individuos, impide la detección adecuada para casos probables de riesgo de suicidio.^(5,6,7)

Debido a la gran preocupación entre los profesionales de la salud y la población general de que preguntar sobre conductas suicidas puede desencadenar ideas y conductas suicidas posteriores; es oportuno realizar una revisión basada en evidencia sobre estudios que hayan abordado estos asuntos. De ahí que, el objetivo de la investigación es sintetizar la evidencia sobre los daños o beneficios de preguntar o evaluar sobre conductas suicidas en población general o clínica.

MÉTODOS

El tipo de investigación es teórica y se utilizó el método de revisión narrativa para resumir la evidencia de estudios primarios en relación a la pregunta de investigación planteada, cuyo objetivo fue averiguar si preguntar o evaluar sobre las conductas suicidas tiene efectos negativos en las personas.

Para cumplir este propósito, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en el buscador de acceso libre Google académico y las bases de datos de Pubmed y EBSCO, a este último se accedió mediante la biblioteca virtual del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC) de Perú. La búsqueda se realizó durante el mes de mayo del 2021. Se describen las ecuaciones de búsqueda y resultados en cada base de datos y buscador. (Tabla 1)

En este estudio se establecieron criterios de inclusión y exclusión. En ese sentido, los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) investigaciones revisadas por pares, b) período de publicación entre 2016 y 2021 (mayo), c) objetivo o resultados del estudio orientado a los daños o beneficios de preguntar o evaluar sobre las conductas suicidas, d) investigaciones cuantitativas, cualitativas o mixtas, y e) publicaciones en inglés y español. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron los siguientes: a) investigaciones no revisadas por pares, b) publicaciones que no se encuentren en el rango de año establecido, c) investigaciones de tipo carta al editor, puntos de vista, comentarios, tesis, revisiones, libros y capítulos de libros, y d) publicaciones redactadas en otros idiomas que no son inglés ni español.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda. CONCYTEC Perú. Mayo del 2021.

Base de datos/buscador	Ecuación de búsqueda	Resultados
Pubmed	((talk about suicide OR suicide risk OR suicidal ideation) AND (iatrogenic effects OR suicidal ideation screening)) AND (induce suicide OR ask suicide OR benefit effects OR self-injurious OR suicide attempt OR self harm OR question suicide OR suicidal behavior OR way talking)	1,962
EBSCO	TI talk about suicide OR TI suicide risk OR TI suicidal ideation AND TI iatrogenic effects OR TI suicidal behavior AND TI induce suicide OR TI ask suicide OR TI benefit effects OR TI self-injurious OR TI suicide attempt OR TI question suicide OR TI way talking	2,952
Google académico	[((talk about suicide OR suicide risk OR suicidal ideation) AND (iatrogenic effects OR suicidal ideation screening)) AND (induce suicide OR ask suicide OR benefit effects OR self-injurious OR suicide attempt OR self harm OR question suicide OR suicidal behavior OR way talking)]	2,060

DESARROLLO

Evidencia empírica cuantitativa y cualitativa

Los resultados evidencian seis investigaciones que cumplieron los criterios de inclusión. De los cuales, cinco investigaciones eran cuantitativas (83 %) y un mixto (17 %). Los diseños de investigación mayormente fueron ensayos controlados aleatorios (ECA), y otros diseños, por ejemplo, experimental, longitudinal, cohortes prospectivo y ensayo multicéntrico. Gran parte de

los estudios se realizaron en Estados Unidos, además de otros países, por ejemplo, Inglaterra, Holanda y Singapur. (Tabla 2)

Por otro lado, el tipo de participantes en general fueron adultos jóvenes con o sin riesgo de suicidio de educación superior (universitarios), seguido de adolescentes de educación básica (secundaria) y condición clínica (servicios de pediatría), como también adultos de población general. En relación a los resultados, la mayoría de los estudios indican que evaluar conductas suicidas mediante instrumentos psicométricos o preguntar directamente, no resulta en efectos o consecuencias negativas en las personas, es decir, no hay cambios en los estados de ánimo y tampoco aumenta las conductas suicidas. ^(12,13,14)

Un estudio evidenció disminución de la IS, ⁽¹⁵⁾ y otros participantes describieron la encuesta como favorable.⁽¹⁶⁾ El estudio mixto demostró en el análisis cuantitativo un apoyo a la evaluación del riesgo de suicidio y, en el análisis cualitativo, surgieron temáticas en relación a la prioridad de la prevención del suicidio, las ventajas para las personas evaluadas y la ausencia de daño al preguntar sobre conductas suicidas.⁽¹⁷⁾

Tabla 2. Investigaciones cuantitativas y cualitativas

Artículo	Diseño	País	Participantes	Resultados
Bender <i>et al.</i> ⁽¹²⁾	Ex	Estados Unidos	147 estudiantes universitarios	La evaluación de riesgo de suicidio no tiene efectos adversos y tampoco aumenta el suicidio $F(1,142) = 0,02$, $p = 0,89$.
Harris y Goh ⁽¹³⁾	ECA	Singapur	200 estudiantes universitarios, 59 adultos	No hubo cambios estadísticamente significativos ($p > 0,10$) en los estados emocionales para aquellos con riesgo de suicidio. La evaluación de conductas suicidas no conlleva efectos negativos.
de Beurs <i>et al.</i> ⁽¹⁴⁾	ECA	Holanda	301 estudiantes universitarios	Para la mayoría de los participantes, incluso los de alto riesgo, responder preguntas sobre suicidio no afecta su estado de ánimo ($p > 0,05$).
Hom <i>et al.</i> ⁽¹⁵⁾	L	Estados Unidos	207 estudiantes universitarios	Sin aumento de IS por evaluación repetida ($p > 0,08$). Se evidenció disminución de IS (7,7 %) o estabilidad (89,4 %). No existen efectos iatrogénicos.
Lockwood <i>et al.</i> ⁽¹⁶⁾	CP	Inglaterra	646 estudiantes de secundaria	No hubo cambios emocionales después de preguntar sobre conductas autolesivas en el seguimiento $F(1,427) = 0,38$, $p = 0,54$. La mayoría calificó la encuesta en términos positivos y neutrales en general (79,7 %).
Ross <i>et al.</i> ⁽¹⁷⁾	EM	Estados Unidos	200 adolescentes (condición médica pediátrica)	El 81 % apoyó la detección del riesgo de suicidio. El análisis cualitativo identificó temas de importancia de prevención del suicidio, beneficios emocionales y ausencia de daño al preguntar sobre conductas suicidas.

Leyenda: Ex. experimental. L. longitudinal. CP. Cohortes prospectivo. ECA. Ensayo controlado aleatorio. EM. Ensayo multicéntrico.

¿Existe diferencias en población general y clínica?

La preocupación asociada a que preguntar sobre conductas suicidas implicaría un mayor riesgo de suicidio o angustia psicológica, ha sido parte de los grandes mitos vinculados a las muertes por suicidio. Esta preocupación no se restringe en la pregunta, sino que se extiende en el tipo de población. Por ejemplo, un estudio cualitativo encontró diversas barreras para implementar un programa de prevención del suicidio en adultos de comunidades rurales, donde la falta de conocimiento y la preferencia de no discutir o hablar sobre las conductas suicidas, eran las principales dificultades. Las razones que indicaban los adultos eran debido a que provocaba incomodidad y miedo, pues podría incitar una muerte por suicidio o conceder ideas a las personas, motivo por el cual preferían no hablar sobre esos temas.⁽⁸⁾

Situación similar también se evidencia en población clínica, donde los profesionales de la salud, responsables de identificar aquellos casos en riesgo y brindar un tratamiento adecuado, presentan estigma y poco conocimiento para abordar casos en probable riesgo de suicidio.^(5,6)

Afortunadamente, la evidencia empírica no respalda estas suposiciones. En particular, las investigaciones indican que no existen diferencias en población general o clínica, es decir, no se evidencia efectos iatrogénicos (efectos negativos) en ambos grupos de población. Por ejemplo, respecto a la población general, un estudio evaluó si la ejecución de un programa de prevención universal sobre conductas suicidas causaba efectos negativos en escuelas de secundaria, los hallazgos demostraron que no hubo evidencia de que el programa indujera IS o causara angustia emocional, de hecho, ambos disminuyeron después del programa.⁽¹⁸⁾

Mientras que otro programa de prevención dirigido a adolescentes con o sin antecedentes de autolesiones no suicidas, reportó que no involucra efectos negativos, por el contrario, se informó que ambos grupos tenían una probabilidad reducida de autolesionarse en un futuro y, además, adquirieron mayor conciencia emocional y búsqueda de ayuda profesional.⁽¹⁹⁾ Resultados similares también se encuentra en población adulta joven, donde la evaluación de conductas suicidas no conlleva efectos negativos, ni cambios emocionales,⁽¹⁵⁾ mayor aún, las campañas de concientización de la prevención de conductas suicidas implica mayor apertura hacia los servicios de salud mental y las líneas de ayuda gratuitas.⁽²⁰⁾

Por otro lado, en relación a la población clínica, cualquier persona basada en los mitos y estigma, podría concluir que sería un riesgo evaluar o preguntar directamente sobre conductas suicidas a las personas hospitalizadas por diversos problemas físicos o psicológicos. Por el contrario, la evidencia sugiere que esto es falso. Por ejemplo, un estudio con participación de jóvenes diagnosticados con cáncer, concluyó que el cribado de riesgo de suicidio fue aceptable para la mayoría de los jóvenes (75 %) y padres de familia (84,4 %), además, sugirieron que los entornos médicos se deberían evaluar constantemente para detectar casos probables en riesgo.⁽²¹⁾ Mientras que otro estudio con participación de adultos que acudían a medicina general, y otros que tenían un diagnóstico de cáncer y enfermedades infecciosas, el 81 % apoyó la evaluación de conductas suicidas y calificó su experiencia de someterse a una evaluación de suicidio como positiva (79 %) y neutral (19 %).

Asimismo, enfatizaron que debería preguntarse directamente sobre las conductas suicidas, dado que los problemas médicos pueden tener un impacto significativo en el aspecto psicológico.⁽²²⁾ Por último, un estudio cualitativo con participación de pacientes depresivos, refiere que las preguntas sobre conductas suicidas son apropiadas y valiosas para el contexto clínico, puesto que permite brindar información relevante para los profesionales de la salud y una forma de obtener ayuda para discutir, reflexionar y conversar sobre estos asuntos.⁽²³⁾

Importancia y beneficios de preguntar sobre conductas suicidas

La utilidad de la evaluación de conductas suicidas en la práctica clínica e investigación, es una actividad recomendable para la identificación y prevención.⁽²⁴⁾ La importancia se fortalece cuando el profesional de la salud establece una evaluación integral de la salud psicológica del individuo y, en consecuencia, elabora un plan de tratamiento para su intervención en base a sus necesidades. La atención especializada y centrada en la persona, promueve una mayor adherencia y confianza en el individuo. Considerar que la evaluación de conductas suicidas no funciona o "induce" conductas suicidas posteriores, es totalmente falso. Aquello solo reflejaría el desconocimiento y la falta de capacitación para el abordaje de las conductas suicidas, dado que la evidencia empírica sugiere todo lo contrario.^(13,14)

Asimismo, razones adicionales también podrían estar relacionadas con aspectos legales, debido a que la ausencia de este tipo de evaluación no estaría en función de un estándar adecuado de atención clínica y, probablemente, suponga responsabilidades para el médico y otros profesionales de la salud en acciones negligentes.⁽²⁵⁾

Los beneficios de preguntar sobre conductas suicidas son múltiples. En principio, permite al profesional de la salud ejercer una práctica profesional basada en evidencia, puesto que la evaluación mediante instrumentos psicométricos o preguntas directas, no tiene ningún efecto negativo.^(12,17)

En segundo lugar, orienta al profesional de la salud a realizar derivaciones pertinentes a las áreas especializadas, por ejemplo, unidades de prevención e intervención intensiva en conductas suicidas, instituciones de salud mental, áreas de psicología clínica, etcétera. Asimismo, es importante destacar en este punto, que en el caso sea el psicólogo, en principio, que identifique este problema, la evaluación proporcionaría suficiente información para examinar la topografía de las conductas, evaluar factores de riesgo y protección, orientar una probable intervención terapéutica o plan de seguridad. Este último tiene el objetivo de promover en el individuo las estrategias suficientes para afrontar diversos factores de riesgo. En tercer lugar, promueve en el entorno clínico una mayor psicoeducación sobre las conductas suicidas, resuelve los mitos asociados al suicidio y disminuye el estigma.^(15, 19,23)

Estos tres aspectos, tendrían relevancia para la salud pública, dado que brindaría mayor apertura para conversar sobre conductas suicidas, confianza para revelar sobre algún tipo de conducta suicida y adherencia al tratamiento psicológico o planes de seguridad. (Fig. 1)

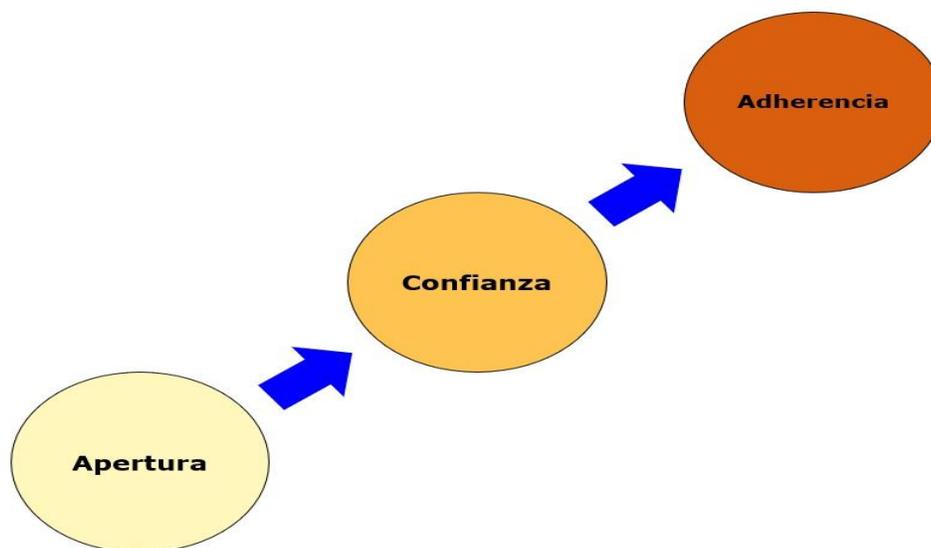


Fig. 1 Relevancia de preguntar sobre conductas suicidas en salud pública

Por otro lado, los beneficios también se prolongan en la ejecución de programas de prevención y la opinión de los evaluados. En concreto, los programas de prevención universal indican que los participantes demuestran un aumento en el conocimiento sobre las conductas suicidas, disposición para hablar sobre el suicidio y probabilidad de buscar ayuda profesional si experimentan en algún momento de sus vidas IS,⁽¹⁸⁾ mientras que otra investigación refiere que los participantes conciben la experiencia como una lección informativa para ayudar a otros compañeros en situaciones de riesgo.⁽¹⁹⁾

Los evaluados mayormente señalan que las preguntas sobre conductas suicidas conduce a la intervención, protección y seguridad,⁽²²⁾ además que brinda la oportunidad de compartir la IS por primera vez, sentir bienestar psicológico luego de responderlas y reflexionar sobre la vida.⁽¹⁵⁾ Todo ello refuerza las conexiones entre la investigación, la práctica clínica y el impacto de la evaluación de conductas suicidas.

Más allá de las preguntas: una sociedad dispuesta hablar sobre conductas suicidas

Los antecedentes históricos y filosóficos del suicidio, ha sido abordado de diferentes perspectivas durante la historia del ser humano. En la antigua Grecia, los filósofos consideraban el suicidio como un acto de libertad y otros como un acto de cobardía y atentado contra la sociedad. Más adelante, en el periodo de la edad media, el cristianismo explicaba que el suicidio era considerado un pecado y, por lo tanto, las personas que morían por suicidio, eran castigados de tres formas: condena eterna en el infierno con la no absolución del cuerpo, lesiones al cuerpo (descuartizándolo y quemándolo en público) y retiro de las pertenencias del suicida a los familiares. En otras circunstancias, si el suicidio no era consumado, las personas eran torturadas por los clérigos para expulsar los demonios, pues se creía que estaban poseídos.

Estas acciones fueron progresivamente abandonadas con el surgimiento del racionalismo en el periodo moderno, donde las personas con intentos de suicidio eran aisladas de la sociedad, dado que otros individuos podrían imitar su conducta. Más tarde, se decidió agruparlos en cárceles con personas que estaban recluidas por un determinado delito. En ese sentido, el suicidio ya no era un asunto religioso, sino jurídico y legal, dado que era percibido como un acto delictivo.⁽²⁶⁾

Vinculado con lo anterior, durante el siglo XIX, el suicidio se conceptualizó como un fenómeno sociológico, que a pesar que el acto suicida sea individual, su naturaleza es de índole social por diversos factores determinantes, que implican problemas económicos, apoyo social, geografía, entre otros. Desde entonces, a mediados del siglo XX, las ideas existencialistas, el desarrollo de las teorías científicas psicológicas, enfoques alternativos como el modelo biopsicosocial, etcétera. Contribuyeron al concepto y definición actual del suicidio como un conjunto de conductas que van en contra de la salud y bienestar de la persona, razón por la cual es considerado un problema de salud pública.^(1,2,26)

A partir de esta perspectiva histórica, es probable que las consecuencias y acciones que sucedieron en los siglos pasados lograran reforzar en la sociedad prohibir hablar sobre el suicidio, y mantener mitos aún relacionados con estos temas.^(2,8) No obstante, la situación actual es muy diferente y la evidencia empírica sugiere que existe una gran necesidad de hablar sobre conductas suicidas y reducir el estigma,^(18,20) dado que el lenguaje que se utiliza generalmente, es insensible, alarmante e irrespetuoso.

Las investigaciones indican que, de una manera responsable, compasiva e informativa, la sociedad actual está dispuesta a hablar sobre conductas suicidas. Por ejemplo, un estudio con participación de adultos entre 40 a 85 años de comunidades rurales, reveló que no hubo comentarios negativos o negar su consentimiento al preguntar sobre conductas suicidas. De hecho, el 96,1 % indicó que estaba muy satisfecho con las evaluaciones de riesgo de suicidio, porque permitía brindar ayuda necesaria a los que necesitan. Además, estaban dispuestos a hablar sobre suicidio, dado que identificaron necesidades de servicio de salud mental en sus comunidades.⁽²⁷⁾

Otro estudio desarrolló un folleto educativo para ayudar a familiares y amigos a reconocer y responder adecuadamente a una posible crisis suicida. Los folletos se distribuyeron en agencias de primera línea y organizaciones comunitarias. Los resultados indicaron que los folletos minimizaban el tabú relacionado al suicidio y brindaba confianza a las personas para iniciar conversaciones sobre conductas suicidas.⁽²⁸⁾

Por otro lado, el avance de la tecnología en la actualidad, ha facilitado que las interacciones cotidianas se vea modificada a través de las redes sociales y las herramientas móviles. Las instituciones de salud examinan los beneficios de utilizar estas herramientas digitales a favor de la prevención del suicidio, dado que tienen un mayor alcance en la sociedad y proporciona una comunicación inmediata en cualquier lugar del mundo con acceso a internet.

En ese sentido, en los últimos años, los programas de prevención de suicidio observaron grandes oportunidades de intervención y estrategias basadas en otros medios de comunicación. Por ejemplo, un estudio basado en redes sociales, encontró que el 80 % de los adolescentes adquirió nuevas habilidades para hablar sobre conductas suicidas en línea o fuera de línea, además que se sintieron más capacitados para brindar apoyo emocional a personas que puedan experimentar algún tipo de conducta suicida,⁽²⁹⁾ mientras que otro estudio demostró que las campañas en redes sociales mejoran la alfabetización sobre el suicidio y es un espacio seguro para comunicarse entre jóvenes adultos.⁽³⁰⁾

En ese sentido, los estudios en general, concluyen la disponibilidad de hablar sobre conductas suicidas, y encuentran beneficios individuales y sociales. Los beneficios individuales se relacionan a una mayor información sobre conductas suicidas, habilidades para iniciar conversaciones sobre estos asuntos y capacidad para brindar apoyo emocional. Mientras que los beneficios sociales se vinculan a reducir los mitos y estigmas asociados, como también brindar espacios seguros de comunicación, inclusive en redes sociales.

CONCLUSIONES

La evidencia empírica demuestra que preguntar sobre conductas suicidas, ya sea a través de instrumentos psicométricos de evaluación o preguntas directas, no tiene ninguna consecuencia negativa en población general o clínica. De hecho, los resultados de las investigaciones señalan que tiene diversos beneficios, por ejemplo, aumento en el conocimiento sobre conductas suicidas y sus mitos asociados, búsqueda de ayuda profesional, apertura y confianza para hablar sobre el suicidio o revelar algún tipo de conducta suicida, adherencia a las intervenciones psicológicas o planes de seguridad, oportunidad de aprendizaje para identificar o ayudar a otros compañeros en situaciones de riesgo, apoyo a las evaluaciones de conductas suicidas y experiencias positivas. En ese sentido, promueve en el evaluado seguridad y protección, incluso los resultados indican que, en algunos casos, las conductas suicidas disminuyen.

Por lo tanto, los profesionales de la salud desempeñan una función importante en las vidas de las personas. En ocasiones, las personas les resulta difícil aceptar y afrontar diversos problemas físicos y psicológicos, más allá de los problemas económicos, laborales y apoyo social que puedan percibir o no. En lugar de etiquetar conductas, reforzar mitos y preocupación. La evidencia indica que conversar o preguntar sobre conductas suicidas de manera responsable, compasiva e informativa, favorece a los individuos para iniciar conversaciones y reconsiderar una planificación, intento o ideas suicidas. Una atención clínica especializada y amable, no solo permite que la persona se sienta segura para comunicar si ha experimentado conductas suicidas en el pasado o presente, sino que también invita a la reflexión de las razones para vivir.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés económico, institucional, laboral o personal al realizar este artículo.

Contribución de autoría

JBCH: participó en la conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Financiación

El autor no recibió financiamiento para realizar la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS[Internet]. 2013 [citado 04/06/2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2017 [Internet]. Washington, D.C: OPS. 2018 [citado 04/06/2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49121>
3. Ng CW, How CH, Ng YP. Depression in primary care: assessing suicide risk. Singapore Med J [Internet]. 2017 [citado 04/06/2021]; 58(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5311887/>

4. Baños-Chaparro J. Suicidio por arma de fuego: un problema de salud pública. *Medisur* [Internet]. 2021 [citado 04/06/2021]; 19(2): 1-4. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4973>
5. Bocquier A, Pambrun E, Dumesnil H, Villani P, Verdoux H, Verger P. Physicians' characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: a French panel survey of general practitioners. *PLoS One* [Internet]. 2013 [citado 04/06/2021]; 8(12): e80797. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24339883/>
6. Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, Methuen C, Patel M, Joseph M. Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Ment Health Fam Med* [Internet]. 2008 [citado 04/06/2021]; 5(4): 229-35. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22477874/>
7. Elzinga E, Gilissen R, Donker GA, Beekman AT, de Beurs DP. Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado 04/06/2021]; 9(4): e027624. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31023763/>
8. Monteith LL, Smith NB, Holliday R, Dorsey Holliman BA, LoFaro CT, Mohatt NV. "We're Afraid to Say Suicide": Stigma as a Barrier to Implementing a Community-Based Suicide Prevention Program for Rural Veterans. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2020 [citado 05/06/2021]; 208(5): 371-76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31895224/>
9. Blanchard M, Farber BA. "It is never okay to talk about suicide": Patients' reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. *Psychother Res* [Internet]. 2020 [citado 05/06/2021]; 30(1): 124-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30409079/>
10. Walby FA, Myhre MØ, Kildhal AT. Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2018 [citado 05/06/2021]; 69(7): 751-59. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201700475>
11. Baños-Chaparro J. Comportamiento suicida en el trastorno del espectro autista. *Revista Española de Discapacidad* [Internet]. 2021 [citado 05/06/2021]; 9(1): 285-294. Disponible en: <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/747/432>
12. Bender TW, Fitzpatrick S, Hartmann MA, Hames J, Bodell L, Selby EA, et al. Does it hurt to ask? An analysis of iatrogenic risk during suicide risk assessment. *Neurol Psychiatry Brain Res* [Internet]. 2019 [citado 06/06/2021]; 33: 73-81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0941950019300648>
13. Harris KM, Goh MT. Is suicide assessment harmful to participants? Findings from a randomized controlled trial. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2017 [citado 06/06/2021]; 26(2): 181-90. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inm.12223>
14. de Beurs DP, Ghoncheh R, Geraedts AS, Kerkhof AJ. Psychological Distress Because of Asking about Suicidal Thoughts: A Randomized Controlled Trial among Students. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2016 [citado 06/06/2021]; 20(2): 153-9. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13811118.2015.1004475?needAccess=true>

15. Hom MA, Stanley IH, Rogers ML, Gallyer AJ, Dougherty SP, Davis L, et al. Investigating the iatrogenic effects of repeated suicidal ideation screening on suicidal and depression symptoms: A staggered sequential study. *J Affect Disord* [Internet]. 2018 [citado 06/06/2021]; 232: 139-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29486340/>
16. Lockwood J, Townsend E, Royes L, Daley D, Sayal K. What do young adolescents think about taking part in longitudinal self-harm research? Findings from a school-based study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2018 [citado 06/06/2021]; 12(23): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://capmh.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13034-018-0230-7.pdf>
17. Ross AM, White E, Powell D, Nelson S, Horowitz L, Wharff E. To Ask or Not to Ask? Opinions of Pediatric Medical Inpatients about Suicide Risk Screening in the Hospital. *J Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 06/06/2021]; 170: 295-300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26725208/>
18. Bailey E, Spittal MJ, Pirkis J, Gould M, Robinson J. Universal suicide prevention in young people: An evaluation of the safeTALK program in Australian high schools. *Crisis* [Internet]. 2017 [citado 07/06/2021]; 38(5): 300-8. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Universal-Suicide-Prevention-in-Young-People%3A-An-of-Bailey-Spittal/153abe8059e4cf0cc08b23571b33724e0658977f>
19. Baetens I, Decruy C, Vatandoost S, Vanderhaegen B, Kiekens G. School-Based Prevention Targeting Non-Suicidal Self-injury: A Pilot Study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 07/06/2021]; 11: 437. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298560/>
20. van der Burgt MC, Beekman AT, Hoogendoorn AW, Berkelmans G, Franx G, Gilissen R. The impact of a suicide prevention awareness campaign on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 [citado 07/06/2021]; 279: 730-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33234278/>
21. Tipton MV, Arruda-Colli MN, Zadeh Bedoya S, Pao M, Wiener L. The acceptability of screening for suicide risk among youth in outpatient medical settings: Child and parent perspectives. *J Psychosoc Oncol* [Internet]. 2020 [citado 07/06/2021]; 1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33306002/>
22. Snyder DJ, Ballard ED, Stanley IH, Ludi E, Kohn-Godbout J, Pao M, et al. Patient Opinions About Screening for Suicide Risk in the Adult Medical Inpatient Unit. *J Behav Health Serv Res* [Internet]. 2018 [citado 07/06/2021]; 44(3): 364-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5199619/>
23. Richards JE, Hohl SD, Whiteside U, Ludman EJ, Grossman DC, Simon GE, et al. If You Listen, I Will Talk: the Experience of Being Asked About Suicidality During Routine Primary Care. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2019 [citado 07/06/2021]; 34(10): 2075-82. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-019-05136-x.pdf>
24. Baños-Chaparro J, Ramos-Vera C. Validez e invarianza según sexo y edad de la Escala Paykel de Ideación Suicida en adolescentes peruanos. *Interacciones* [Internet]. 2020 [citado 08/06/2021]; 6(1): e225. Disponible en: <https://www.ojs.revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/96/206>

25. The Supreme Court of Washington No. 91387-1. BRIEF OF PHYSICIANS AND HOSPITALS AMICI CURIAE [Internet]. 2016 [citado 08/06/2021]. Disponible en: <https://searchltf.ama-assn.org/case/documentDownload?uri=/unstructured/binary/casebriefs/volk-v-demeerleer.pdf>
26. Ortega González M. Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico. Qartuppi. México. 2018. <http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf>
27. Cukrowicz KC, Brown SL, Mitchell SM, Roush JF, Hirsch JK. Feasibility of Assessing Suicide Ideation and History of Suicidal Behavior in Rural Communities. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2018 [citado 09/06/2021]; 48(5): 522-30. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/sltb.12378>
28. Owens C, Charles N. Development and evaluation of a leaflet for concerned family members and friends: 'It's safe to talk about suicide'. *Health Edu J* [Internet]. 2017 [citado 09/06/2021]; 76(5): 582-94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510685/>
29. Robinson J, Bailey E, Hetrick S, Paix S, O'Donnell M, Cox G, et al. Developing Social Media-Based Suicide Prevention Messages in Partnership With Young People: Exploratory Study. *JMIR Ment Health* [Internet]. 2017 [citado 09/06/2021]; 4(4): e40. Disponible en: <https://mental.jmir.org/2017/4/e40/>
30. Thorn P, Hill NT, Lamblin M, Teh Z, Battersby-Coulter R, Rice S, et al. Developing a Suicide Prevention Social Media Campaign With Young People (The #Chatsafe Project): Co-Design Approach. *JMIR Ment Health* [Internet]. 2020 [citado 09/06/2021]; 7(5): e17520. Disponible en: <https://mental.jmir.org/2020/5/e17520/>