

TEMA 1

CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

1.- APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

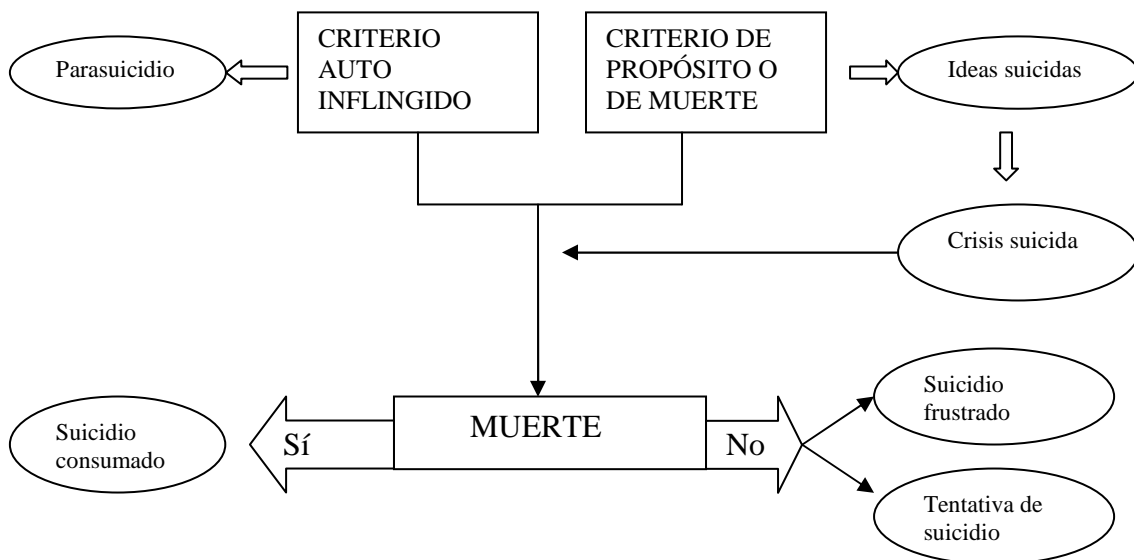
La conducta suicida es un fenómeno complejo, con diferentes implicaciones, tanto psicopatológicas como existenciales, sociales y morales, por lo que resulta complicado dar una definición única y universal a la misma.

Diversos autores han tratado de definir la conducta suicida (Durkheim, Schneider), pero es tal vez Rojas (1984) el que establece un concepto más operativo:

“Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa o pasiva”.

Es decir, que dentro de la conducta suicida no sólo hay que contemplar la consumación del suicidio, sino también la cantidad de matices autoagresivos existentes en la misma y que necesariamente no llevan a la muerte a la persona pero que marcan a partir de este momento su propia existencia.

Dos son los elementos que integran a la conducta suicida, el “Criterio auto inflingido”, es decir la propia acción violenta, y el “Criterio de propósito”, que hace referencia a la finalidad de muerte. La presencia de ambos criterios o la ausencia de uno de ellos determinan las diferentes formas con que puede presentarse la conducta suicida.



Vamos a definir los diferentes términos que aparecen en el gráfico anterior:

Parasuicidio:

También llamado “Gesto Suicida”. Es el conjunto de conductas voluntarias e intencionales que el sujeto pone en marcha con el fin de producirse daño físico y cuyas consecuencias son el dolor, la desfiguración, la mutilación o el daño de alguna función o parte de su cuerpo, pero **sin la intención de acabar con su vida**. Incluimos aquí entre otros, los cortes en las muñecas, las sobredosis de medicamentos sin intención de muerte y las quemaduras.

La intención en el Parasuicidio o Gesto Suicida no es por lo tanto la muerte, sino que tiene que ver con el **deseo de conseguir algo** (más cariño, que la pareja no le abandone, un empleo, etc.) para lo cual la persona cree que no dispone de otro tipo de recursos personales.

Ideas suicidas:

La persona contempla el suicidio como **solución real a sus problemas**, si bien aún no se ha producido un daño físico contra sí mismo. No existe aún una idea clara ni de cómo ni de cuando, pero entre las alternativas que puede tener para solucionar su situación problemática ya está presente el suicidio.

Crisis suicida:

De entre todas las alternativas que la persona disponía para solucionar la situación problemática, el suicidio comienza a tomar protagonismo. La idea ha tomado cuerpo y se activan a nivel psíquico un conjunto de impulsos de muerte, que le llevan a establecer un **plan suicida**.

Suicidio consumado:

Cuando el Criterio de Propósito o de Muerte y el Criterio Auto Infligido **se suman**, se establece un plan de acción con diferentes niveles de elaboración. Si la puesta en práctica de este plan tiene “éxito” **conduce a la muerte del sujeto**.

Suicidio frustrado:

Es un acto suicida que no conlleva a la muerte de la persona porque determinadas **circunstancias externas, muchas veces casuales y siempre no previstas acontecen en el momento crítico**. No es por lo tanto un Parasuicidio, ya que en el Suicidio Frustrado sí que hay una voluntad real de producirse la propia muerte. Sirva como ejemplo el caer sobre las cuerdas de un tendedero al arrojarse por una ventana.

Tentativa de suicidio:

Toda conducta que busca la propia muerte pero para lograr el propósito la persona no emplea los medios adecuados y por lo tanto el sujeto no consigue acabar con su vida. Es un intento que puede fallar por múltiples causas, desde no tener una firme decisión de suicidarse hasta por el empleo de medios “blandos”. Existe el “propósito de muerte” pero el “criterio auto infligido” no es el adecuado.

2.- PSICOGÉNESIS DE LA VIVENCIA SUICIDA

La vivencia suicida no puede considerarse como un fenómeno aislado y desgajado de la personalidad y del contexto sociofamiliar del sujeto, ya que está directamente relacionado con acontecimientos externos y con acontecimientos internos. Por lo tanto, desde un corte transversal, estudiaremos el momento o acto suicida. Y desde un corte longitudinal, analizaremos dinámicamente todas las circunstancias que han ido configurando la vivencia suicida, desde la biografía del sujeto hasta los elementos desencadenantes de la misma.

2.1.- Fases de la vivencia suicida

Polginger describe tres fases o estadios por las que una persona generalmente atraviesa cuando contempla la posibilidad de quitarse la vida de forma voluntaria:

1ª Fase de consideración:

En esta primera fase la persona considera que poner fin a su vida es una posibilidad para dar salida a una situación considerada como sumamente angustiada y dolorosa. En esta primera fase se ha visto que la información dada tanto en medios escritos como audiovisuales sobre otros suicidios, tiene una gran influencia en el sujeto, así como el conocimiento de historias de suicidio en familiares, amistades y vecinos. De este modo la persona puede seguir con la lógica “si otros lo hacen yo también podría”.

2ª Fase de ambivalencia:

Esta fase refleja la lucha interna entre las tendencias destructivas y constructivas en la persona, es decir, que por un lado no se rechaza de una forma frontal la idea del suicidio pero por otro lado se duda de los beneficios del mismo. La duración de esta fase es variable e incluso en los individuos muy impulsivos puede ni siquiera existir.

Identificar esta etapa es fundamental para la orientación en los Centros de Intervención en Crisis por Teléfono, ya que esta ambivalencia es un potencial generador de alternativas frente a la conducta autodestructiva.

3ª Fase de decisión:

La persona tiene ya establecido un plan más o menos detallado sobre cómo va a llevar a cabo su suicidio. A mayor precisión en los detalles, mayor riesgo suicida. Es en esta etapa donde se producen una serie de “avisos indirectos” sobre las intenciones autodestructivas de la persona, como por ejemplo una mejoría espectacular de una depresión, las despedidas o la preocupación por el testamento.

2.2.- Gestación de la vivencia suicida. Visión longitudinal.

La conducta suicida no es fruto de una situación problemática aislada que lleva a la persona a decidir poner fin a su vida como medio de solución a la misma. Es más bien el fruto de la interacción de cuatro elementos fundamentales:

- Estructura familiar
- Perfil de personalidad
- Contexto actual
- Elementos desencadenantes (Life events)

Estructura familiar:

Numerosos estudios (Stengel, 1965; OMS, 1976; Adams, 1985) han puesto de manifiesto que la conflictividad dentro del sistema familiar de origen, como historias de maltrato, de alcoholismo, de consumo de sustancias tóxicas varias, de separaciones no amistosas e incluso de enfermedad mental grave, dan como resultado graves carencias de vinculación afectiva y social en el niño, limitando el desarrollo de muchas de sus potencialidades y marcando su desarrollo biográfico.

Perfil de personalidad:

Aunque el estudio de la personalidad de un suicida es complicado, sobre todo si ha consumado el suicidio, no obstante es posible establecer un perfil de la personalidad suicida en base a notas dejadas por los mismos, así como por la información recogida a través de entrevistas realizadas a familiares y amigos.

A grandes rasgos estaríamos hablando de sujetos con conductas impulsivas, con dificultades de autocontrol, muy reservados, perfeccionistas, con elevada autocrítica y con severas carencias comunicativas (Friedman, 1983).

Respecto a los cuadros clínicos más comunes en la conducta suicida podemos citar la depresión mayor, las dependencias de sustancias tóxicas, la esquizofrenia y el trastorno límite de la personalidad.

Contexto actual:

La persona que contempla la posibilidad de suicidarse siente que está fuera de su entorno, que no se le comprende y que no se le apoya. Podemos estar hablando de un sentimiento de abandono. Comentarios tales como “nadie me comprende”, “nadie puede /quiere ayudarme”, son un fiel reflejo de su vivencia. Esto está relacionado con un amplio espectro de carencias:

- falta de valores (religiosos y humanos)
- falta de vínculos afectivos
- falta de posibilidades de establecer relaciones gratificantes
- falta de interlocutores válidos con los que compartir alegrías, penas, preocupaciones y proyectos.

Por ello, se ha señalado como un contexto proclive o favorecedor de la vivencia suicida al aislamiento social y la soledad (viudedad, emigración, desempleo) y a la problemática de pareja, familiar y económica (Montesinos, 1898).

Una cuestión importante a resaltar, ya comentada anteriormente a la hora de hablar de las fases de la vivencia suicida, y más concretamente en la fase de Consideración, son las conductas autodestructivas producidas en la “red social” próxima al sujeto. El ya célebre estudio de Motto (1970) puso de manifiesto la influencia de la prensa en la repercusión del incremento de suicidios: la investigación está referida a 280 días en los que, por una huelga de periódicos de Detroit (EEUU), no se publicó ninguna noticia sobre suicidios. Se constató una disminución en el índice de suicidios en la región.

Hoy en día esto es impensable dada la facilidad y rapidez con las que las nuevas tecnologías nos acercan a cualquier tipo de información. De todos modos sería deseable que la sociedad reflexionase sobre el tratamiento que debiera darse a algunas noticias relacionadas con este tema a la hora de proceder a su divulgación.

Elementos desencadenantes (Life events):

Todas las personas se ven sometidas a lo largo de su vida a determinados acontecimientos considerados como muy dolorosos (psicotraumáticos) y que dependiendo de los factores previamente comentados pueden conducir a la autodestrucción de la persona, al suicidio. Enfermedad grave, fracaso escolar, ruptura sentimental, severos problemas económicos, muerte de un ser querido, desengaños, etc. Al fin y al cabo, estaríamos hablando de pérdidas. Como dice Quenard (1981), *“en el origen de muchas crisis suicidas existe un problema de dependencia inconsciente en relación a un objeto, que llega a faltar. Es una problemática de duelo donde el sujeto debe negociar la desaparición o modificación de un objeto. Se puede tratar de la pérdida de un ser real, de una amenaza contra la integridad corporal o psíquica o de un peligro social”*.

Como resumen, podemos decir que los cuatro elementos estudiados (Estructura familiar, Perfil de la personalidad, Contexto actual y Elementos desencadenantes) constituyen la visión longitudinal del fenómeno suicida. Es un corte diacrónico de la vivencia autodestructiva que indica que la semilla, que después germinará como acto suicida, puede estar plantada en el origen de la propia persona y en su biografía particular. El acto suicida no es entonces una conducta que se improvisa, aunque en ocasiones se manifieste con claros matices de impulsividad, sino que puede irse gestando a lo largo de la vida del sujeto, de forma consciente o inconsciente. Y esto es muy importante de cara al desarrollo de acciones de prevención del suicidio: a mayor calidad de vida psicosocial y a mayor equilibrio emocional, menor es el riesgo suicida.

2.3.- Alumbramiento de la conducta suicida. Visión trasversal.

En este apartado nos preguntaremos sobre qué ocurre en el momento o días previos al acto suicida y daremos respuesta a cuáles son las vivencias que la persona experimenta en la antesala del acto suicida. Es lo que llamamos “Alumbramiento de la conducta suicida”.

El momento en el que la fantasía autodestructiva toma cuerpo es doloroso, y como todo alumbramiento se produce con angustia y temor.

Si fuese posible realizar una fotografía del momento, que no necesariamente es puntual sino que puede dilatarse en el tiempo, en el que una persona elabora la idea de poner fin a su vida de forma voluntaria, identificaríamos tres tipos de ansiedad en el individuo:

a) Ansiedad confusional.

Se manifiesta a través de la ambivalencia ante el impulso suicida. La persona está inmersa en la duda entre la vida y la muerte: no quiere vivir pero tampoco quiere morir.

a) Ansiedad depresiva.

La persona se siente despreciable y carente de valor. No tiene nada que ofrecer, por lo que considera que su única opción es la muerte.

b) Ansiedad paranoide.

El sujeto está convencido que es su entorno quien genera su malestar y que su muerte sería una forma de evitar la persecución y la humillación a la que cree se ve sometido. La persona contempla el suicidio como una manera –falsa manera– de escapar de un entorno considerado como amenazador y destructivo. Escapar de la destrucción con la autodestrucción.

2.4.- Estado de ánimo de los suicidas

Tres son los rasgos característicos del estado de ánimo de las personas que desean suicidarse:

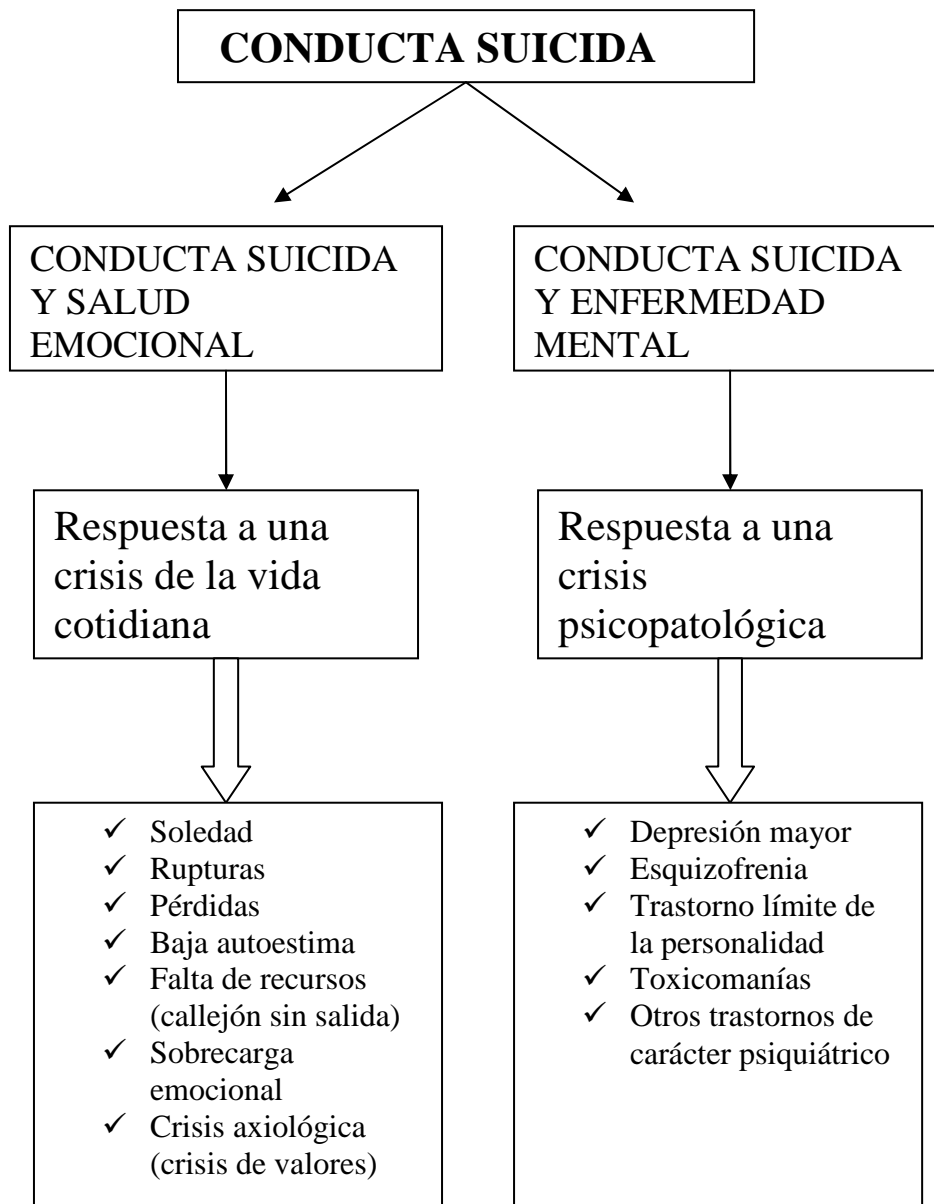
1.- Ambivalencia. En la mayoría de estas personas existe una mezcla de sentimientos alrededor del suicidio. El deseo de vivir y el de morir libran una batalla desigual en el suicida. La persona tiene urgencia de alejarse del dolor que representa vivir con sus circunstancias actuales, pero por otra parte subyace un deseo de vivir. Muchas personas suicidas, en realidad no desean morir; simplemente no están dispuestas a seguir viviendo como lo están haciendo en ese momento. Suministrando apoyo, cambia su visión situacional, aumenta su deseo de vivir y disminuye el riesgo de suicidio.

2.- Impulsividad. El suicidio también es un acto impulsivo y como tal es transitorio, con una duración variable, generalmente de pocos minutos (en algunos casos puede extenderse a algunas horas), desencadenado por los acontecimientos diarios considerados como insoportables por la persona. Es por lo tanto de suma importancia que el agente de ayuda sepa abordar esta crisis específica contando con el tiempo como aliado.

3.- Rigidez. Una persona suicida se caracteriza por su rigidez, tanto de pensamiento como de sentimientos y acciones. Presentan un pensamiento drástico, pensando constantemente en el suicidio como única vía de escape de sus problemas y se encuentran incapaces de generar alternativas para solucionar los mismos.

3.- CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

En el presente documento vamos a distinguir entre la conducta suicida sin base psicopatológica y aquella que es consecuencia de una alteración psiquiátrica, es decir la conducta suicida que tiene que ver con procesos de salud emocional y la conducta suicida que está relacionada con una enfermedad mental.



3.1.- Clasificación de los fenómenos suicidas

La clasificación de los fenómenos suicidas es muy extensa, por lo que en el siguiente apartado vamos a recoger algunas de las formas que más puedan ayudarnos a comprender el siempre complejo fenómeno suicida. Para más información acudir a Rojas (1984).

3.1.1.- Según la etiología (según las causas)

- ***Suicidio psicótico***: es aquel que se produce en el curso de una psicosis, como en una esquizofrenia o en el curso de un trastorno bipolar. La persona sufre una desconexión con la realidad y con su entorno.
- ***Suicidio depresivo***: aquel que se produce en el curso de una depresión mayor.
- ***Suicidio psicodisplásico***: corresponde al suicidio o al intento de suicidio que sucede en el marco de una personalidad psicopática, que se caracteriza porque la persona ejerce una gran agresividad hacia sí misma.
- ***Suicidio neurótico***: en esta categoría se enmarca la mayoría de los parasuicidios, con marcada teatralidad pero con escasa intencionalidad suicida (chantajes suicidas). Tiene sin embargo, una patología rica y espectacular.
- ***Suicidio social***: en su psicodinámica los factores sociales cobran capital importancia (estado civil, soledad, rupturas sentimentales, pérdidas, desempleo, problemáticas familiares, pertenencia a grupos radicales, etc.). Recordar a este respecto la clasificación de Durkheim.
- ***Suicidio filosófico***: aparentemente la persona no sufre ninguna enfermedad psíquica. Es su personalidad extraña o extravagante la que le lleva a un proceso de reflexión en el que “descubre” la falta de sentido de su existencia o de la existencia humana en general. Es el vacío existencial muchas veces asociado a la pérdida de valores.

3.1.2.- Según la forma

- ***Suicidio impulsivo***: es aquel que se lleva a cabo de forma súbita, sin que la persona haya dado avisos explícitos o implícitos de su deseo de morir o de sus intenciones suicidas.
- ***Suicidio obsesivo***: la idea de suicidio está implantada, estancada en la mente del sujeto con tal fuerza que éste se ve incapaz de rechazarla. La persona sí que ha dado avisos de sus intenciones suicidas.
- ***Suicidio reflexivo***: es el opuesto al suicidio impulsivo. La idea de quitarse la vida se instala en la mente de la persona con tal detenimiento reflexivo, que esta pormenoriza el valor de su propia muerte.
- ***Suicidio histriónico***: es aquel que se lleva a cabo con cierto aire teatral, en el que la persona se entrega a una representación aparentemente suicida con la pretensión de llamar la atención para conseguir determinados propósitos. Está relacionado con una etiología neurótica.

3.2.- Factores sociodemográficos de riesgo suicida

SEXO: en la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el fenómeno suicida se ha visto que las mujeres presentan tasas de ideación suicida y de intentos de suicidio superiores a los hombres. Sin embargo la tasa de suicidios consumados es mayor en los hombres.

EDAD: el riesgo de conducta suicida aumenta con la edad. Podemos marcar de forma aproximada la edad media de suicidas en 46 años (42 años en mujeres y 50 años en hombres). Sin embargo, se está comprobando que las tasas de suicidio consumado en población juvenil está aumentando de manera alarmante.

ESTADO CIVIL: La persona que se encuentra integrada y participa de los intereses de un núcleo familiar considerado como gratificante, disminuye los impulsos suicidas. Por lo tanto, puede considerarse como posible factor de riesgo suicida la ausencia de esta estructura nuclear (solteros, separados, viudos).

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Aunque tradicionalmente se ha considerado que tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en estratos de población con características de desempleo y con bajo nivel cultural, en la revisión de García- Resa y col, este aspecto no toma tanta relevancia.

FACTOR	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
SEXO	Hombre	Mujer
EDAD	Mayor de 46 años	Menor de 46 años
ESTADO CIVIL	Soltero, separado, viudo	Con pareja
LIFE EVENS	Una semana antes	Más de una semana
SOCIAL	Ausencia de apoyo familiar y social	Buena integración familiar y social
BIOGRÁFICO	Rupturas de vínculos y crisis evolutivas	
VIVENCIA SUICIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentativas anteriores ▪ Suicidio frustrado ▪ Existencia de un plan suicida 	
PSICOPATOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión ▪ Alcoholismo ▪ Psicosis ▪ Enfermedad incurable 	

3.3.-Mitos sobre el suicidio (OMS, 2006)

Hay numerosos mitos con respecto a los comportamientos suicidas, que todo Agente de Ayuda tiene que tener muy presente a la hora de abordar una situación relacionada con una persona con perfil suicida. A continuación presentamos algunos de los más comunes:

Mito 1: *El que se quiere matar no lo dice.* Criterio equivocado pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse. **Criterio científico:** De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

Mito 2: *El que lo dice no lo hace.* Criterio equivocado ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc. **Criterio científico:** Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.

Mito 3 : *Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde.* Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes atentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan. **Criterio científico:** Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas que han fracasado en el empleo de mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.

Mito 4: *Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues sólo quieren llamar la atención.* **Criterio científico:** los terapeutas y agentes de ayuda deben tomar todas las precauciones posibles al confrontar a una persona que habla acerca de ideas, planes o intenciones suicidas. Todas las amenazas de daño a sí mismo se deben tomar en serio.

Mito 5: *El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencia.* **Criterio científico:** El suicidio puede parecer impulsivo, pero también puede haber sido considerado durante algún tiempo. Muchos suicidas dan algún tipo de indicación verbal o conductual acerca de sus intenciones de hacerse daño.

Mito 6: *Los suicidas de verdad quieren morir o están resueltos a matarse.* **Criterio científico:** la mayoría de las personas con ideas suicidas comunican sus pensamientos por lo menos una persona, o llaman a una línea telefónica de crisis o al médico, lo cual es prueba de ambivalencia, no de intención irrevocable de matarse.

Mito 7: *Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro.* **Criterio científico:** En realidad, uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis o cuando la persona está en el hospital después de un intento de suicidio. La semana después del alta es cuando la persona está particularmente frágil y en peligro de hacerse daño. Puesto que el comportamiento pasado es pronóstico de comportamiento futuro, el suicida sigue estando en situación de riesgo.

Mito 8: *El suicidio es siempre hereditario.* **Criterio científico:** No todo suicidio se puede relacionar con la herencia, y los estudios concluyentes son limitados. Sin embargo, el historial familiar de suicidio es un factor de riesgo importante de comportamiento suicida, particularmente en familias en que la depresión es común.

Mito 9: *Las personas que se suicidan o lo intentan siempre tienen un trastorno mental.* **Criterio científico:** Los comportamientos suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos mentales, además de comportamientos destructivos y agresivos. Sin embargo, esta asociación no se debe sobrestimar. Hay casos suicidas en que no es posible asociar ningún trastorno mental evidente.

Mito 10: *Si se reta un suicida no lo realiza.* Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida, desconociendo el peligro que significa su vulnerabilidad. **Criterio científico:** Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando en la actualidad los deseos de autodestruirse.

Mito 11: *Al hablar sobre el suicidio con una persona que esté en riesgo se le puede incitar a que lo realice.* Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo. **Criterio científico:** Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

Mito 12: *Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás.* Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos. **Criterio científico:** El homicidio es un acto heteroagresivo. El suicidio, por lo general es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra sí mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros que no desean morir, como en el llamado suicidio ampliado, en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales en los que el homicida- suicida presenta un trastorno mental generalmente de espectro depresivo.

Mito 13: *Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.* Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente ideático. **Criterio científico:** Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado.

Mito 14: *El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello y sólo mediante el sentido común, es perjudicial y hace perder el tiempo para su abordaje adecuado.* Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio. **Criterio científico:** Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

CUESTIONARIO:
TEMA 1

1. Diferencia entre suicidio consumado y frustrado. Escríbela.
2. ¿Se puede ser suicida por pasividad? Pon un ejemplo.
3. Autoagresiones numerosas suelen llevar a suicidios ¿frustrados - consumados- los dos - ninguno?
4. Tentativa de suicidio y suicidio frustrado ¿Son lo mismo? Razónalo.
5. ¿Cómo llamarías de otra manera un gesto suicida en el que “no hay propósito de morir”, “se quiere llamar la atención” y se busca “un beneficio”?
6. Ordena de menor a mayor gravedad (Del 1 al 4): crisis suicida....() – suicidio consumado....() – ideas suicidas....() – suicidio frustrado....().

7. Asocia estas fases del suicidio a estos pensamientos:

CONSIDERACION	Pienso evitarme problemas pero no quiero dar un disgusto
DECISION	Estoy pensando en quitarme la vida
AMBIVALENCIA	Esta noche me tomo todas las pastillas

8. En una vivencia suicida hay que tener en cuenta: la estructura f....., el perfil de p....., situación a..... y elementos d.....
Completa con las palabras necesarias. A realizar por parejas.

9. Asocia estas características de la vivencia suicida a su posible origen:

CARENCIAS DE VINCULOS AFECTIVOS	contexto actual
IMPULSIVIDAD, DESCONTROL	familia
SENTIMIENTO DE ABANDONO- SOLEDAD	hecho desencadenante
ABANDONO DE LA PAREJA	personalidad

10. Las noticias sobre suicidios en los medios de comunicación:

- Los favorecen
- Son indiferentes
- Retraen
- Depende de cada persona

11. Haz una definición de suicidio en la que entre la palabra “pérdida”. Coméntala con el de al lado y refundir las dos en una.

12. A mayor calidad de vida psicosocial, MAYOR - MENOR O IGUAL riesgo suicida. Subraya la palabra en mayúsculas que te parezca más correcta.

13. Visión longitudinal y transversal de las crisis suicidas: explícaselo a quien tienes a tu lado. Puedes usar el símil del “camino” o del “mapa”.
14. Asocia:
- Ansiedad confusional “soy despreciable, no valgo nada”
 - Ansiedad depresiva “los demás me empujan a hacerlo”
 - Ansiedad paranoide “no sé si es mejor vivir o morir”
15. Si una persona se muestra AMBIVALENTE EN SUS SENTIMIENTOS, da muestras de IMPULSIVIDAD y muestra indicios de RIGIDEZ, estamos probablemente ante UN ESTADO DE ANIMO proclive al SUICIDIO. Piensa y pon en común tus pensamientos sobre esta frase.
16. Como agente de ayuda, ¿ qué tratarías de comentar como más importante con un llamante presunto suicida: la forma en la que lo va a realizar o las causas que le motivan a hacerlo.?
17. Pon Verdadero o Falso al final de estas frases sobre el suicidio:
- Los hombres se suicidan más que las mujeres ()
 - Las mujeres tienen menos ideas suicidas que los hombres ()
 - En la población juvenil está descendiendo el suicidio ()
 - Con la edad disminuyen las conductas suicidas ()
 - Los solteros, separados y viudos se suicidan más que los casados ()
 - Los ricos se suicidan menos que los pobres ()
18. Cita algún mito (idea errónea) sobre el suicidio y desarma el argumento con criterio científico (que la investigación avale).