

## 1. La OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoce que:

- a) El suicidio constituye un problema de salud pública y es debido a una causa concreta, los factores psicológicos de la persona.
- b) El suicidio constituye un problema de salud pública y es un fenómeno complejo de origen multifactorial, que no se puede atribuir a una sola causa concreta, ya que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales...**
- c) El suicidio constituye un problema de salud pública y su causa se encuentra en los factores estresantes que rodean la vida de la persona.
- d) La OMS reconoce que no se puede determinar que el suicidio constituya un problema de salud pública porque no se cuentan con datos fiables ni exactos.

## 2. Señala la frase correcta:

- a) El suicidio se puede prevenir.**
- b) El suicidio no se puede prevenir.
- c) Solo se pueden prevenir ideaciones suicidas, no conductas suicidas.
- d) Ninguna de las opciones anteriores es correcta.

3. Las tasas de suicidio varían de acuerdo a la región, sexo, edad, origen étnico y probablemente también a las prácticas de registros de fallecimiento en los diferentes países, pero analizando los datos del suicidio podemos indicar que:

a) La mayoría de los suicidios ocurren en países con ingresos muy altos.

b) Es más común el suicidio consumado que los intentos de suicidio.

**c) Se suicidan más hombres que mujeres.**

d) Se producen más intentos autolíticos por parte de hombres que de mujeres.

4. Desde la OMS se impulsan políticas de salud pública para la prevención del suicidio. En este sentido podemos indicar que:

a) El trabajo preventivo se impulsó hace años, pero a la vista de la ineficacia de resultados se dejó de invertir en esta estrategia de prevención.

b) Sólo han resultado efectivas las estrategias de prevención que se han desarrollado en EEUU.

c) Sólo han resultado efectivas las estrategias de prevención que se han desarrollado en Europa.

**d) Se continúa este trabajo preventivo porque los planes ya implantados están dando resultados y se ha demostrado que las políticas de prevención del suicidio son efectivas (mejora de la accesibilidad a los servicios de salud de las personas en riesgo, seguimiento durante el periodo crítico posterior a la tentativa, reducción al acceso a métodos letales...).**

5. La mejor estrategia de prevención en relación al suicidio se basa en:

- a) Centrar los esfuerzos en la prevención universal.
- b) Centrar los esfuerzos en la prevención selectiva.
- c) Integrar estrategias de prevención a nivel universal e indicada.
- d) Integrar estrategias en los diferentes niveles de prevención: universal, selectiva e indicada.**

6. La “Guía LIVE LIFE (vive la vida)” publicada por la OMS para seguir impulsando la adopción de medidas para la prevención del suicidio por parte de todos los países, recomienda una serie de intervenciones que han demostrado ser eficaces, indica cuáles:

- a) Restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse (por ejemplo, los plaguicidas, las armas de fuego y ciertos medicamentos) y educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad sobre el suicidio.
- b) Desarrollar en los adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida.
- c) Detectar a tiempo, evaluar y tratar a las personas que muestren conductas suicidas y hacerles un seguimiento.
- d) Todas las opciones son correctas.**

7. Indica la opción correcta:

**a) El intento de suicidio previo es uno de los factores de riesgo individuales más significativos de un futuro intento o un suicidio consumado.**

b) Solo un 1% de quienes intentan el suicidio sufren depresión, presentan rasgos de impulsividad, agresividad, trastorno de la personalidad y alcoholismo.

c) Los datos muestran la evidencia del vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol), por lo que esta es la única causa que lleva a una persona a cometer el suicidio.

d) No existen intentos de suicidio ni suicidios consumados cometidos impulsivamente.

**8. Atendiendo a los datos publicados por el Observatorio del Suicidio en España en referencia al año 2020 podemos afirmar que:**

a) Se suicidaron más mujeres que hombres.

b) Ha sido el año con menor número de suicidios desde que se tienen datos sobre este registro.

**c) El suicidio es la primera causa externa de mortalidad en España.**

d) La tasa de suicidios en España es la más alta de la Unión Europea.

**9. En relación a las políticas de actuación en España para la prevención del suicidio:**

**a) Actualmente en España no existe ningún Plan Nacional de Prevención del Suicidio a nivel estatal. El único Plan de carácter nacional que lo aborda lo**

**encontramos en el seno de Instituciones Penitenciarias, pero el abordaje en este ámbito restringido no se puede extrapolar a la población general.**

b) Actualmente en España contamos con el Plan Nacional de Prevención del Suicidio dirigido a toda la población a nivel estatal.

c) Actualmente en España no se abordan estrategias para la prevención del suicidio desde el ámbito de la salud.

d) Actualmente en España solo se abordan estrategias para la prevención del suicidio desde el ámbito de los medios de comunicación.

## 10. En relación a los aspectos legales del suicidio en nuestro país:

a) El suicidio está penado en nuestro Código Penal.

b) En España, suicidarse no está penado en nuestro Código Penal. Lo que sí está contemplado por el Código Penal es exclusivamente la inducción al suicidio, expuesta en el artículo 143.1

c) En España, suicidarse no está penado en nuestro Código Penal. Lo que sí está contemplado por el Código Penal es exclusivamente la cooperación al suicidio, expuesta en el artículo 143.2.

**d) En España, suicidarse no está penado en nuestro Código Penal. Lo que sí está contemplado por el Código Penal en el artículo 143 es la inducción (143.1) y la cooperación (143.2) al suicidio.**

## 11. Algunos aspectos a tener en cuenta en un internamiento involuntario son:

a) Ingreso involuntario no es lo mismo que incapacitación. El ingreso involuntario consiste en ingresar a una persona sin su consentimiento, mientras que la incapacitación es un procedimiento judicial por el que se priva a la persona de su capacidad de obrar.

b) El ingreso involuntario es una medida que depende del criterio médico y requiere de autorización judicial.

c) La autorización judicial será previa al ingreso involuntario de la persona, salvo que por razones de urgencia se hiciera necesaria la inmediata adopción de la medida. La persona responsable del centro médico tendrá 24 horas para informar al juzgado.

**d) Todas las opciones anteriores son correctas.**

12. Dentro de la definición de conceptos, la OMS, en su informe del 2014 sobre Prevención del suicidio, y teniendo en cuenta las diferentes categorías de la amplitud del suicidio recoge las siguientes definiciones:

a) Define la ideación suicida como “el acto de matarse deliberadamente”.

b) Define el intento de suicidio como “el acto de matarse deliberadamente”.

c) Define el suicidio como “todo comportamiento suicida que no causa la muerte (intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal)”.

**d) Define el intento de suicidio como “todo comportamiento suicida que no causa la muerte” (intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal)”.**

13. Siguiendo la Guía de Práctica Clínica del SNS de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad 2020) se define la autolesión/gesto suicida como:

a) La conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

b) Pensamientos sobre el suicidio.

c) La propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

d) Muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de auto provocarse la muerte.

14. Siguiendo la Guía de Práctica Clínica del SNS de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, el espectro del suicidio se entiende como un comportamiento con distintos grados en una escala: ideación, comunicación y conducta suicida. Dentro de la conducta suicida encontramos:

a) Se considera conducta suicida la amenaza suicida.

b) Se considera conducta suicida la autolesión/gesto suicida, la conducta suicida no determinada, el intento de suicidio y el suicidio.

c) Se considera conducta suicida el plan suicida.

d) Se considera conducta suicida la ideación suicida.

15. En relación a las autolesiones no suicidas podemos indicar que:

a) Se definen como un intento intencional de daño en la superficie de la piel sin intento de suicidio, y esta conducta suele aparecer con mayor frecuencia en personas mayores de 70 años.

b) Se definen como un intento intencional de daño en la superficie de la piel sin intento de suicidio, y esta conducta solo aparece en mujeres.

**c) Se definen como un intento intencional de daño en la superficie de la piel sin intento de suicidio, y esta conducta suele aparecer con mayor frecuencia en la adolescencia, por lo que es importante considerarlo como periodo crítico.**

d) Se definen como un intento intencional de daño en la superficie de la piel sin intento de suicidio, y esta conducta solo aparece en hombres.

16. A lo largo de la historia, las autolesiones no suicidas se han clasificado en base a su frecuencia, duración y gravedad, concluyendo principalmente cuatro tipos de conductas autolesivas, que son:

**a) Conductas autolesivas mayores, estereotipadas, compulsivas e impulsivas.**

b) Conductas autolesivas mayores, menores, estereotipadas y compulsivas.

c) Conductas autolesivas mayores, menores, estereotipadas y controladas.



d) Conductas autolesivas mayores, menores, controladas e impulsivas.

17. De las siguientes opciones señala cual NO es un mito relacionado con el suicidio:

a) El suicidio no se puede prevenir.

**b) El intento de suicidio previo es uno de los factores de riesgo individuales más significativos de un futuro intento o un suicidio consumado.**

c) Las personas que hablan de suicidarse no lo hacen, son solo manipulaciones.

d) Hablar sobre el suicidio puede incrementar el riesgo de que se lleve a cabo una conducta suicida.

18. En relación a los modelos explicativos de la conducta suicida, señala la afirmación correcta:

**a) El Modelo de Diátesis-Estrés (Modelo de Mann) explica que la conducta suicida es la resultante de la interacción entre el estrés ambiental y la predisposición y vulnerabilidad a dicha conducta (diátesis).**

b) El modelo de las fuerzas contrabalanceadas de Plutchik y Van Praag el suicidio sucede por un estado de desesperanza y desolación, y es motivado por el deseo de escape.

c) El Modelo clínico-bioquímico de 4 vías (Fawcett et al.) concibe la conducta suicida y violenta como el resultado final de un impulso agresivo que se activa bajo ciertas condiciones del entorno.

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

## 19. Los factores de riesgo de la conducta suicida:

a) No se valoran en el ámbito sanitario para evaluar el riesgo.

b) Si están presentes se asocian con una menor probabilidad de conducta suicida.

**c) Conocer los factores de riesgo del suicidio es uno de los pilares básicos para comprender qué provoca esta conducta, por lo que son evaluados dentro del ámbito sanitario. La evaluación de la desesperanza es importante como un factor relacionado con el riesgo de suicidio.**

d) Por regla general, el suicidio depende de un solo factor que supone una causa-efecto, por lo que encontrando ese factor prevenimos el suicidio.

## 20. Dentro de los factores de riesgo familiares y contextuales:

a) La presencia de apoyo social y/o familiar es un factor de riesgo.

**b) Tener antecedentes familiares de suicidio aumenta el riesgo de conducta suicida, especialmente en mujeres y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado.**

c) La depresión de la propia persona también se considera un factor de riesgo familiar o contextual, pero es de los trastornos menos asociados con la conducta suicida.

d) Los sucesos estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), problemas económicos (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), en ningún caso son desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.

21. Los factores de protección se asocian con una mayor probabilidad de reducir la conducta suicida. Son aquellos elementos que disminuyen la probabilidad de riesgo de suicidio, por lo que:

a) **Es importante detectarlos, para poder trabajarlos y fomentarlos. Valorar estos factores nos ayuda a evaluar adecuadamente el riesgo suicida, ya que pueden ayudar a prevenirlo.**

b) La resiliencia es uno de los factores de protección, pero si la persona no presenta esta capacidad es imposible que la desarrolle ya que se hereda genéticamente.

c) La rigidez cognitiva, la ausencia de planes de futuro y no tener apoyo social ayuda como factores de protección.

d) Los factores de protección se clasifican en buenos y malos.

22. Las señales de alarma pueden ser:

a) No verbales.

b) Verbales.

c) **Verbales y no verbales.**

d) Las señales de alarma significan lo mismo que los factores de riesgo.

### 23. Los factores de riesgo relacionados con las autolesiones y la conducta suicida en población infanto-juvenil:

a) Son totalmente diferentes a los de la población adulta.

**b) Son similares a los de la población adulta: depresión, desesperanza, impulsividad, familia disfuncional, consumo de tóxicos, fracaso escolar, acoso moral y el efecto contagio son los factores de riesgo más comunes de las conductas suicidas en la población infanto-juvenil.**

c) Los conflictos con los padres no son considerados un factor precipitante frecuente.

d) El acoso escolar y cyberbullying nunca se han relacionado con el riesgo de suicidio en población infanto-juvenil.

### 24. La depresión infanto-juvenil supone un importante problema de salud pública por:

a) Su alta prevalencia, su impacto negativo en la persona y el riesgo vital que conlleva.

b) Porque se asocia a un mayor riesgo de ideación y comportamiento suicida, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas y médicas.

c) Porque la depresión infanto-juvenil tiende a la recurrencia y a la cronicidad, por lo que el diagnóstico y el tratamiento precoz son esenciales para reducir el impacto negativo de los síntomas.

**d) Todas las respuestas anteriores son correctas.**

25. La población infanto-juvenil con trastorno depresivo puede presentar los siguientes tipos de síntomas:

**a) Puede presentar síntomas afectivos, físicos y cognitivos.**

b) Exclusivamente presenta síntomas afectivos.

c) Exclusivamente presenta síntomas afectivos y físicos.

d) Exclusivamente presenta síntomas afectivos y cognitivos.

26. Los programas preventivos deben realizarse de forma multidisciplinar y a distintos niveles, de forma que los resultados obtenidos sean el fruto sinérgico de todas las acciones. La prevención del suicidio se lleva a cabo a través de:

a) La prevención universal.

b) La prevención selectiva.

c) La prevención indicada.

**d) La prevención universal, selectiva e indicada.**

27. La prevención del suicidio es uno de los mayores retos de los sistemas de salud y de la sociedad, por lo que se establecen estrategias de prevención multinivel a través de la prevención universal, selectiva e indicada. Señala la definición correcta:

a) La prevención universal es el primer nivel, y tiene como colectivo destinatario a las personas que se encuentran afectadas por un suicidio, por ejemplo, mejoras en los tratamientos y en el seguimiento de las personas que han intentado un suicidio.

**b) La prevención indicada tiene como colectivo destinatario a las personas que se encuentran afectadas por un suicidio, por ejemplo, mejoras en los tratamientos y en el seguimiento de las personas que han intentado un suicidio.**

c) La prevención selectiva es el segundo nivel, y tiene como colectivo destinatario al conjunto de la población, por ejemplo, las campañas de promoción de la salud mental, concienciación sobre resiliencia mental...

d) Todas las opciones anteriores son correctas.

28. Actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo per se, pero si se pueden utilizar dos herramientas para la evaluación del riesgo de suicidio:

a) La escala de desesperanza de Beck y el ISRA.

**b) La entrevista clínica y las escalas de evaluación (que no sustituyen al juicio clínico, son complementarias, un apoyo).**

c) La escala de desesperanza de Beck y el BIG5.

d) El MINI y el ISRA.

29. Durante la evaluación de la entrevista, se recomienda que la actitud del profesional sanitario:

a) **Muestre calma, tranquilidad, seguridad, cercanía, interés, calidez, empatía... realice escucha activa, sin juicios, comunicación asertiva y transmita disposición a ayudar.**

b) Muestre que el problema no es importante.

c) Convenza a la persona de lo inadecuado de su conducta.

d) Interrumpa constantemente para aclarar todas las dudas y obtener la máxima información posible de la situación.

30. Para evaluar el riesgo de ideación o conducta suicida, la entrevista clínica debe ser realizada de forma empática y fluida, no de una forma mecanizada. Como recomendación, la Guía de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad establece:

a) Exclusivamente explorar pensamientos suicidas en aquellos pacientes que hayan tenido un intento de suicidio, en ningún caso cuando solo tengamos sospechas, ya que hablar del suicidio puede aumentar el riesgo.

b) Preguntar de forma coercitiva sobre las ideas suicidas.

c) **Decidir el nivel de riesgo exclusivamente en función de las escalas e instrumentos psicométricos de valoración para evitar subjetividades.**

d) Estimar el riesgo suicida de un paciente mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo, protección, precipitantes, señales de alarma...

31. En función de las respuestas en la entrevista, podemos orientar el nivel de riesgo en que situamos a la persona para orientarnos en las actuaciones y el manejo del paciente. Los niveles de riesgo son bajo, medio y alto. Señala la definición correcta:

a) **Riesgo bajo: donde se indica que la persona ha tenido algunos pensamientos suicidas (“no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto” ...), pero no ha hecho ningún plan.**

b) Riesgo medio: la persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo y planea hacerlo inmediatamente.

c) Riesgo bajo: la persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo y planea hacerlo inmediatamente.

d) Riesgo alto: la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.

32. Desde Atención Primaria, una persona con ideación suicida puede ser derivada de forma urgente si además de tener en cuenta el nivel de riesgo suicida que presenta encontramos:

a) Presencia de enfermedad mental grave, conducta suicida grave reciente y expresión de intencionalidad suicida.



b) Plan de suicidio elaborado con presencia de tentativas previas y ausencia de apoyo social o familiar.

c) En casos de duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

**d) Todas las opciones anteriores pueden considerarse motivo para una derivación urgente.**

**33. Tras un intento de suicidio, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida recomienda:**

a) Realizar una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida.

b) Valorar las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones.

**c) Evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto y la comprensión hacia este tipo de pacientes.**

d) Todas las opciones anteriores son correctas.

**34. En relación al seguimiento, desde Atención Primaria:**

a) Se realizará exclusivamente en pacientes de riesgo bajo que no hayan sido derivados a Salud Mental.

**b) Se realizará en todos los casos e independientemente del nivel de riesgo que presente la persona.**

c) Se realizará sólo con familiares y allegados.

d) Todas las opciones anteriores son correctas.

**35. En la atención al paciente con conducta suicida en los Servicios de Urgencias, el objetivo fundamental del triaje sería que:**

**a) Todos los pacientes fuesen catalogados al menos en el nivel 3 (amarillo, urgente) y se asegurase su atención dentro de la primera hora de su llegada al Servicio de Urgencias (siempre y cuando no exista una afectación grave de su condición física).**

b) Todos los pacientes fuesen catalogados al menos en el nivel 1 (rojo, emergencia) y se asegurase su atención inmediata.

c) Todos los pacientes fuesen catalogados al menos en el nivel 4 (verde, poco urgente).

d) Todos los pacientes fuesen catalogados al menos en el nivel 5 (azul, no urgente).

**36. La decisión de hospitalizar a un paciente tras un intento de suicidio es un proceso complejo que dependerá de:**

a) La nacionalidad del paciente.

b) Su edad.

c) Los recursos disponibles en el servicio.

**d) La seguridad del paciente (los pacientes con mayor intencionalidad suicida se tratan mejor cuando están ingresados).**

37. Desde las actuaciones del personal de enfermería, si un paciente u otra persona nos comunica, o vemos/detectamos que una persona va a llevar a cabo una conducta suicida se recomienda:

a) Gritar buscando ayuda, aunque sea dejando a esa persona sola.

**b) Nunca dejar sola a la persona, hasta estar seguros de que está atendida por los profesionales sanitarios pertinentes.**

c) Manejar nosotros/as mismos la crisis, aunque sea poniendo en peligro nuestra salud o seguridad y/o la del paciente.

d) Prometer confidencialidad al paciente si deja de realizar esa conducta.

38. La conducta suicida en población infanto-juvenil y en población adulta:

a) Tienen definiciones, factores de riesgo y factores precipitantes totalmente diferentes. Por ejemplo, la depresión solo puede diagnosticarse en edad adulta.

b) En población infanto-juvenil los casos de ideación, conducta suicida y suicidio consumado tienen en todos los casos el significado de manipular o llamar la atención.

c) La conducta suicida tiene la misma definición en la infancia y en la edad adulta. Con independencia del concepto de la muerte o la comprensión de la letalidad del método empleado que se pueda tener a edades tempranas, el objetivo es dejar de sufrir.

d) No existen casos de suicidio en población infanto-juvenil.

39. La intervención en crisis, ante el riesgo inminente de suicidio sigue los pasos del Modelo AFVA: acoger, focalizar el problema, valorar la gravedad y actuar. En el paso de valorar la gravedad se realizan las siguientes actuaciones:

a) Se evalúa el riesgo real de suicidio (psicopatología, factores de riesgo, de protección, precipitantes...) a través de la entrevista clínica, instrumentos de valoración...

b) Se posibilita un tratamiento, se realiza derivación y seguimiento.

c) Se define y delimita el problema de manera sencilla para que nos ayude a saber qué hay que hacer.

d) Se realiza una acogida de apoyo.

40. Siguiendo el Modelo AFVA, los primeros momentos de la intervención en crisis son fundamentales y van a condicionar el resto de las actuaciones, por eso es importante hacer una buena acogida, para lo que se recomienda:

a) Transmitir a la persona potencialmente suicida que no está sola.

b) Facilitar la verbalización del problema, una transferencia positiva y un clima de confianza.

c) Dar peso a la comunicación no verbal sobre la palabra para mostrar empatía, preocupación, apoyo... conectar con la persona y realizar escucha activa.

**d) Todas las respuestas anteriores son correctas.**

**41. Para realizar escucha activa se recomienda:**

**a) Atención, tiempo y calma. Empatía. Favorecer la comunicación no verbal y el vaciado emocional al ritmo de la persona (respetar silencios, preguntas abiertas...).**

b) Juzgar e interrumpir para rechazar aquello con lo que no estamos de acuerdo.

c) Rechazar emociones negativas que muestre la persona (lloros, silencios...).

d) Descalificar opiniones sobre el suicidio o la muerte, retar a la persona y ponernos como ejemplo para dar ánimo.

**42. Existen los siguientes niveles de postvención:**

a) Universal.

b) Indicada.

c) Selectiva.

d) **Universal, selectiva e indicada.**

43. En relación a la postvención de los supervivientes:

a) La postvención no resulta necesaria.

b) El duelo por suicidio es igual que el duelo por muerte natural.

c) Se recomiendan acciones de postvención exclusivamente en los siguientes niveles de intervención: postvención universal y postvención selectiva.

d) **La postvención resulta necesaria, y su gran reto es conseguir que todas las personas supervivientes, desde los familiares cercanos y amigos/as, hasta aquellos expuestos al suicidio indirectamente, puedan recibir la ayuda y el apoyo que necesitan para facilitar la recuperación tras un suicidio y prevenir consecuencias negativas (por ejemplo, el suicidio en futuras generaciones).**

44. La postvención universal es aquella que:

a) **Se dirige a todos los supervivientes.**

b) Se dirige a los supervivientes con duelo moderado e impacto leve.

c) Se dirige a supervivientes con duelo grave, duelo patológico y/o problemas de salud mental.

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

45. La postvención indicada:

- a) Se dirige a todos los supervivientes.
- b) Se dirige a los supervivientes con duelo moderado e impacto leve.
- c) Se dirige a supervivientes con duelo grave, duelo patológico y/o problemas de salud mental.**
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

46. Señala la frase correcta:

- a) En ningún caso, las personas en duelo por suicidio (supervivientes), experimentan shock, confusión, horror, rabia, sentimientos de fracaso, vergüenza, culpabilidad...
- b) Las personas supervivientes son aquellas que tenían relación con la persona fallecida, por lo que solo afecta a familiares de primer grado.
- c) El duelo por suicidio y la exposición al suicidio es lo mismo.
- d) El duelo por la muerte natural, es diferente al duelo por suicidio.**

47. El duelo patológico se define como:

a) **Un duelo en el cual la persona doliente no es capaz de adaptarse o aceptar el carácter irreversible de la pérdida, y el proceso de duelo se complica, se ralentiza, o se detiene.**

b) La tercera fase del proceso de duelo.

c) La segunda fase del proceso de duelo.

d) La primera fase del proceso de duelo.

#### 48. En relación al duelo patológico:

a) **El duelo patológico ocurre aproximadamente en un 7% de la población con duelo, y las personas con duelo por suicidio tienen mayor riesgo de desarrollarlo.**

b) El duelo patológico ocurre aproximadamente en un 70% de la población con duelo, y las personas con duelo por suicidio tienen mayor riesgo de desarrollarlo.

c) El duelo patológico solo se produce en población adulta.

d) El duelo patológico solo se produce cuando la víctima es menor de edad.

#### 49. En la atención a los supervivientes debe tenerse en cuenta que:

a) Algunos supervivientes muestran reacciones de culpa, enfado y decepción hacia el equipo de profesionales que atendió a la persona fallecida por suicidio, principalmente durante el primer año de duelo.



b) Los supervivientes son una población de riesgo. Existe cierto riesgo de conductas suicidas en los 30 días posteriores al fallecimiento y en las fechas próximas a los aniversarios, fechas evocadoras de recuerdos y emociones.

c) Es frecuente que en los supervivientes aparezcan sentimientos vinculados a la culpa (lo cual hace que este proceso de duelo sea uno de los más dolorosos que existen) y la vergüenza (por el estigma que existe en torno al suicidio).

**d) Todas las respuestas anteriores son correctas.**

**50. En relación al autocuidado del personal sanitario:**

a) No es necesario, estamos muy preparados.

b) Es solo trabajo, no afecta a la vida personal.

c) Para no tener que aplicarnos autocuidados es mejor no implicarse y ser indiferente con las personas.

**d) Mantener nuestro autocuidado en el día a día es sumamente importante para fomentar nuestra salud mental y prevenir o aliviar el desgaste y agotamiento laboral, haciendo que aumente nuestro bienestar psicológico.**

**Finalizar Examen**