

## CAPÍTULO VII

### EL SUICIDIO Y SU PREVENCIÓN A TRAVÉS DE IMPRESOS



*Tania Rodríguez Salazar\**  
*Raúl Armando Santana Rivas\*\**

#### *Introducción*

El suicidio es un tema controvertido como tantos otros que evocan discusiones sobre la vida humana y la libertad de elegir. No obstante, en nuestro país no suele generar debates públicos intensos, ya que no ha sido sujeto de amplias discusiones legislativas ni bandera de asociaciones civiles, más allá de propuestas aisladas y medidas generales para la prevención del suicidio. En el caso específico de Jalisco solamente tenemos noticia de la creación de la Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio<sup>1</sup> que opera de modo intermitente así como de una propuesta legislativa para establecer un «Día estatal contra el suicidio» (Pérez, 2005), que no ha tenido mayor resonancia ni parece haber sido discutida en el Congreso del Estado, si bien en la escala nacional existen otros organismos.<sup>2</sup>

---

\* Doctora en Ciencias Sociales por la UdeG. Correo electrónico: tania\_rs70@hotmail.com

\*\* Maestro en Ciencias Sociales por la UdeG. Correo electrónico: dragonia77@hotmail.com

<sup>1</sup> Esta red se fundó en el año 2003 y está integrada por organismos gubernamentales (Instituto Jalisciense de Salud Mental, Secretaría de Salud del Gobierno de Jalisco), académicos (UdeG), eclesiásticos (Centro de Espiritualidad Diocesano de Intervención en Crisis) y ciudadanos. Su principal propósito es «prevenir el suicidio dentro de nuestra entidad a través de diversas actividades como campañas, congresos, conferencias, etcétera».

<sup>2</sup> En el nivel nacional encontramos a la Asociación Mexicana de Suicidología A. C. (AMS) creada en septiembre de 2006 con sede en León, Guanajuato, la

Las discusiones públicas sobre el suicidio en esta entidad son escasas y responden más a la búsqueda de mayor visibilidad de ciertas instituciones y de mayor presupuesto gubernamental que a la reflexión sobre el asunto y su prevención. En particular, los instrumentos de prevención del suicidio tienden más a la difusión recurrente de argumentos o pseudo-argumentos que están a medio camino de lo religioso-moral y lo médico-científico para indicar que el suicidio es un problema, que la solución es la prevención, y que tal prevención es prácticamente mental, sea psicológica o psiquiátrica.

En este capítulo analizaremos el discurso de un conjunto de materiales de prevención elaborados y difundidos bajo los sellos del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) y la Red de Prevención del Suicidio en el estado de Jalisco.<sup>3</sup> Dichos materiales son considerados insumos para ponderar cómo se habla sobre el suicidio y su prevención desde las instituciones locales que atienden esta problemática. Se trata de trípticos que pretenden informar a sus lectores de las posibilidades de prevención del suicidio, de las señales de alarma, así como de los servicios que se ofrecen para apoyar a alguien que enfrenta esta posibilidad. No obstante, en sus contenidos se encuentran implícitas mezclas de valores religiosos-morales con médicos-científicos, así como formas discursivas que tienden a estigmatizar, dramatizar o privilegiar una sola voz.<sup>4</sup> Estos aspectos limitan las posibilidades

---

cual que realiza actividades y se integra con miembros que tienen participación nacional e internacional (<http://suicidologia.org.mx/directorio.php>).

<sup>3</sup> El interés en analizar estos materiales de prevención surgió en el marco de una investigación más amplia que uno de los autores desarrolló como tesis de Maestría en Ciencias Sociales (Santana, 2011).

<sup>4</sup> Estas limitantes (estigmatización, dramatización y univocidad en el abordaje) han sido identificadas y sometidas a discusión en algunos foros locales. Santana ha señalado la importancia de buscar formas de discusión del suicidio más inclusivas y dialógicas: «En nuestra entidad existen importantes iniciativas y recursos que apuntan a un tratamiento del suicidio cada vez más eficaz. Desde el punto de vista de este trabajo es claro que se está comenzando a abrir un campo de investigación sobre el suicidio que sea adecuado para nuestra región. Es bajo esa intención que he señalado la importancia de

de hablar sobre el suicidio de manera más abierta a la experiencia de quienes están implicados en el asunto.<sup>5</sup> Los mensajes sobre el suicidio que aquí analizamos provienen de instituciones oficiales por lo que tienden a reflejar la visión gubernamental sobre el fenómeno que podría contrastarse con otras perspectivas (no obstante, en este trabajo no pretendemos hacer esa comparación). En ellos podremos observar determinadas representaciones sobre el suicidio y discursos predominantes en la propuesta de intervención.

### *Los trípticos para la prevención del suicidio*

Nuestro interés en estos materiales preventivos consiste en valorar cómo están informando sobre el tema del suicidio, cómo cumplen la tarea de promover actitudes o comportamientos favorables a la prevención y cómo tales mensajes se conectan con representaciones particulares del fenómeno del suicidio, el acto de suicidarse y la persona que se suicida.

Estos materiales son de carácter impreso y están dirigidos a lectores individuales, si bien suelen ser distribuidos en colectivos (por ejemplo en escuelas o talleres grupales) y estar a disposición en ciertas dependencias de salud. La prevención del suicidio impulsada por el SALME y la red citada se vincula con la atención en la línea telefónica de intervención en crisis (075) del estado de Jalisco, México, cuyo enfoque de atención es principalmente psiquiátrico con opción de internamiento.

Es importante señalar que los productos comunicacionales que analizaremos formaron parte de campañas de prevención más amplias que no sólo contemplaban la distribución de impresos, sino también la implementación de talleres informativos y la organización de foros especializados. Desafortunadamente no hemos podido obtener datos

---

intentar incluir más investigaciones, establecer un diálogo más constante y respetuoso entre los distintos profesionistas y autoridades, así como dar voz a las personas directamente implicadas en el problema» (2009a: 9).

<sup>5</sup> Un panorama actual de los estudios cualitativos en suicidología puede verse en Hjelmeland y Knizek (2010).

confiables que nos permitan valorar las acciones de prevención del suicidio –ni la vitalidad de la red de prevención– mediante la identificación del número de campañas implementadas por año, las estrategias y los productos comunicacionales utilizados.

Nuestra impresión es que las acciones de prevención auspiciadas por el SALME y la red de prevención no son tan sistemáticas como sería deseable.<sup>6</sup> Cabe aclarar que esto no es exclusivo de la atención del suicidio en el caso de Jalisco, sino que más bien es una tendencia general en la promoción para la salud en los países del tercer mundo. Alfonso Gumucio, a partir de la reflexión en torno a distintas experiencias, encuentra que la «promoción de la salud» suele reducirse a la «diseminación de mensajes», que las acciones «han estado dominadas por el personal de salud y no por personal especializado en comunicación», tienen un carácter improvisado, y se suelen privilegiar las campañas de un solo día (los días internacionales o mundiales). Lo anterior aunado al hecho de que se destinan más recursos a la curación que a la «educación y la comunicación para la prevención». Con el mismo sentido crítico señala que los mensajes de las campañas «se reducen a consignas despojadas de análisis, mensajes unilaterales de ‘pensamiento único’, que no toman en cuenta variables socio-económicas o culturales» (2010: 74).

En el caso que nos ocupa, el carácter precario de las medidas de prevención del suicidio podría deberse a muchas causas, entre ellas el escaso presupuesto destinado a la prevención,<sup>7</sup> así como a los cambios

---

<sup>6</sup> Idealmente un sistema de prevención integraría distintos actores sociales de manera efectiva, llámense políticos, científicos, comunitarios, institucionales, etc. Esto parece suceder en otros casos de redes de prevención como «Último recurso» de Uruguay, Centro de Apoyo al Familiar del Suicida en Argentina o «Amigos da vida» en Brasil, en los tres casos estas redes forman parte de una estrategia nacional de prevención del suicidio.

<sup>7</sup> En 2005 Héctor Pérez Plazola, secretario general de Gobierno en ese año, puntualizó con respecto del requerimiento de intensificar y hacer permanentes los programas de prevención del suicidio mediante campañas en los medios de comunicación que «son costosas y no se cuenta con un presupuesto específico para tal fin, por lo que aún son limitadas» (Rello,

en las administraciones del gobierno estatal, cuyas autoridades establecen campañas y programas que inician unos y otros abandonan, sin buscar la continuidad y un seguimiento de sus resultados.

Lo que hemos podido observar es la ausencia de registros oficiales al alcance de los ciudadanos sobre las campañas implementadas, periodos de duración, difusión y resultados, en las visitas realizadas al SALME. Por otra parte, un indicador adicional de la precariedad de la prevención del suicidio es justamente el diseño de los trípticos que nos interesa analizar en este trabajo. Se puede observar que los textos se repiten con variaciones menores, algunos tienen erratas y el diseño gráfico es poco profesional.

### *Estrategia metodológica*

Uno de los autores de este capítulo, Raúl Santana, se dio a la tarea de identificar todos los materiales preventivos que ha publicado el SALME y la red citada, acudiendo a las oficinas del primero y otras instancias participantes como el Departamento de Clínicas de Salud Mental de la Universidad de Guadalajara (UdeG), el Centro de Salud número 3 y las oficinas de la Región Sanitaria X, Zapopan (ambos de la Secretaría de Salud Jalisco) para obtener dichos materiales. Como resultado de esta búsqueda se identificaron *siete* trípticos:

---

2005). Por otra parte en el año 2008 el director del SALME lamenta la falta de recursos: «El director del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), Daniel Ojeda Torres, lamentó que las 44 instituciones que conforman la Red Estatal para la Prevención del Suicidio no cuenten con un presupuesto que les permita tener el personal necesario para llevar a cabo un trabajo permanente. Agregó que los recursos son proporcionados por el Instituto Jalisciense de Salud Mental pero que no están etiquetados para la red. Calculó que requieren un presupuesto anual de tres millones de pesos para contratar más personal que se dedique sólo a ofrecer pláticas preventivas en escuelas, centros de trabajo, asociaciones no gubernamentales y lanzar campañas permanentes: Invertimos lo que podemos, *este año vamos a invertir alrededor de cien mil pesos*, que es lo que nos ha costado esta campaña semanal» (Gandhi, 2008).

Tabla 1

Trípticos difundidos para la prevención del suicidio

Número	Título	Siglas para su identificación en este capítulo
1	¡Con ánimo de vivir! Campaña Estatal contra la Depresión. Suicidio	CECD, 2005
2	Los jóvenes en la prevención del suicidio	JPS, 2005
3	Los maestros en la prevención del suicidio	MPS, 2005
4	La familia en la prevención del suicidio	FPS, 2005
5	Día Mundial para la prevención del suicidio. Más conocimiento, más esperanza	DMPS, 2006
6	Prevención del suicidio en las diferentes etapas de la vida. Día Mundial para la prevención del suicidio	DMPS, 2008
7	Haz que el color vuelva a la vida ¡es posible! Día Mundial para la prevención del suicidio. Prevención del suicidio en las diferentes culturas	DMPS, 2009

Como se puede observar en los títulos el número 1 se enmarca en una Campaña Estatal Contra la Depresión (CECD) en 2005 –el cual parece haber sentado las bases de los textos que aparecen en los demás trípticos–. Los números 2, 3 y 4 son trípticos diferentes difundidos en talleres realizados en el marco de las «Jornadas de prevención y atención ‘Todos por la familia’ Prevención del suicidio», dirigidos a jóvenes, maestros y padres respectivamente, también en el año 2005. Finalmente, los números 5, 6 y 7 estructuran su contenido a partir del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (DMPS) para los años 2006, 2008 y 2009. Todos estos materiales se continúan distribuyendo ocasionalmente en los organismos de la Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio en el Estado de Jalisco y difundiendo a través del sitio electrónico del SALME.<sup>8</sup> En lo sucesivo nos referiremos a los

<sup>8</sup> El taller en que originalmente se difundieron se tituló «Dale vida a tu vida». Las guías educativas se pueden encontrar en <http://salme.jalisco.gob.mx/promocion.html>

materiales preventivos 2, 3 y 4 como *trípticos dirigidos a grupos sociales* y a los 5, 6 y 7 como *trípticos conmemorativos* y citaremos los contenidos provenientes de cada uno a partir de las siglas que aparecen en la tabla.

El análisis que realizamos contempla como muestra estos siete trípticos producidos en los primeros años de la década de 2000 y reproducidos con cambios menores en administraciones gubernamentales subsecuentes. Estos materiales constituyen el tipo de publicaciones de prevención con las que las personas podrían encontrarse en su vida diaria en el contexto local estudiado. Desafortunadamente no podemos valorar qué tan exhaustiva o representativa es la muestra seleccionada, pues, como mencionamos antes, no tenemos datos confiables del número campañas y de impresos preventivos que se han producido localmente e incluso las instituciones participantes no parecen contar con un registro sistematizado de los mismos. Por esta razón el universo nos es desconocido.

El análisis que llevamos a cabo estuvo dirigido al contenido, y en el menor de los casos, a la forma del discurso. Se trata de un análisis cualitativo que no contempla detalles de la composición lingüística, sino más bien representaciones culturales sobre el fenómeno en cuestión. Para cumplir este propósito hemos considerado las siguientes dimensiones: *a)* vocabulario utilizado para referir el fenómeno del suicidio; *b)* usos del lenguaje que se refiere a los modos en que está construido el mensaje; *c)* tipos de responsabilidad sobre los sujetos a los que se apela en el mensaje, y *d)* representación del suicidio y los agentes del mismo.

### *La definición del suicidio*

El conjunto de trípticos analizados están diseñados como una *intervención universal*.<sup>9</sup> Los mensajes del tríptico de la *campaña contra la depresión* (tabla 1, núm.1); los *trípticos conmemorativos* del día mundial (núms. 5, 6 y 7), y los *trípticos dirigidos a grupos sociales* (núms. 2, 3, 4), pretenden llamar la atención sobre el fenómeno en cualquier habitante de la región, así como enseñar o capacitar al lector, sea éste un ciudadano cualquiera o un actor estratégico, para identificar riesgos,

---

<sup>9</sup> Sobre éste y otros tipos de intervención véase Kalafat (2002).

proveer un soporte inicial y buscar ayuda apropiada para quien está en riesgo. No obstante, estos últimos están dirigidos a la prevención de la población joven.

Los trípticos conmemorativos y el de campaña contra la depresión comienzan con una definición del suicidio como un «acto voluntario», pero lo sitúan simultáneamente en la clase de cosas que pueden *atenderse y prevenirse* con lo que implícitamente se produce una asociación con enfermedad, riesgo o problema:

El suicidio es el acto voluntario de quitarse la vida que si se atiende oportunamente por parte de los especialistas en salud mental PUEDE PREVENIRSE (CECD, 2005).

El suicidio es el acto voluntario de quitarse la vida. Sin embargo, es importante saber que si el riesgo de llevarlo a cabo se detecta y atiende de manera oportuna por especialistas de la salud mental, PUEDE PREVENIRSE<sup>10</sup> (DMPS, 2006).

El suicidio es el acto voluntario de quitarse la vida. Sin embargo, es importante saber que si buscamos acciones positivas que fortalezcan nuestra vida diaria, éste se puede prevenir (DMPS, 2008, 2009).

La contigüidad de los atributos de «voluntario» y susceptible de prevenirse conlleva el argumento de que preservar la vida es una obligación moral de los individuos, así como de las amistades y las familias, sin importar las circunstancias particulares y atenuando el carácter voluntario del acto. De modo implícito se usa una noción religiosa católica sobre la vida y su preservación (se asume que la vida es un don, que el sufrimiento tiene un sentido espiritual, que el único dueño de la vida de uno es Dios y otros significados asociados), si bien de manera explícita se enfoca el suicidio como una problema de salud pública y como consecuencia de una enfermedad mental, entre las que suele destacarse la depresión. Desde esta última perspectiva la persona que

---

<sup>10</sup> En las transcripciones de las citas de los trípticos analizados hemos conservado los énfasis originales que se realizan con palabras o frases en mayúsculas.

piensa o habla de suicidio, intenta o se suicida, es estigmatizada casi de inmediato como enferma mental: cuando se les adjudica esa etiqueta se les considera un «peligro para sí mismos» y, en consecuencia, se tiende a legitimar el internamiento en instituciones de salud mental (aún en contra de la voluntad propia).

En ninguno de los mensajes de los trípticos se alude mínimamente a las opciones del suicidio asistido o sobre el derecho a morir. Esto ocurre también en los trípticos dirigidos a grupos sociales que comienzan una de sus secciones con la afirmación «El suicidio se puede prevenir» (FPS, 2005; JPS, 2005; MPS, 2005), seguidos –en dos casos– de una declaración de que «Los padres de familia son claves en la detección oportuna de conductas y señales en los hijos» (FPS, 2005) y de que «La intervención del maestro es clave en la detección de conductas y señales entre los alumnos» (MPS, 2005). En estos casos el mensaje de que puede prevenirse es directo e inmediato, con lo que el suicidio se enmarca en el lenguaje de la salud pública. El argumento implícito es que el suicidio es una enfermedad que como otras puede prevenirse si se detecta y atiende de manera oportuna, además de pretender involucrar –con un enunciado impersonal y generalizante sobre la importancia de la intervención de los maestros y los padres de familia– a otros en la prevención del suicidio en jóvenes. El comienzo del tríptico dirigido a jóvenes (JPS, 2005) no contempla este tipo de declaración (de que tal grupo social es clave, aunque por supuesto que la intervención entre pares es quizá más importante que la de otros agentes), sino que señala de entrada una serie de indicaciones sobre cómo actuar ante alguien que está «pensando en el suicidio», lo cual se analizará más adelante.

En general, en el conjunto de materiales analizados se puede observar que la forma en que se discurre sobre el tema es más bien absolutista: solamente se alude al tipo de suicidios causados por depresión o por enfermedad mental y a los lectores se les ofrece exclusivamente la opción de ser atendidos por personal de la salud mental. Con el énfasis en este tipo de suicidios se patologiza cualquier pensamiento o intención suicida, así como se minimiza la capacidad de razonar y elegir de las personas directamente implicadas como veremos más adelante.

Por otra parte, el vocabulario usado para referirse al suicidio (nombres que se emplean para sustituir alguna referencia al mismo) lo sitúa

como «problema» y «problemática», cualidades que le quitan el carácter de voluntario que se utiliza en su definición. Esto se puede observar en los siguientes extractos:

...requiere mayor información acerca de este problema (CECD, 2005).

[El suicidio] Este problema es de gran trascendencia en todo el mundo. (DMPS, 2006).

A iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) desde el año 2003, en todo el mundo se conmemora este día para llamar la atención de los profesionales de los diversos sectores, de los gobiernos y de la sociedad en general acerca de [sic] importancia de esta problemática (DMPS, 2006).<sup>11</sup>

En los trípticos conmemorativos el mensaje de que «puede prevenirse» se sustenta en dos condiciones distintas: *a)* detectarlo y atenderlo «de manera oportuna por especialistas de la salud mental» (DMPS, 2006) y *b)* buscar «acciones positivas que fortalezcan nuestra vida dia-

---

<sup>11</sup> Este mensaje es reproducido tanto en DMPS 2006, como en 2008 y 2009 con ligeros cambios e inconsistencias respecto del dato sobre la creación del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Las citas textuales en los otros dos trípticos son las siguientes (se destacan en cursiva las diferencias): «A iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) *desde el año 2004, se conmemora en todo el mundo* este día para llamar la atención de los profesionales de los diversos sectores, de los gobiernos y de la sociedad en general acerca de la importancia de esta problemática» (DMPS, 2008). «A iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) *desde el año 2003 se conmemora en todo el mundo* este día para llamar la atención de los profesionales de los diversos sectores, de los gobiernos y de la sociedad en general acerca de la importancia de esta problemática» (DMPS, 2009).

ria» (DMPS, 2008, 2009). La primera condicionante sostiene de modo implícito que la «solución» al «problema» del suicidio la tienen los profesionales de la salud mental, mientras que la segunda es más incluyente, está redactada en la segunda persona del plural, sugiriendo que la «solución» es comunal o ciudadana, aunque el mensaje final culmine con la alternativa clínica.

### *El manejo de cifras*

En la muestra analizada encontramos que uno de los trípticos conmemorativos (DMPS, 2006) y el de la campaña contra la depresión (CECD, 2005) presentan alguna estimación estadística. Esto se hace más para captar la atención del lector que para informarle sobre el estado que guarda el suicidio:

Al año mueren en el mundo casi 1 millón de personas por esta causa. Muchas de ellas son adolescentes, por lo que son el grupo que requiere mayor información acerca de este problema (CECD, 2005).

Este problema es de gran trascendencia en todo el mundo. Al año muere alrededor de un millón de personas por esta causa. Muchas de ellas son adolescentes y jóvenes adultos, por lo que este grupo de edad se ha convertido en el de mayor riesgo, y por tanto, el que necesita de mayor información sobre el tema (DMPS, 2006).

Como ha indicado Best (2001) las estadísticas son necesarias para crear una visión de conjunto y clarificar la naturaleza de los problemas sociales; sin embargo, es común que se usen de manera interesada por políticos, activistas o medios de comunicación, así como que los públicos se comporten sin juicio crítico frente a ellas. El manejo de cifras en estos materiales tiene la intención retórica de mostrar que el suicidio es un fenómeno que está creciendo, que los riesgos de suicidarse son amplios cuando se combinan determinadas circunstancias y sentimientos.

En los fragmentos citados se puede observar que el suicidio se construye como problema social mediante un tipo de dramatización creada con cifras. Esta dramatización se logra a partir de lo que Best (2001) de-

nomina *estadísticas mutantes* que se caracterizan por distorsionar cifras originales con distintos fines o a partir de errores determinados: en este caso, los datos mutan para mostrar la recurrencia del fenómeno del suicidio mundialmente, para legitimar los esfuerzos de prevención y destacar una población de riesgo o «que requiere mayor información»: en un caso los «adolescentes» solos y, en otro, los «adolescentes y los jóvenes adultos». No obstante, el resto del mensaje del tríptico no está diseñado para ninguna población en específico, sino parece estar dirigido a cualquier persona interesada en el tema.

En el siguiente fragmento podemos observar también un dato estadístico que pretende dar por sentado que la causa predominante del suicidio es la depresión:

Hoy se sabe que el 90% de las personas que mueren a causa del suicidio tenían un problema de salud mental, entre ellos la DEPRESIÓN, que lamentablemente en muchos casos no fue atendida a tiempo (DMPS, 2006).

La cifra tan contundente, pero igualmente dudosa, carente de referencia alguna, contribuye a construir una versión limitada o parcial sobre el suicidio, en la que solamente se contemplan los suicidios causados por la enfermedad mental de la depresión. Con este dato se excluyen y se minimizan los casos en que están involucradas otras causas posibles del deseo de quitarse la vida, como podría ser la imposibilidad de tener calidad de vida. Por lo que es probable que el mensaje preventivo no llegue a quienes están implicados en el asunto del suicidio, pero no se asumen bajo ese estado mental o de ánimo. Otras causas posibles no aparecen representadas ni siquiera mínimamente.

Las cifras se usan para conformar falacias de peligro de modo que el lector sitúe el fenómeno del suicidio, o en su caso el de la depresión, como algo temible, alarmante, digno de atención institucional y personal. Este hecho discursivo implícitamente se usa para legitimar o justificar las propias acciones de prevención e intervención, y a su vez, el mensaje que se hace circular en el tríptico en cuestión.

Los datos que se mencionan cumplen solamente una función retórica: están lejos de describir la situación que guarda el fenómeno en

un lugar y en un tiempo definido, pero sobre todo pasan por alto las enormes dificultades que existen para producir estadísticas en el caso del suicidio. De acuerdo con Jack D. Douglas (citado por Baudelot y Establet, 2008), uno de los principales críticos de la sociología durkheimiana del suicidio (basada en estadísticas) hay por los menos tres factores que las hacen poco confiables:

1. El suicidio depende de consideraciones morales y sociales por lo que no existe una definición universal, y a su vez, siempre hay una distancia amplia entre la definición del sociólogo y las de quienes registran los casos de suicidio a partir de criterios empíricos o administrativos diferentes (los médicos legistas y los policías suelen ser quienes deciden si un deceso fue suicidio o no).
2. El suicidio no se puede contar de manera precisa por la impronta de las cuestiones morales y las presiones sociales para la disimulación de los casos, así como el acceso diferencial a recursos para escapar al registro.
3. Las distintas fuentes estadísticas suelen no coincidir entre sí por las constantes discrepancias entre los criterios de la administración judicial y los médicos.

Si las estadísticas sobre número de suicidios son problemáticas, lo son más los datos que tratan de establecer sus causas. En uno de los trípticos, como vimos antes, se afirma que «Hoy se sabe que el 90% de las personas que mueren a causa del suicidio tenían un problema de salud mental, entre ellos la DEPRESIÓN» (DMPS, 2006). De igual manera el dato sólo cumple una función retórica para destacar hiperbólicamente la asociación suicidio-problema de salud mental-depresión. Sin embargo, los casos de suicidio por depresión tampoco se pueden identificar fácilmente pues no es posible hacer un diagnóstico fidedigno a partir de información fragmentada, rápida y obtenida con la presión administrativa de registrar una causa.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Si tomamos en cuenta que para hacer un diagnóstico de depresión es necesario diferenciar síntomas, periodos y trastornos asociados con relación a cada paciente, resulta muy difícil que esto se haya realizado en las personas que se

Toda esta discusión sobre las dificultades para establecer estadísticas sobre el suicidio y sus causas nos lleva a preguntarnos si efectivamente es necesario incluir este tipo de información en los trípticos preventivos. Si bien solamente la investigación empírica puede dilucidar cómo lectores de baja y alta implicación<sup>13</sup> decodifican o interpretan tales datos, podemos sostener la hipótesis de que esta clase de información estadística puede generar distancia con el lector implicado en alguna posibilidad de suicidio, o convertirse en una distracción frente a la información de carácter práctico.

No obstante, su inclusión en trípticos con propósitos informativos sobre el tema del suicidio pudieran ser útiles para la adquisición de una mayor conciencia para las personas, siempre y cuando fueran citados de maneras más razonables y no con automatismos en la reproducción de los mismos (nótese cómo se mantiene constante la cifra de 1 000 000 de suicidios). En nuestra opinión no se requie-

---

quitaron la vida para registrar dicha causa. Por otra parte, actualmente no se contempla el diagnóstico puro de «depresión», sino que dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo, se consideran variaciones o tipos de trastornos entre los cuales están: «El trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno depresivo no especificado, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, el trastorno ciclotímico, el trastorno bipolar no especificado, el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, el trastorno del estado de ánimo no especificado», etc. (DSM-IV-TR: 323). De modo que los diagnósticos de depresión están sujetos a múltiples sutilezas que se pasan por alto cuando se asocia casi sistemáticamente el suicidio con la causa de la depresión.

- <sup>13</sup> Los sujetos de alta y baja implicación reaccionan de manera diferente ante los mensajes persuasivos: los sujetos implicados, es decir motivados a atender y reflexionar sobre el tema, son más receptivos a los mensajes racionales y los argumentos sólidos, mientras que a los sujetos con poca implicación lo son a las apelaciones emocionales y vívidas (Flora y Maibach citados por Igartua y Lopes, 2002). Por lo que una medida eficaz para captar la atención de las audiencias poco implicadas con los temas de salud consiste en insertar los mensajes en contexto de entretenimiento. Este debería ser un componente básico de las campañas del tipo de intervención universal.

re argumentar que la prevención es necesaria porque hay muchos suicidios, uno sólo podría bastar para justificar esfuerzos en dicho ámbito. Afortunadamente los trípticos dirigidos a la prevención del suicidio en jóvenes no presentan este tipo de datos estadísticos para enmarcar el mensaje de prevención.

### *El lenguaje de prevención y el contenido de los mensajes*

Para valorar el lenguaje y contenido de los materiales de prevención que analizamos en este texto retomaremos la clasificación propuesta por Dodds (2002) en el marco del análisis de materiales de prevención del VIH/SIDA en Inglaterra. De acuerdo con este autor podemos considerar los siguientes tipos:

1. Uso de un *lenguaje directivo* a través del cual se le dice al lector qué debe y no debe hacer, con frecuencia a manera de una lista.
2. Uso de un *lenguaje informativo* que le dice al lector lo que se sabe sobre el tema y le deja la decisión sobre qué comportamiento tener. El propósito es que las personas reconozcan información importante, la apliquen a sí mismos y modifiquen su comportamiento de modo congruente.
3. Uso de un *lenguaje coloquial* o de la calle que crea cercanía con el lector, tiende a juzgarlo menos y a no comunicar un sentido de culpa.
4. Uso de un *lenguaje inclusivo* en el que la voz narradora es la segunda persona del plural, de manera que los lectores sientan un nosotros en lugar de un tú. Con esto se tiende a crear un tono comunal que colectiviza la responsabilidad, más que individualizarla.

Los mensajes de los trípticos analizados pretenden ser pedagógicos, tienen un propósito de enseñanza; sin embargo, carecen del carácter lúdico que suelen tener los productos de difusión masiva.

Los trípticos conmemorativos del DMPs (2006, 2008, 2009) y el de la CECD (2005) se estructuran con un lenguaje predominantemente *informativo*, enunciados impersonales, y listas de atributos, ideas y, en menor medida, con lenguaje *directivo* que establece recomendaciones puntuales. Tienen el propósito de llamar la atención del lector sobre el

asunto con una definición, datos generales, información sobre formas de promover la salud mental, para identificar «señales», «señales de alarma» o «señales de mayor alarma» y, en menor medida, actúe para ayudar a alguien en riesgo.

Dos de los trípticos estudiados recurren al género de la pregunta y la respuesta: con mayor frecuencia se trata de preguntas generales, neutras o abstractas «¿qué es?», «¿cuáles son las señales de alarma?» (CECD, 2005); «¿qué es el suicidio?» (DMPS, 2006), y en menor proporción de preguntas de acción dirigidas al yo: «¿qué puedo hacer?», «¿qué puedo hacer para ayudarlo?». Las primeras preguntas suelen responderse con lenguaje informativo (se usan frases impersonales y verbos en infinitivo), mientras que las segundas con lenguaje directivo (se usan verbos en imperativo dirigidos a la segunda persona del singular).

Los trípticos conmemorativos más recientes (DMPS, 2008, 2009) hacen notar que el suicidio es un fenómeno heterogéneo, cuyas motivaciones o causas suelen ser diversas en los distintos ciclos de vida. Toman en cuenta la «línea de vida» para «fortalecer la salud mental» por grupos de edad:

- Recién nacido.
- Infantes de 5 a 9 años.
- Jóvenes de 10 a 19 años.
- Adultos de 20 a 59 años.
- Adulto mayor, 60 años o más.

En cada etapa se señala una frase que destaca aspectos favorables del desarrollo para la salud mental que involucran distintos tipos de relaciones (familiares, de amistad, laborales, de tiempo libre) con frases en infinitivo y de carácter general. Con esto se alude a que la salud mental se fortalece con tipos específicos de acciones cotidianas de las personas en sus contextos de vida. No obstante, en las recomendaciones concretas solamente se enfatiza la atención clínica del fenómeno, excluyendo otras formas (la comunal, cívica o familiar).

Como podemos ver, en el siguiente fragmento se insta al lector, primero de modo impersonal y genérico, con frases en infinitivo a «hablar» a un servicio de urgencias o en su caso «trasladarse» a un centro

de atención. Enseguida se insiste de modo imperativo en que se busque ayuda profesional para después indicar del mismo modo «no dar consejos» pues eso es «trabajo de los profesionales»:

#### EN CASO DE REQUERIR APOYO PARA LA SOLUCIÓN DE UN CONFLICTO

Hablar a las líneas de urgencias a su alcance (al reverso encontrará los números telefónicos de las instituciones que pueden apoyarlo).  
Trasladarse a unidad de atención especializada en salud mental.

Si requieres apoyar a alguien cercano a ti:

- Busca ayuda profesional: médico, psiquiatra, psicólogo.
- Al reverso encontrarás las instituciones que pueden intervenir.

Mientras tanto

- Escucha sin juzgar.
- No des consejos, deja el trabajo a los profesionales.
- Acompaña a esa persona.

La insistencia en que la solución al problema del suicidio está en manos de los profesionales de la salud y la inclusión de múltiples instancias gubernamentales de atención clínica, nos hace pensar que los mensajes más que propiciar cambios en la conciencia o en las acciones de las audiencias, parecen tener el propósito de hacer visibles, legitimar o avalar sus instituciones de atención en el ámbito de la salud mental. Se acercan a ser simplemente propaganda de institutos y programas gubernamentales, más que estrategias de prevención sistemáticas y de largo plazo.

Los trípticos conmemorativos del día mundial y el de la campaña contra la depresión exclusivamente contemplan información que apela a un tercero diferente al que tiene el pensamiento o intención de suicidarse. Los *trípticos dirigidos a grupos sociales* solamente consideran, si bien no de modo predominante, mensajes dirigidos directamente a la persona que está en riesgo en el caso del ejemplar «Los jóvenes en la prevención del suicidio» (esto es comprensible pues los tres están dirigidos a la prevención en esta población).

En los trípticos dirigidos a grupos sociales (padres, maestros y jóvenes) predomina el lenguaje directivo, aunque contemplan una o más

secciones informativas, como las listas de señales de que alguien piensa en el suicidio. En ellos se hacen una serie de recomendaciones sobre lo que se debe saber y hacer para prevenir el suicidio en jóvenes desde una posición social específica.

Un ejemplo de uso del lenguaje directivo aparece en el siguiente texto que, con ligeras variaciones, aparece en los trípticos enfocados a maestros y padres de familia:

SI ALGUIEN QUE CONOCES [UN ALUMNO] [ALGUIEN EN TU FAMILIA]  
ESTÁ PENSANDO EN EL SUICIDIO:

- Escúchalo.
- Respétalo.
- Preocúpate.
- Acéptalo.
- Busca ayuda.

Se puede observar que este texto está elaborado con lenguaje directivo, dirigido a la segunda persona del singular –al tú– para crear cercanía con el lector y consiste en una lista de cinco elementos formulada con verbos conjugados en imperativo. Las acciones particulares a las que remiten cada uno de los verbos citados, no obstante, no son claras ni fáciles de identificar. *Escuchar, respetar, preocuparse, aceptar y buscar ayuda* entran en la clase de acciones que suelen generar adhesión, acuerdo, pero carecen de sentido preciso y están sujetas a innumerables interpretaciones grupales e individuales. Lo mismo puede decirse de varias de las recomendaciones que se hacen en los trípticos dirigidos a grupos sociales en las que se usan conceptos normativos como «buena comunicación», expresarse de «forma positiva y respetuosa» (FPS, 2005), o en su caso, cuando se les aconseja a los maestros «acentuar las experiencias positivas», «alentar, más no presionar a los alumnos...», o que «Los alumnos deben sentirse especiales sólo por el hecho de existir», «Realzar el desarrollo y la consolidación del sentido de identidad» (MPS, 2005). Lo mismo ocurre cuando se le pide al lector «Propicia la comunicación» (DMPS, 2009), entre otros. Si uno observa con detenimiento qué

es exactamente lo que se quiere decir con estos conceptos abstractos, capaces de persuadir al lector, de conseguir su acuerdo, pero lejos de comprenderse cabalmente y llevarse a cabo, puede concluir que se trata de conceptos vacíos.

Lo que señalamos con respecto de las recomendaciones o los mensajes directivos se manifiesta también en la información enlistada como «señales» de que alguien está pensando en el suicidio: por ejemplo en los conceptos de «Falta de motivación», «Pesimismo», «Desesperación», «Soledad y aislamiento» (DMPS, 2006), o las frases que indican que «Tiene una baja autoestima», «Se comporta de manera inadecuada en clase» (MPS, 2005). En algunos casos se trata de términos técnicos, y en otros, de conceptos valorativos cuyos significados pueden variar social y grupalmente.

No obstante, es importante considerar que en las listas de «señales» y de «recomendaciones» también es posible identificar algunas que parecen ser más precisas y directas; es decir, que son menos normativas o valorativas. Las siguientes frases son ejemplos: «Está triste la mayor parte del tiempo», «Muestra interés por el tema de la muerte», «Se ausenta en repetidas ocasiones de clase», «Bajan sus calificaciones» (MPS, 2005); «Abusa de las drogas y el alcohol»; «Se aleja de los demás», «Repite frases como 'No valgo', 'Todo es inútil', 'Nada tiene remedio'» (FPS, 2005). Nótese, no obstante, que se refieren a actitudes o comportamientos de terceros que el lector tendría que juzgar.

En el conjunto de trípticos analizados predomina el lenguaje informativo y directivo, excluyendo casi del todo los usos del lenguaje que Dodds (2002) denomina lenguaje coloquial y lenguaje inclusivo. La excepción más clara la encontramos en los trípticos dirigidos a jóvenes que, en por lo menos una de sus secciones, recurre a enunciados formulados en la primera persona del plural como los siguientes:

Cuando tenemos dificultades con la escuela, con nuestros amigos o en casa, podemos deprimirnos y pensar en el suicidio como alternativa.

Un factor que nos protege de las ideas y pensamientos suicidas es el desarrollo de habilidades para solucionar problemas (JPS, 2005).

En estas frases podemos identificar el uso de un lenguaje inclusivo, en el que no se habla de la persona que piensa en el suicidio exclusivamente en tercera persona, como el que está en riesgo, el que requiere ayuda clínica, con el que hay que tener determinadas actitudes o comportamientos para ayudarlo, esa tercera persona que *no soy yo*. En este mismo tríptico se enlistan una serie de «recomendaciones para enfrentar los problemas» que se formulan igualmente en frases imperativas, pero recurriendo a un *lenguaje más coloquial*. Algunos elementos de la lista son:

NO LO MANTENGAS EN SECRETO. Los secretos no resuelven problemas, es mejor compartirlos. Nunca debes ocultar una depresión, o ideas o intentos de suicidio.

BUSCA CON QUIEN CONVERSAR. Cuando tengas un problema plátalo. Esto te puede ayudar a ver las cosas desde otra perspectiva (JPS, 2005).

Se puede apreciar en estas recomendaciones formuladas en la segunda persona del singular que se enlista una frase prescriptiva acompañada de una descripción que profundiza el sentido de la indicación. De esta manera se ofrece más información al lector sobre qué hacer para «enfrentar problemas». Así mismo se puede notar cómo el concepto abstracto de comunicación es sustituido por verbos precisos como conversar y no mantener en secreto. Cabe señalar que no obstante que en el contenido del tríptico dirigido a jóvenes encontramos frases más coloquiales e inclusivas que en el resto de los trípticos analizados, seguimos encontrando vocabulario directivo-normativo tajante como el de «nunca debes» que suele ser poco efectivo con los jóvenes (en contraste con el vocabulario de posibilidad o de elección).

El mensaje de prevención no es convincente, pues cualquiera de nosotros podría tener días o periodos en que los atributos que ahí se enuncian se hagan presentes en nuestras vidas, sin la consecuencia de pensar o actuar un suicidio. Por otra parte la lista de «señales» es demasiado larga, técnica, abstracta y difícil de recordar, tanto para los lectores implicados como para los no implicados en el tema del suicidio. Esto queda más claro cuando en el mensaje preventivo se hace

necesario utilizar un adjetivo de cantidad para distinguir entre «señales de alarma» y «señales de mayor alarma» como ocurre en el tríptico CECD (2005). Cabe destacar que ha habido algunos cambios menores en la estructuración de los mensajes de los trípticos. Uno de ellos que merece destacarse es la supresión en los trípticos dirigidos a padres, maestros y jóvenes del concepto de «alarma» o «mayor alarma», conservando solamente el término de señales.

Los contenidos de los trípticos analizados constituyen adaptaciones fragmentadas de discursos de prevención consensuados mundialmente. No obstante, la forma en que están distribuidos en cada tríptico, el hecho de que tengan múltiples propósitos (llamar la atención sobre el tema, informar y prescribir para ayudar a otros –y en menor medida, a sí mismo– y que no tengan una audiencia destino definida), hacen dudar de que pudieran tener algún impacto en la disminución de las tasas de suicidio. Es probable que por su contenido, diseño y forma de distribución no lleguen a contactar a aquellas personas que esté en alto riesgo de suicidarse.

### *La discusión social sobre el suicidio: prejuicios y estereotipos*

El intento o el suicidio consumado, e incluso el sentimiento o el deseo de no querer vivir, están socialmente estigmatizados. La persona que está ante esta situación es catalogada con un «problema mental» a partir de lo cual se le desconocen sus capacidades de razonamiento y elección. Esta forma de concebir a la persona que se suicida se manifiesta también en el hecho de que ninguno de los trípticos analizados está en su totalidad dirigido al *yo* que está pensando en suicidarse, sino más bien a un tercero que pudiera intervenir (el amigo, el maestro o los padres). La voz narrativa no reconoce la lucha de los suicidas potenciales en sus contextos diarios, quienes no son considerados como posibles depositarios del mensaje de prevención, quienes son de antemano catalogados como incapaces para reflexionar sobre el tema y hacer algo por sí mismos.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Este desconocimiento de la persona que piensa en el suicidio como interlocutor directo de la prevención, puede ser considerado como un simulacro

Los mensajes de los siete trípticos contemplados en la muestra apelan a lo que Dodds (2002) denomina *responsabilidad compartida*, esto es, que piden al lector considerar a las personas amadas y lo incitan a sostener actitudes y comportamientos que puedan proteger a otros en sus comunidades. Aconsejan al lector compartir la responsabilidad con otros, a tener actitudes y actuar para ayudar, proteger a los seres queridos de la amenaza o riesgo del suicidio. Sin embargo, no predominan contenidos que expliciten acciones preventivas concretas y claras, formulados con lenguaje coloquial e inclusivo. Por otra parte se tiende a excluir de los mensajes apelaciones a la *responsabilidad individual*, que alude a los ciudadanos que cuidan de sí mismos, y a la *responsabilidad organizacional* que señale el rol del Estado y otros cuerpos institucionales en la prevención. Esta observación es interesante pues la crítica más común a las campañas de prevención es que apelan a la responsabilidad individual casi de modo exclusivo. Sin embargo, en este caso es probable que la razón por la cual se excluyen mensajes que enfatizan la responsabilidad individual es porque la persona que intenta o se suicida está medicamente estigmatizada como alguien incapaz de responsabilizarse de sí misma.

Por otra parte, en dos trípticos (DMPS, 2006; CECD, 2005) se incluye una sección que pretende discutir prejuicios en torno al suicidio y las personas que intentan o se suicidan. En general, se persuade al lector de modo declarativo e impersonal en una parte del mensaje intitulada «Acabando con los mitos acerca del suicidio». Para ello se utilizan cuatro frases que contienen negaciones tendientes a combatir supuestos lugares comunes o «mitos», seguidos de afirmaciones que promueven

---

de atención: «De esta manera, preguntarse de nuevo ante cada caso, obedece también a un aspecto científico, a los métodos de conocimiento sobre ese fenómeno de estudio sobre el cual vamos a intervenir, y si la diferencia es la clave para acceder a ese acto, no hablamos de técnicas como lo que da sentido a la prevención del suicidio, sino de la ética de esa prevención, en el sentido filosófico de aplicación del pensamiento, así como de la filosofía de esa ciencia que pueda ser la Suicidología. Es decir, necesitamos a los doctores, enfermeros, psicólogos guiados más por la filosofía, por el pensamiento, que por simulacros» (Santana, 2009: 4).

una visión distinta sobre el suicidio. Estas cuatro frases sitúan al suicidio en el marco de la experiencia del suicida como tercera persona. Se habla de él, y se intenta, situar su experiencia en sentido positivo, combatiendo supuestos culturales que lo estigmatizan:

Acabando con los mitos del suicidio:

- Hablar del suicidio no significa animar a la persona a que lo haga, es una oportunidad de que exprese lo que siente.
- Una amenaza de suicidio no es una manera de «llamar la atención» o de «chantajear», es una petición de ayuda.
- Quien ha pensado o intentado suicidarse no es un suicida toda la vida si recibe atención oportuna y adecuada.
- El deseo del suicida no es morir sino acabar con su dolor y sufrimiento al no poder encontrar alternativas.

En general en esta sección se incluyen posiciones frente al suicidio que discuten prejuicios sociales. Invitan a hablar y reflexionar sobre el mismo, aunque de modo categórico, sin temor a que la palabra misma sea la que propicie la acción. Se trata de persuadir al lector de que una amenaza de suicidio es algo serio, que merece no ser descalificado como «chantaje» o «llamado de atención», propone comprenderla como una «petición de ayuda». Por otra parte, combaten la estigmatización de por vida de la persona que ha pensado o intentado suicidarse, si bien la condicionan a recibir atención «oportuna y adecuada». Aquí de nuevo aparecen los adjetivos que persuaden, pero que difícilmente se pueden caracterizar puntualmente cuando el juicio es retrospectivo. Finalmente, en estas líneas aparecen conceptos que refieren experiencias como el «deseo de morir» (en una frase negativa), «dolor y sufrimiento» y «no encontrar alternativas». Esta clase de conceptos que marcan experiencias personales no aparecen en la mayor parte de los textos y trípticos contemplados en la muestra estudiada.

### *Conclusiones*

Los trípticos como productos de comunicación para la salud forman parte de iniciativas de prevención con escaso presupuesto y de carácter

local pues no forman parte de una estrategia nacional. Difícilmente podría afirmarse que dichos trípticos tienen metas y objetivos fundamentados conceptual y empíricamente, más bien parecen ser composiciones textuales y visuales improvisadas que no han sido revisadas a profundidad en los últimos años. Con esto no queremos decir que estos esfuerzos preventivos deban ser desechados, sino más bien llamar la atención sobre la importancia de que se inserten en medidas de prevención mejor orquestadas en las que pueda evaluarse la recepción de las estrategias de comunicación y de los mensajes preventivos. De otra manera esta clase de productos difícilmente cumplirán alguna tarea de concientización o prevención del suicidio.

Los materiales analizados están diseñados para el consumo individual, por lo que promueven actitudes y comportamientos que pueden ser implementados en ese mismo nivel a partir de cuatro puntos básicos: definición mínima, señales, mitos y acciones para ayudar a otros como medidas de prevención.<sup>15</sup> Los mensajes preventivos tienden a contener el fenómeno del suicidio, asumiendo que las dificultades de vida individuales son las causas del «problema mental» o «la enfermedad». Así mismo se apela primordialmente a la responsabilidad escolar y familiar para la identificación y posible prevención de conductas suicidas, excluyendo la responsabilidad del cuidado de sí mismo.

El principal obstáculo para que los impresos analizados cumplan efectivamente alguna función de prevención del suicidio es que tienen múltiples objetivos: llamar la atención o advertir sobre la importancia

---

<sup>15</sup> Esto va a contracorriente de las acciones comunes que se realizan respecto de cualquier otro problema de salud pública, pues: «Desde estos puntos de vista, se entendería que el suicidio forma parte de lo que se considera como enfermedad, en tanto que se pueden prevenir o controlar los factores que la desencadenan, y que todo esto es un tema de salud. Algo importante a resaltar es que el suicidio visto desde esta perspectiva, se presenta en una sola persona (o algún sector en casos extraordinarios), pero su dimensión también es colectiva; es decir, que la comunidad tendría contacto con los mismos factores que llevan a alguien a quitarse la vida y que su control o disminución estaría también en manos de la comunidad en conjunto con las autoridades» (Santana, 2011).

del suicidio, informar sobre qué es y persuadir al lector de que se puede prevenir, dar indicaciones para que «otros» identifiquen señales y actúen para ayudar a personas cercanas con posibles intenciones de suicidarse, combatir lugares comunes. Este hecho más que contribuir a prevenir el fenómeno desde múltiples frentes, conduce a que los mensajes de los trípticos no tengan una audiencia destino específica, pero sobre todo un propósito de prevención que pueda ser evaluado con estudios de recepción.

Cabe señalar que algo importante en la revisión del contenido de los trípticos de prevención es la ausencia de materiales dirigidos en su totalidad a la persona que piensa o intenta suicidarse, no sólo a aquellos que pudieran ayudarla. Por otra parte, el lenguaje de la prevención se vería beneficiado buscando formulaciones más inclusivas y coloquiales, menos abstractas, generales o ajenas a la experiencia (esto aun en los casos de los materiales dirigidos a grupos sociales específicos como padres y maestros).

Llama la atención, por otra parte, que tres de los materiales de prevención analizados hayan sido enmarcados en el día mundial de la prevención del suicidio. Como ha planteado Gumucio la promoción de los días internacionales teóricamente representan una ocasión para llamar la atención sobre un tema, convocar a la reflexión, e incluso ejercer presión sobre instituciones del Estado a escala nacional e internacional. Sin embargo, en la práctica esto conlleva lo que para este autor es un «equívoco notable»:

El equívoco radica en creer que con una campaña de un día al año se pueda realmente crear conciencia, es decir, comprensión de los problemas y no simplemente una adhesión epidérmica y oportunista (por lo circunstancial). El costo de este equívoco es muy alto, pues la concentración de recursos financieros y humanos para las actividades de un solo día, suele ser desproporcionada (2010: 87).

Las tareas de prevención son labores muy difíciles que requieren la suma de esfuerzos individuales y colectivos, así como la reflexión crítica de lo que se está haciendo en esta materia. Se requiere mayor investigación científica sobre cómo estos materiales logran o no sus

objetivos de prevención, sobre cómo podrían mejorarse sus mensajes y cómo podrían ofrecerse otras alternativas.

### *Bibliografía*

- Baudelot, Christian y Roger Establet (2008) *Durkheim y el suicidio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Best, Joel (2001) *Damned lies and statistics. Untangling numbers from the media, politicians and activists*. Los Angeles, Berkeley: University of California Press.
- Dodds, Catherine (2002) «Messages of responsibility: HIV/AIDS prevention materials in England». En *Health. An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. Londres: Sage. Pp. 139-171.
- Ghandi, R. (2008) «Escasean recursos para prevenir los suicidios». En *Público*. Noviembre 16. Disponible en <http://impreso.milenio.com/node/7116235> [consulta 16/08/2009]
- Gumucio, Alfonso (2010) «Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación». En *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. Época II. Vol. XVI. Verano. Colima. Pp. 67-93.
- Hjelmeland, Heidi y Birthe Loa Knizek (2010) «Why we need qualitative research in suicidology». En *Suicide and Life-Threatening Behavior. The American Association of Suicidology*, 40 (1). Pp. 74-80.
- Igartua, Juan José; Carmen Martín, José Ortega y Pablo del Río (1997) «La publicidad de prevención del SIDA en Europa: un análisis de sus componentes persuasivos». En *Comunicación y cultura*, 1-2, pp. 43-56
- y Orquídea Lopes (2002) «La prevención del SIDA mediante cortos de ficción. Una investigación experimental». En *Zer. Revista de Estudios de Comunicación*, 13. Pp. 115-131.
- Instituto Jalisciense de la Salud Mental-SALME (2005) «Con ánimo de vivir Campaña Estatal contra la depresión. Suicidio». Tríptico. Jalisco [CEDS]
- (2005a) «Los jóvenes en la prevención del suicidio». Tríptico. Jalisco [JPS]

- (2005b) «Los maestros en la prevención del suicidio». Tríptico. Jalisco [MPS]
  - (2005c) «La familia para la prevención del suicidio». Tríptico. Jalisco [FPS]
  - (2009) «Haz que el color vuelva a la vida, es posible! Día Mundial para la prevención del suicidio. Prevención del suicidio en las diferentes culturas». Tríptico. Jalisco [DMPS]
- Instituto Jalisciense de la Salud Mental-SALME y Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio en el estado de Jalisco (2006) «Día Mundial para la prevención del suicidio. Más conocimiento, más esperanza». Tríptico. Jalisco [DMPS]
- Kalafat, John (2002) «Issues in the evaluation for youth suicide prevention initiatives». En Thomas Joiner y M. David Rudd (eds.) *Suicide science. Expanding the boundaries*. Nueva York: Kluwer Academic Publishers.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta revisión. Texto revisado (DMS-IV-TR). Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.
- Pichot, Pierre (coord.) (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Pérez, R. (2005) «Promotores de la vida recaban firmas para iniciativa popular». En *El Informador*. Septiembre 26. Disponible en <http://hemeroteca.informador.com.mx/> [consulta 16/08/2009]
- Rello, M. (2005) «Más dinero contra suicidio». En *Público*. Abril 25. Guadalajara.
- Santana, Raúl (2011) *El suicidio y los suicidas desde el saber autorizado en El informador y Público del año 2005 a 2009*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, Guadalajara. UdeG.
- Santana, Raúl (2009) «Mapping the ethics of suicide Prevention: beyond containment». En *XXV Congress on suicide Prevention*. Octubre 27-31. Montevideo, Uruguay: International Association for Suicide Prevention. Disponible en <http://www.scribd.com/doc/34552582/Santana-Raul-2009-Mapping-the-Ethics-of-Suicide-Prevention>
- Santana, Raúl (2009a) «Modelos suicidológicos integrados: hacia una evolución en la prevención del suicidio en Jalisco». Ponencia presentada en *3er Foro Nacional y 1er Internacional de Prevención del*

*Suicidio*. Septiembre 3-4. Guadalajara, Jalisco, México: Asociación Mexicana de Suicidología. Disponible en <http://suicidologia.org.mx/trabajos3foro/viernes/trabajos%20libres/03Programas%20es-tatales%20de%20prevencion.zip>

Secretaría de la Salud Jalisco-SSJ y Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio en el Estado de Jalisco (2008) «Prevención del suicidio en las diferentes etapas de la vida. Día mundial para la prevención del suicidio». Tríptico. Jalisco [DMPS]