



**Guía para
el tratamiento
mediático
responsable
de la Salud
Mental**



Defensora: Lic. Cynthia Ottaviano

Coordinador General y Director de Comunicación Institucional: José Ferrero

Dirección de Análisis, Investigación y Monitoreo. Director: Gerardo Halpern

Dirección de Protección de Derechos y Asuntos Jurídicos. Directora: María José Guembe

Dirección de Capacitación y Promoción. Director: Ernesto Lamas

Dirección de Relaciones con las Audiencias. Directora: Paula Gueler

Dirección de Administración. Directora: Celeste Conde

Dirección Legal y Técnica. Directora: Daniela Pérez

Participaron de la elaboración del presente documento: Cynthia Ottaviano; por la Dirección de Análisis, Investigación y Monitoreo: Gerardo Halpern, Romina Paolino, María Laura Martinetti, Mercedes Moglia, Luciano Beccaria, Lucía Ariza, María José Lavandera, Agustín Pinillos y Rosana Cirigliano; por la Dirección de Comunicación Institucional: José Ferrero, Diego Martínez, Diego Sagardía y Silvina Spinelli; por la Dirección de Protección de Derechos y Asuntos Jurídicos: María José Guembe; por la Dirección de Capacitación y Promoción: Ernesto Lamas; y por la Dirección de Relaciones con las Audiencias: Paula Gueler.

Guía para el tratamiento mediático responsable de la salud mental. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Eudeba, 2014.
52 p. ; 24x17 cm.

ISBN 978-950-23-2403-6

1. Salud Mental. 2. Comunicación Social. 3. Guía.
CDD 362.2

Fecha de catalogación: 12/12/2014



ÍNDICE:

Introducción	4
Decálogo para el tratamiento mediático responsable de la Salud Mental	6
Decálogo para el tratamiento mediático responsable de casos de suicidio.....	10
I . Salud Mental: hacia una cobertura periodística inclusiva y no discriminatoria.....	13
I • 1• REPRESENTACIONES	14
• ¿Qué dicen las leyes para repensar los modos de representar la Salud Mental?	14
• Representaciones habituales de la Salud Mental en los servicios de comunicación audiovisual.	15
• Resumen de orientaciones para representar las problemáticas de Salud Mental sin contribuir en la producción y reproducción de un enfoque discriminatorio y estigmatizante.....	21
I • 2 • FUENTES INFORMATIVAS	22
• ¿Qué dicen las leyes para repensar la selección y el uso de las fuentes informativas?	22
• Las fuentes de información convocadas	22
• Resumen de orientaciones para comunicar problemáticas de salud mental de un modo integral a partir de una diversidad de fuentes	24
I • 3 • IMÁGENES	24
• ¿Qué dicen las leyes para repensar el uso mediático de las imágenes?	24
• El uso y la significación de las imágenes como complemento informativo.	25
• Resumen de orientaciones para una utilización no estigmatizante de las imágenes	26
I • 4 • MODALIDADES COMUNICATIVAS	26
• ¿Qué dicen las leyes para repensar los modos de comunicar las temáticas de Salud Mental?	26
• Modalidades de comunicación de la Salud Mental	27



29 • Resumen de orientaciones para el desarrollo de modalidades comunicativas no espectacularizantes de las problemáticas de Salud Mental.

29 I • 5 • **AGENDA INFORMATIVA**

29 • ¿Qué dicen las leyes y qué sería importante incluir en la agenda informativa?

30 • Incorporación del tema en la agenda informativa.

32 • Resumen de orientaciones para incorporar el tema en la agenda informativa y contribuir al desarrollo de abordajes comunicacionales positivos e integrales de la Salud Mental.

33 II • **Suicidios: hacia una cobertura periodística que refuerce el efecto preventivo.**

34 • ¿Qué dicen las leyes sobre la prevención del suicidio y qué sería deseable incluir en la agenda informativa?

35 • Diagnóstico comunicacional: principales tendencias identificadas en el abordaje mediático del suicidio del empresario del espectáculo Fabián Rodríguez (marzo 2014).

42 ... • 10 orientaciones para la cobertura periodística integral y responsable de casos de suicidio.

43 II • 1 • **Suicidio de adolescentes y jóvenes: consideraciones específicas.**

44 • Resumen de orientaciones específicas para la cobertura mediática responsable de suicidios de adolescentes y jóvenes.

46 **ANEXO: fuentes y organismos de consulta vinculados a las temáticas desarrolladas.**

50 Bibliografía consultada.

52 Agradecimientos.



INTRODUCCIÓN

Esta Guía surge a partir de la propuesta de la Coalición por una Comunicación Democrática -representada por Néstor Piccone y por Claudio Bernardez- a la Defensoría del Público para avanzar en la implementación de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el ámbito de la comunicación. A su vez, de los reclamos, consultas y denuncias presentados por el público de radio y televisión ante este organismo sobre la vulneración de derechos en las coberturas periodísticas de temas vinculados con la salud mental. Además de trabajar en la reparación del posible daño causado en cada caso, la Defensoría del Público promovió un debate permanente con los distintos actores de la sociedad civil para contribuir a instalar y difundir en los servicios de comunicación audiovisual el cambio de paradigma que establece la nueva Ley de Salud Mental, al concebir a la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho y ya no como objeto de asistencia, tutela y protección. Se trata de un nuevo modelo que se adecúa a los estándares internacionales de derechos humanos y que encuentra un correlato para su plena internalización social en la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual, que destaca, entre otros aspectos relevantes, que los medios de comunicación deben evitar la promoción o incitación del trato discriminatorio basado en la presencia de discapacidades (art.70) y procurar "la defensa de la persona humana y el respeto a los derechos personalísimos" (art. 3º, d).

Este documento es el resultado de un proceso de reflexiones y acciones colectivas. Por una parte, de los diagnósticos comunicacionales desplegados a partir de las denuncias del público, junto con los Monitoreos de Noticieros de la Televisión Abierta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizados por la Dirección de Análisis, Investigación y Monitoreo de la Defensoría que permitieron corroborar y ampliar las tendencias explicitadas por las audiencias. Por otra parte, del desarrollo de Mesas de Reflexión y Debate con quienes trabajan en los medios de comunicación de todo el país y en el campo de la salud mental (tanto de organismos gubernamentales como no gubernamentales) en la Defensoría del Público para reflexionar y debatir sobre el tratamiento mediático de estos temas. Estos encuentros se llevaron a cabo, por un lado, en el marco del debate participativo y permanente sobre el funcionamiento de los medios de comunicación que la LSCA, en su artículo 19, distingue como una de las funciones de la Defensoría. Y, por otro lado, las Mesas de Trabajo surgieron como continuidad y puesta en acción del Acta Acuerdo "Accesibilidad a los Servicios de Comunicación Audiovisual: un derecho de tod@s", que fuera firmada el 22 de octubre de 2013 por el Consejo Asesor del Sistema Argentino de TV Digital Terrestre, la CONADIS, el INCAA, el Consejo Federal de la TV Pública, la AFSCA, la Coalición por una Comunicación Democrática y la Defensoría del Público. Y, finalmente, del relevamiento de la documentación existente en la materia a nivel nacional (como la Guía "Comunicación responsable: recomendaciones para el



tratamiento de temas de salud mental en los medios", elaborada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; el informe "Salud Mental", redactado por el INADI; y el documento "Tratamiento de las prácticas suicidas en los medios audiovisuales", producido por la AFSCA) e internacional (como la Guía "Salud Mental y Medios de Comunicación", elaborada por la FEAFES).

La Guía condensa y prolonga las reflexiones y análisis que se produjeron a lo largo de este proceso de intercambios y los complementa con la incorporación de artículos y principios legales nacionales e internacionales que, o bien se avienen con la comunicación de las temáticas de salud mental, o bien resulta deseable que sean considerados como marco para el tratamiento mediático del tema. Asimismo, el documento se nutre e incorpora los aportes que fueran propuestos durante el período de puesta en circulación del borrador inicial de la Guía entre los asistentes a las Mesas de Trabajo, siendo sumamente valiosas las sugerencias proporcionadas por la Dirección de Fiscalización y Evaluación de la AFSCA, el Ministerio de Salud de la Nación, el INADI y la Dra. Ana Lía Kornblit.

De este modo, el documento se propone como una herramienta de trabajo para quienes se desempeñan en el ámbito de la comunicación social y que sirva de marco formativo para abordar las temáticas de salud mental de un modo integral, utilizando conceptos y perspectivas adecuados y brindando información precisa y socialmente necesaria que responda a las complejidades de la problemática. En otras palabras, una Guía de creación colectiva que permita conjugar el derecho a la libertad de expresión con la responsabilidad social de las y los periodistas, el derecho de las audiencias a recibir información relevante y el derecho de las personas afectadas a recibir un tratamiento mediático respetuoso y no discriminatorio.



Decálogo para el tratamiento mediático responsable de la Salud Mental:

Este Decálogo es la síntesis del primer apartado de la “Guía para el tratamiento mediático responsable de la Salud Mental” elaborada por la Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual con la participación de trabajadores/as de los medios de comunicación y del campo de la salud mental*.

UNO: Enunciar la información desde una perspectiva de derechos

Incorporar y desarrollar los temas de salud mental bajo la categoría “salud pública” y no exclusivamente “policiales”, ya que los padecimientos mentales no son delitos. La salud mental es una parte integral de la salud. Resulta adecuado o positivo incluir en la agenda las actividades y programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental que se desarrollan en el país. A su vez, es conveniente contribuir a concientizar a la población sobre el cambio de paradigma que establece la nueva Ley de Salud Mental y comunicar los derechos de las personas con padecimiento mental. Puede resultar oportuno aprovechar las fechas celebratorias o conmemorativas, como por ejemplo, el Día Nacional y Mundial de la Salud Mental (10 de octubre), el Día de la Reglamentación de la Ley de Salud Mental (28 de mayo), el Día Internacional de las Personas con Discapacidad (3 de diciembre).

DOS: Promover una comunicación integral a partir de una diversidad de fuentes

Incorporar las voces de las personas usuarias del sistema de salud mental para contribuir a desarticular estereotipos y afianzar un enfoque de derechos humanos en el que se los reconozca como sujetos de derecho. Al hacerlo, ser respetuoso, en lugar de temeroso y privilegiar las preguntas abiertas y no invasivas. Es recomendable incluir voces de especialistas, jerarquizándolas para contextualizar los casos, desarticular los mitos y profundizar el análisis de las problemáticas de salud mental ante la audiencia. En este último caso, es fundamental visualizar los datos profesionales y de contacto para que la audiencia pueda obtener ayuda y/u orientación en caso de atravesar una problemática de salud mental. Es conveniente reflexionar sobre la utilización de testimonios de terceros ocasionales, ya que pueden proporcionar observaciones inexactas que propicien la estigmatización social.

TRES: Evitar representaciones negativas y estigmatizantes

Es necesario propiciar abordajes que no asocien el padecimiento mental con la peligrosidad, la anormalidad, la incapacidad o como causa de acciones violentas y delictivas, ya que estas conductas no son uni-causales. Asimismo, es conveniente recordar que el diagnóstico en el campo de la salud mental no habilita la presunción de daño. Es importante tener presente que este tipo de enfoques pueden reforzar la exclusión social, no dan cuenta de la singularidad de la persona ni contribuyen a brindar orientaciones para la resolución del padecimiento. También resulta trascendente intentar desarticular los estereotipos vigentes sobre la salud mental.



CUATRO: Construir una comunicación no espectacularizante

Evitar la difusión mediática de los casos más extremos por el simple fin de crear impacto en la audiencia (personas en plena crisis y/o que no reciben un tratamiento médico adecuado). La mediatización puede ser positiva al procurar contribuir a la obtención de la asistencia necesaria; pero si se invade la intimidad o se sobredimensiona el hecho de que el protagonista de una noticia vivencie un padecimiento mental, se pueden vulnerar derechos. Para ello, es conveniente no anclar el relato en el padecimiento, sino en enfatizar las potencialidades, avances y logros de la persona.

CINCO: Procurar abordajes rigurosos

Resulta conveniente mencionar los problemas de salud mental, tanto en titulares como en el desarrollo de las notas, sólo cuando sea un dato imprescindible para comprender los hechos que comunica la noticia (por ejemplo, cuando se trate de una nota de salud que procura abordar y/o analizar algún padecimiento mental específico). Es importante procurar no sustantivar a la persona a partir de su patología, sino priorizar que se trata de personas con un diagnóstico determinado (por ejemplo, "persona con depresión"). Es clave describir los hechos directamente observables y las circunstancias contextuales de cada caso sin trazar y/o anclar en conjeturas personales carentes de rigurosidad.

SEIS: Considerar la información como servicio

Complementar la descripción de los casos con la difusión de información socialmente relevante: presentación de análisis y distinción de patologías que estén sustentados en informaciones científicas, datos sobre centros de asistencia, signos que requieren atención y modalidades de procedimiento ante los mismos.

SIETE: Conocer los términos recomendados

Es fundamental tener presente que el padecimiento mental es transitorio, no así la superación de la estigmatización y sus efectos. Los términos recomendados por los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos para referir a quienes padecen problemáticas de salud mental son: "persona con padecimiento mental", "persona con discapacidad psicosocial" y "persona usuaria de los servicios de salud mental".

OCHO: Utilizar los términos en su contexto

Prescindir del uso de categorías clasificatorias y términos del campo de la salud mental como modalidad de adjetivación para destacar o espectacularizar el carácter extravagante o negativo de temas ajenos a la salud pública ("tienen actitudes bipolares", "a los locos hay que decirles que sí", "el gobierno es autista"). Este tipo de asociaciones contribuyen a reforzar las representaciones erróneas y peyorativas de la salud mental.



NUEVE: Procurar el uso de imágenes inclusivas y no estigmatizantes


Mostrar y representar visualmente a las personas con padecimiento mental de un modo integrador, por ejemplo, con imágenes que las muestren en contextos y situaciones compartidas con el resto de la comunidad (en su contexto laboral, social, familiar, recreativo). Es necesario evitar la difusión de imágenes que impliquen una invasión de la privacidad o una vulneración del derecho a la preservación de la identidad de las personas con padecimiento mental (primerísimos primeros planos, imágenes de la vivienda con la exhibición de sus datos de localización). Por último, no es recomendable la difusión de imágenes que contribuyan a reforzar estereotipos: imágenes de personas solitarias, con la mirada perdida y realizando acciones violentas o la exhibición de imágenes que puedan sugerir a la audiencia esta asociación.

DIEZ: Promover representaciones ficcionales respetuosas

En programas de ficción, es recomendable evitar la representación estereotipada de personajes con alguna discapacidad psicosocial, como así también la incorporación de las problemáticas de salud mental como una modalidad para enfatizar el carácter negativo de los personajes antagonistas. Estas tendencias pueden contribuir a naturalizar el imaginario social negativo en torno a los padecimientos mentales.



* Coordinados por la Defensora del Público, Lic. Cynthia Ottaviano, y por el Director de Análisis, Investigación y Monitoreo, Dr. Gerardo Halpern, participaron: Carlos Marrero (Radio Continental), Marina Fontán (Canal 360), Mauro Calvagna (Canal 26), Daniel Navarro (Canal 9), Laura Orsi (APA), Verónica Mora (APSA), Patricio Gómez Di Leva (Psicólogo y columnista de Canal 26), Marcela Diodati (Psicóloga), Claudio Santa María (médico y columnista de América TV), María Luisa Lerer (Psicóloga), Andrea Demasi (Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones), Nora Cortiñas (Madres de Plaza de Mayo, línea fundadora), Eva Amorin (Defensoría General de la Nación, Unidad de Letrados de Salud Mental), Felicitas Tedeschi (Prensa, Defensoría General de la Nación), Julia Contreras (INADI), Luis Alen (Ministerio de Justicia y DDHH), Valeria Zapasochny (Ministerio de Salud de la Nación), Leonardo Gorbacz (redactor de la Ley de Salud Mental), María Pía Venturiello (Instituto de Investigación Gino Germani), Dra. Ana Lía Kornblit (Instituto de Investigación Gino Germani), Silvia Farone (UBA), Liliana Hendel (TV Pública), Alfredo Grande (Psiquiatra y psicoanalista), Tesy De Biase (La Nación), Oscar Orquera (Radio América), Verónica González (TV Pública), Claudio Bernardez (Coalición por una Comunicación Democrática), Carlos Boronat (Asociación de Suicidología de Latinoamérica y el Caribe - Centro de Atención al Suicida), Héctor Basile (Red Mundial De Suicidólogos), Diana



Altavilla (Centro de Atención al Familiar del Suicida), Fernanda Azcoitia (Centro de Atención al Suicida), Enrique De Rosa (especialista en Psiquiatría, Neurología, Medicina Legal y Forense), Juan Pablo Cannata (Universidad Austral), Valeria Román (Clarín), Ana Alas (AméricaTV), Sol Guardia (AméricaTV), Alejandra Maroto (Canal 9), Héctor Szmídt (Radio Soberanía Nacional Berazategui), Analía Balián (TELAM), Fernando Alonso (TV Pública), Raúl Osvaldo Lata (AM 1480 Sensaciones), Liliana Arias (Radio Nacional), Dirección de Fiscalización y Evaluación de la AFSCA, Gerardo Averbuj (Ministerio de Educación), Gisela López (Canal 360), Lucas Laviana (Radio América), Cristina Camaño, Guillermo Sordintairis, Noemí Zamora (FM "La Siglo de Morón"), Hugo Krasnobroda (Diario Tribuno de Salta), y Alejandro Gomel (Radio Del Plata).





Decálogo para el tratamiento mediático responsable de casos de suicidio:

Este Decálogo es la síntesis del segundo apartado de la “Guía para el tratamiento mediático responsable de la Salud Mental” elaborada por la Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual con la participación de trabajadores/as de los medios de comunicación, profesionales, asociaciones y organismos nacionales vinculados a la prevención y tratamiento del suicidio, profesionales de la comunicación y profesionales de la educación*.

UNO: Promover un enfoque de salud pública

Contextualizar la problemática de suicidios bajo la categoría “salud pública” y no “policiales”. Tener presente que propiciar el enfoque policial de los casos, además de resultar inapropiado porque el suicidio no es un hecho delictivo, deviene en una estigmatización de la víctima y su entorno. Tener en cuenta que para la OMS resulta sumamente importante evitar el efecto imitativo de las conductas nocivas que se informan y trabajar para potenciar el efecto preventivo del tratamiento periódico adecuado de los suicidios.

DOS: Procurar un abordaje riguroso

Evitar el desarrollo y la difusión de análisis sobre los casos de suicidio que estén sustentados en conjeturas personales y en la lectura forzada de hechos y/o elementos que rodean a las/os protagonistas. Esta perspectiva sólo contribuye a simplificar la complejidad del hecho y sus causas que nunca son fácilmente identificables ni unidimensionales.

TRES: Consultar a fuentes especializadas y brindar información relevante

Privilegiar la presentación de fuentes especializadas en la temática de suicidios. Esto permitirá desarticular la repetición de mitos y explicaciones simplistas y profundizar la comprensión del problema en la audiencia. De ahí que resulta sumamente conveniente aprovechar la presencia de estas voces para contextualizar el caso particular en el universo de la problemática de suicidios y brindar información orientadora y preventiva a la población. Complementar las coberturas de los casos específicos con la difusión y visualización en pantalla de direcciones y teléfonos de instituciones y profesionales vinculados a la asistencia y tratamiento de la temática de suicidios; grupos de riesgo y señales de advertencia de conducta suicida; orientaciones para quienes se encuentran ante personas en situación de riesgo.

CUATRO: Respetar la notificación no mediática y la privacidad del dolor

Respetar la notificación del hecho a la familia de la víctima por parte de profesionales antes que privilegiar la difusión de la primicia mediática. Respetar la vida privada del fallecido/a y el duelo de la gente que compone su entorno. Considerar el impacto psicológico que puede causar en familiares y allegados del suicida enterarse del hecho a través de los medios de comunicación. La cobertura informativa del caso no debe infligir más sufrimiento a las personas afectadas.



CINCO: Construir enfoques no espectacularizantes

Evitar los enfoques espectacularizantes. Es conveniente prescindir de la presentación de descripciones del método utilizado, sobre todo en términos de su mayor efectividad, menor agonía y/o sufrimiento, rapidez, concreción, etc, por los mecanismos de imitación e identificación que pueden activarse en los grupos vulnerables. Asimismo, es preciso evitar las representaciones detalladas de la secuencia de los hechos realizados por la víctima, la emisión permanente de fotografías y videos de su vida, el uso de recursos sonoros y la musicalización para aumentar el dramatismo que ya de por sí comporta el caso a comunicar. Es importante tener presente que estos enfoques suponen un doble impacto: un efecto negativo sobre las personas allegadas a la víctima y sobre la potencial audiencia en situación de crisis.

SEIS: Evitar las referencias que justifiquen el acto

Procurar no abordar el suicidio como una solución o salida a problemas personales. Es conveniente representar al suicida destacando sus características positivas, de modo de evitar la difusión de indirectas justificaciones del acto y la estigmatización de la víctima.

SIETE: Garantizar la confidencialidad

Ante la cobertura mediática de intentos de suicidio, guardar confidencialidad sobre la identidad e información personal de los protagonistas, ya que a la crisis que atraviesa la persona se le suma la estigmatización por haber intentado quitarse la vida. Es importante comunicar los impactos negativos que tal intento desencadenó en la salud, de modo de disuadir los posibles actos imitativos de la audiencia.

OCHO: Incorporar el tema en la agenda informativa

Aprovechar las fechas nacionales e internacionales para incluir en las agendas periódicas información relevante, preventiva y reflexiva sobre el suicidio, por ejemplo, el 10 de septiembre, Día Nacional y Mundial para la prevención del suicidio.

NUEVE: Elegir formas lingüísticas recomendadas

Es importante:

- a) Procurar no caracterizar el hecho en términos de éxito o fracaso ("el suicidio ha sido exitoso", "la tentativa de suicidio ha fallado"). La obtención de la muerte no es algo pensable en términos de triunfo.
- b) Evitar utilizar generalizaciones, como "pandemia de suicidios", "epidemia de suicidios", cuando en verdad se refiere a casos que abarcan una fracción de la población.
- c) Es conveniente no emplear expresiones elogiosas ni peyorativas, como "el suicidio es un acto heroico", "el suicidio es una solución cobarde", ya que ambas abonan el refuerzo de clichés y estigmatizaciones.
- d) Evitar decir que la persona "ha cometido un suicidio", debido a que la asociación de sentido con la frase "ha cometido un delito" le imprime al acto un sentido de criminalidad.



DIEZ: Promover coberturas respetuosas de los derechos de niños, niñas y adolescentes

Es importante recordar que las coberturas en materia de suicidios deben ser respetuosas de los derechos de niñas, niños y adolescentes que establece la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, especialmente:

- a) El derecho al interés superior.
- b) El derecho a la dignidad y a la integridad personal.
- c) El derecho a la vida privada e intimidad familiar.
- d) El derecho a la dignidad.
- e) El derecho a opinar y ser oído.

Esta recomendación alude a niñas, niños y adolescentes en tanto protagonistas de casos de suicidio, como así también en calidad de audiencias de los servicios de comunicación audiovisual.

.....

* Coordinados por la Defensora del Público, Lic. Cynthia Ottaviano, y por el Director de Análisis, Investigación y Monitoreo, Dr. Gerardo Halpern, participaron: Carlos Marrero (Radio Continental), Marina Fontán (Canal 360), Mauro Calvagna (Canal 26), Daniel Navarro (Canal 9), Laura Orsi (APA), Verónica Mora (APSA), Patricio Gómez Di Leva (Psicólogo y columnista de Canal 26), Marcela Diodati (Psicóloga), Claudio Santa María (médico y columnista de América TV), María Luisa Lerer (Psicóloga), Andrea Demasi (Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones), Nora Cortiñas (Madres de Plaza de mayo, línea fundadora), Eva Amorín (Defensoría General de la Nación, Unidad de Letrados de Salud mental), Felicitas Tedeschi (Prensa, Defensoría General de la Nación), Julia Contreras (INADI), Luis Alen (Ministerio de Justicia y DDHH), Valeria Zapesochny (Ministerio de Salud de la nación), Leonardo Gorbacz (redactor de la Ley de Salud Mental), María Pía Venturiello (Instituto de Investigación Gino Germani), Dra. Ana Lía Kornblit (Instituto de Investigación Gino Germani), Silvia Farone (UBA), Liliana Hendel (TV Pública), Alfredo Grande (Psiquiatra y psicoanalista), Tesy De Biase (La Nación), Oscar Orquera (Radio América), Verónica González (TV Pública), Claudio Bernardez (Coalición por una Comunicación Democrática), Carlos Boronat (Asociación de Suicidología de Latinoamérica y el Caribe - Centro de Atención al Suicida), Héctor Basile (Red Mundial De Suicidólogos), Diana Altavilla (Centro de Atención al Familiar del Suicida), Fernanda Azcoitia (Centro de Atención al Suicida), Enrique De Rosa (especialista en Psiquiatría, Neurología, Medicina Legal y Forense), Juan Pablo Cannata (Universidad Austral), Valeria Román (Clarín), Ana Alas (América TV), Sol Guardia (América TV), Alejandra Maroto (Canal 9), Héctor Szmídt (Radio Soberanía Nacional Berazategui), Analía Balián (TELAM), Fernando Alonso (TV Pública), Raúl Osvaldo Lata (AM 1480 Sensaciones), Liliána Arias (Radio Nacional), Dirección de Fiscalización y Evaluación de la AFSCA, Gerardo Averbuj (Ministerio de Educación), Gisela López (Canal 360), Lucas Laviana (Radio América), Cristina Camaño, Guillermo Sordintairis, Noemí Zamora (FM "La Siglo de Morón"), Hugo Krasnobroda (Diario Tribuno de Salta), y Alejandro Gomel (Radio Del Plata).

I- Salud Mental: hacia una cobertura periodística inclusiva y no discriminatoria

La nueva Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 promueve un cambio en cuanto a la concepción de la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Artículo 3º), así como la **Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual N°26.522** complementa este cambio al trazar las bases para la transformación del enfoque comunicacional. **No obstante** estas propuestas positivas, es posible advertir que **las representaciones socioculturales y mediáticas** sobre la salud mental están **fuertemente ancladas en la visión asistencialista y discriminatoria** del viejo paradigma y este hecho **se refuerza con el tipo de figuraciones** sobre la salud mental **que transmiten los medios de comunicación**. Figuraciones en las que **predominan las referencias negativas y erróneas que no dan cuenta del fenómeno en su especificidad y en sus alcances, contribuyendo a la reproducción y legitimación de estereotipos y prejuicios que vulneran los derechos de las personas con algún padecimiento mental y que afectan a su entorno.**

A continuación, presentamos las principales tendencias de aparición de las temáticas de salud mental en los servicios de comunicación audiovisual, clasificadas a partir de cinco dimensiones analíticas: **las representaciones construidas por los medios, las fuentes de información convocadas, el uso y significación de las imágenes, las modalidades de comunicación desarrolladas y las formas de incorporación del tema en la agenda informativa.**

Las tendencias que aquí se desarrollan surgen de los datos obtenidos a partir de las denuncias ingresadas por las audiencias ante la Defensoría del Público, de las observaciones provistas por los Monitoreos de Noticieros de la Televisión Abierta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, realizados por la Dirección de Análisis, Investigación y Monitoreo de la Defensoría y de las reflexiones y debates desarrollados en las Mesas de Debate con trabajadoras/es de los medios de comunicación y trabajadoras/es del campo de la salud mental (tanto de organismos gubernamentales como no gubernamentales).

El despliegue de este conjunto de análisis y reflexiones procura avanzar en la elaboración colectiva de una serie de orientaciones para intentar transformar las prácticas de las coberturas periodísticas en consonancia con el cambio de paradigma.





1- REPRESENTACIONES

¿Qué dicen las leyes para repensar los modos de representar la salud mental?

Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual N°26.522: sobre el trato discriminatorio:

"La programación de los servicios [de comunicación audiovisual] deberá evitar contenidos que promuevan o inciten tratos discriminatorios basados en (...) la presencia de discapacidades o que menoscaben la dignidad humana (...)". Artículo 70.

*"Quienes produzcan, distribuyan, emitan o de cualquier forma obtengan beneficios por la **transmisión de programas y/o publicidad** velarán por el cumplimiento de lo dispuesto por las leyes (...) **25.280**, por la que se aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, **25.926**, sobre pautas para la difusión de temas vinculados con la salud (...) así como de sus normas complementarias y/o modificatorias y de las normas que se dicten para la protección de la salud y de protección ante conductas discriminatorias"*. Artículo 71.

Ley Nacional N° 26.378, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: sobre la construcción de estereotipos y la difusión de prejuicios:

"Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas (...) para: sensibilizar a la sociedad (...) para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas (...) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad (...) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad (...) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones (...) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención (...)". Artículo 8°.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: sobre el trato discriminatorio; las asociaciones del padecimiento mental con la peligrosidad, la incapacidad y con un estado permanente; y la internación como modalidad de tratamiento:

"La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado". Artículo 5°.

El Estado reconoce a la persona con padecimiento mental el **"derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado"**.

[E] **"derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable"**. Artículo 7°, incisos i, n.

"La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (...)". Artículo 14.

"El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales". Artículo 9°.

Principios de las Naciones Unidas, 1991: sobre el trato degradante.

"Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra (...) el trato degradante". Principio 1.3.

Representaciones habituales de la Salud Mental en los servicios de comunicación audiovisual

a) Las personas con padecimiento mental son presentadas bajo el estigma de la:

- **Anormalidad**, denotando la necesidad de “normalizarlas”,
- **Incapacidad**, destacando su imposibilidad para tomar decisiones,
- **Peligrosidad**, promoviendo una desconfianza hacia la persona al referir al supuesto carácter violento e impredecible de sus actos.

Aquí se pueden observar dos **ejemplos televisivos** que dan cuenta del desarrollo de esta tendencia en los medios de comunicación. En primer lugar, **la noticia titulada: “Un loco suelto en Mataderos. Héctor tiene serios problemas psiquiátricos”** (27/10/2012), que fuera denunciada ante la Defensoría del Público (Actuación N°4/2012). La cobertura de la nota consiste en la realización de entrevistas a “vecinos” que relatan diferentes episodios acerca de la pérdida de “razón” o “cordura” de esta persona, que, como refieren, pone en peligro su integridad y la de su comunidad. Mención que es reforzada por el noticiero a través del título formulado: “Un loco suelto”. Asimismo, los/as periodistas indagan sobre las diversas acciones y denuncias que “los vecinos” habían efectuado y esto se completa con la presentación de imágenes de policías, de médicos del SAME y de personal de un hospital psiquiátrico que intentan convencer a esta persona de internarse para restablecer el “orden” y la “armonía” en el barrio.

En segundo lugar, la **noticia titulada “Paciente psiquiátrico amedrenta a vecinos”** (24/04/2014), que también fuera denunciada ante la Defensoría del Público (Actuación N° 155/2014). En esta nota se presentan los relatos de vecinas que retratan a la persona con padecimiento mental como un “otro” anormal y peligroso, señalando que “es muy agresivo”, “divaga (...) dice que va a matar a alguien”, “yo le tengo miedo”; y convocan a los medios, policías y jueces “para que lo vengán a retirar”, como si fuera una cosa o un animal. Asimismo, el tipo de descripciones que realiza el periodista (“no está en su sano juicio”, “joven que causa estragos en esta zona”, “hay preocupación, tienen miedo”), al igual que el tipo de preguntas que les formula a las fuentes (“¿es verdad que sale con una sierra eléctrica, amedrenta, amenaza a los vecinos?”, “¿y cómo amenazaba a los vecinos?”, “¿ha intentado propasarse con alguna mujer?”) contribuyen a comunicar y reforzar la percepción del joven como una persona peligrosa. Es importante señalar que con este tipo de expresiones del periodista y de las fuentes no sólo se vulnera el derecho de la persona con discapacidad psicosocial a no ser identificada ni discriminada por un padecimiento actual o pasado, sino que también se vulnera el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable (Ley N°26.657, art 7°, n).

Este último derecho se ve lesionado con la insistencia del periodista en ligar la presunta conducta actual del joven con un episodio protagonizado por él hace dos años: “¿usted tiene miedo que salga como hace dos años atrás con la sierra esa famosa que dicen que sale, que la enciende, que amedrenta a los chicos, a los vecinos?”. La cobertura de esta nota termina con la visualización de la reducción policial del





joven y su traslado en un patrullero. Y pese a que la audiencia puede observar cómo el protagonista sigue las indicaciones en calma, la descripción del periodista traza una incongruencia que apunta a continuar fijando sobre la persona con padecimiento mental el estigma de la violencia y la peligrosidad: “quieren que se tranquilice, pero es complicado”, “teniendo en cuenta el estado se complica la labor policial”.

En ambos ejemplos televisivos, la manera en que se transmite la información sobre cada caso privilegia una mirada parcial y estigmatizante sobre la persona con padecimiento mental, en tanto las coberturas desarrollan la crónica de una conducta “peligrosa” para la sociedad, sin detenerse en comunicar la falta de contención a las necesidades de los protagonistas y la vulneración de sus derechos. Conforme con esta perspectiva, la exclusión de la comunidad y el encierro son propuestos como los únicos tratamientos posibles para ese sujeto “diferente” y “peligroso”.

En la cobertura de los dos casos hubiese resultado conveniente:

- **No patologizar y/o sustantivar a la persona a partir de su padecimiento en los titulares (“loco”, “paciente psiquiátrico”), ya que esto puede contribuir a estigmatizar a las personas con discapacidad psicosocial. Si los enfoques buscaban privilegiar la percepción de los vecinos o referir a un accionar específico que los preocupa, hubiese resultado más apropiado titular dichas notas, por ejemplo: “Preocupación en Mataderos”, “Vecinos preocupados”.**
- **Que las/os comunicadores contextualicen los casos como problemáticas de salud mental, haciendo referencia, por un lado, al carácter transitorio de los presuntos padecimientos, en lugar de reforzar las menciones a la peligrosidad e inmutabilidad de las conductas que denuncian los vecinos. Y, por el otro, que las coberturas procuren comunicar las modalidades de asistencia que existen por fuera de la manicomialización que es objetada por la nueva Ley de Salud Mental.**
- **Que las/os comunicadores intenten ampliar la perspectiva de las fuentes consultadas, procurando reponer la voz ausente (los protagonistas de los actos) a través de la inclusión de otros testimonios de personas cercanas o de especialistas que puedan referir si las personas cuentan o no con asistencia profesional o que puedan comunicar cuáles son sus necesidades. De este modo, se puede evitar objetivar a los protagonistas de los hechos y anclarlos en la figura de la peligrosidad.**

A su vez, y respecto a la vinculación del padecimiento mental con la incapacidad, es preciso tener presente que “si bien históricamente se identificó a la persona con padecimiento mental con la imposibilidad de asumir la toma de decisiones, es importante saber que toda persona tiene derecho a decidir sobre su vida y con el sistema de apoyo necesario puede lograrlo.” (Ministerio de Salud, 2013:15).

Este tipo de caracterizaciones mediáticas, que contribuyen a la fijación de prejuicios y concepciones erróneas que inciden negativamente en las personas representadas y su entorno, son resabios del viejo paradigma biomédico, tutelar y restrictivo de la



salud mental. Este modelo proponía un abordaje reduccionista que apuntaba a la exclusión de las personas con discapacidad psico-social sustentándose, especialmente, en el señalamiento de la "peligrosidad del loco". Este enfoque "como categoría clasificatoria, se basa en prejuicios y su único objetivo es brindar la sensación de seguridad a la sociedad e imponer un control, en lugar de dar una respuesta al padecimiento de un sujeto y su entorno. Así, se construye un concepto en función de elementos que no describen la singularidad del individuo, sino su 'capacidad potencial' de dañarse o dañar a otros, la cual es inherente a toda persona". (CELS, 2013: 393).

Estos prejuicios asociativos ("padecimiento mental- anormalidad- incapacidad- peligrosidad"), además de estar ligados a concepciones propiciadas por el viejo paradigma en salud mental, se ven reforzados por la difusión mediática de los casos más raros y/o extremos. Es decir, por la difusión de actos de violencia cometidos por personas con un padecimiento mental no tratado profesionalmente y desestimando el hecho de que las personas con padecimiento tienen más probabilidades de experimentar violencia sobre ellas que de ejercerla contra otras (Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma, 2014).

Durante la Mesa de Debate realizada por la Defensoría del Público se reflexionó sobre esta tendencia y se destacó que en los medios prevalece la inclinación a sostener la estigmatización ante aquello que no se conoce o que se pretende invisibilizar. Aspecto sobre el que se enfatizó que "tal vez los usuarios están recuperados [de su afección], pero recuperarlos de la estigmatización es casi imposible". De ahí que **se marcó la responsabilidad que tienen los medios de funcionar como herramientas de promoción del tratamiento igualitario y respetuoso de las personas y la necesidad de que los comunicadores asuman y practiquen esa responsabilidad en la cobertura de esta temática.**

b) La medicalización, la exclusión social y la internación son reinstaladas simbólicamente por los medios de comunicación como modalidades de tratamiento del padecimiento mental deseables y necesarias.

Los **dos ejemplos televisivos** desarrollados en el punto anterior ("**Un loco suelto en Mataderos. Héctor tiene serios problemas psiquiátricos**" 27/10/2012, "**Paciente psiquiátrico amedrenta a vecinos**", 24/04/2014) también ilustran esta tendencia mediática que ancla en el viejo paradigma. En ambos casos se exponen tanto los pedidos de vecinos para que los medios, policías y jueces "vengan a retirar" a la persona con padecimiento mental, como los intentos de personal del SAME para convencer a la persona de internarse o la mostración de un traslado policial. Todas modalidades que no son puestas en contexto ni son objeto de análisis por parte de las/os periodistas que, de este modo, desarrollan sus enfoques en la mostración de casos extremos y caracterizados como peligrosos para la comunidad.

Durante el encuentro de reflexión y debate con especialistas se subrayó que **esta tendencia profundiza las miradas estigmatizantes, discriminatorias y violatorias de derechos de las personas representadas.** Y, a propósito, se recordó y precisó que la nueva Ley de Salud Mental plantea que la internación, como recurso terapéutico de carácter restrictivo, sólo



se utilizará en las situaciones que expresamente lo requieran (establecidas y fundamentadas por el equipo de salud interviniente) y nunca suplantando otras alternativas menos restrictivas de la autonomía de las personas. Es decir, en estas coberturas, lo excepcional aparece como lo común.

“Suponer que un tratamiento centrado en un padecimiento mental puede sostenerse de manera aislada del medio social y vincular no sólo acarrea una comprensión parcial de la salud mental, sino que condena a la persona a un desajuste de su vida que en nada puede contribuir con un objetivo de reinserción social” (CELS, 2013: 422).

De acuerdo con esto, es preciso subrayar que **los medios constituyen una herramienta fundamental para difundir y concientizar a la población acerca de las alternativas terapéuticas existentes para quienes padecen problemas de salud mental.**

c) Las conductas violentas y delictivas suelen ser vinculadas con el padecimiento mental.

No hay datos científicos que avalen esta asociación y las/os especialistas señalan la inconveniencia de reducir la causa de una conducta violenta o delictiva a un padecimiento mental, ya que este tipo de acciones no se explican a partir de un solo factor (FEAFES, 2008). No obstante estos señalamientos, en las representaciones mediáticas de casos de violencia y delito es común observar la tendencia referida.

Aquí es posible presentar **dos ejemplos**: por un lado, la **cobertura televisiva** que realizó un noticiero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del **asesinato de la joven Araceli Ramos** el 11 de octubre de 2013. Noticia que fue presentada y tematizada como policial y acompañada de los siguientes comentarios de un periodista sobre la conducta del posible asesino: “estamos ante un **loco**, un **loco total**”, “un **loco para estar en el Borda**”. “¿Cuántos **dementes** tenemos en la Argentina que les gusta matar chicas? (...) tenemos todo tipo de **psicópatas** (...) combatir la **locura** no es con Rivotril (...) para que esto no pase tenés que erradicar la locura del ser humano que no sé cómo se hace. (...) **La locura es esto: es un tipo que mata a una criatura**. Está loco (...) hablamos de **gente que está loca**”. (Dato relevado del Monitoreo de Noticieros de la Dirección de Análisis, Investigación y Monitoreo –DAIM- de la Defensoría del Público).

Y por otro lado, el desarrollo de la noticia **“Mató a golpes a su mujer embarazada”** en un noticiero televisivo el 11 de abril de 2014 (dato relevado por el Monitoreo de Noticieros de la DAIM). Se trata de un caso policial, pero que el periodista emparenta con la salud mental, representándolo del siguiente modo: “los familiares que están aquí absolutamente conmocionados (...) despidiendo en este momento a [refiere el nombre y apellido de la víctima] sabían que su pareja era violenta. Pero jamás pensaron que podía llegar a semejante acto de salvajismo, a darle una brutal golpiza a su mujer, a su pareja desde hacía un año y medio, que además estaba esperando a una hija suya de 8 meses a sólo días de parir. Pero **la locura pudo más** y todo terminó de esta manera”.



Al igual que las notas expuestas en los puntos anteriores, este tipo de enfoques en las noticias contribuye a que se “perpetúen ideas sobre las personas con un trastorno mental vinculadas directamente a la violencia, a la agresividad y a la peligrosidad y que actúan de forma irracional, lo cual está comprobado que es falso” (Ministerio de Salud, 2013:15). Y este dato erróneo es desechado por la misma Ley de Salud Mental al subrayar que aunque exista un diagnóstico en el campo de la salud mental, esto no habilita a presumir riesgo de daño de la persona hacia sí misma o hacia otros.

Conforme con esto, es posible señalar que **los medios pueden proponer lecturas más complejas que la mirada simplista que reduce la problemática a una cuestión espectacular, policial o violenta.**

d) Las categorías clasificatorias y distintos términos del campo de la Salud Mental son utilizados para referir a situaciones de distinta temática y en un sentido peyorativo.

En la Mesa de Debate con especialistas se citó el uso mediático de ciertas expresiones emblemáticas: **“tienen actitudes bipolares”, “las locas de la Plaza de Mayo”, “el gobierno es autista”**. Estos usos no sólo dan cuenta de una representación peyorativa, sino que a su vez muestran el ingreso de las figuras retóricas de la salud mental a los medios no como una temática a ser abordada de un modo responsable y en profundidad, sino como un tema que muta en **forma de adjetivación y descripción de noticias que pertenecen a otros campos semánticos**. Por ejemplo, **bajo el tema deportes** se advierten **remisiones al autismo** para hacer referencia a deportistas que practican un juego individual (INADI, 2011) **o, bajo asuntos de política**, se advierten las **remisiones al autismo** para hacer referencia a políticos que no atienden las demandas de la ciudadanía. En relación a esta última referencia, es posible citar como ejemplo la difusión mediática de la siguiente expresión: **“yo creo que acá no es ni la conspiración permanente ni es el gobierno autista que no ve absolutamente nada”** (24/06/2014). Expresión que fuera objeto de denuncia ante esta Defensoría (Consulta N° 612/2014).

Dentro de esta tendencia también se inscriben ciertos **usos banalizantes y espectacularizantes del término “loco”** que también refuerzan las representaciones erróneas y negativas sobre la salud mental. Aquí se puede señalar como ejemplo la referencia de un periodista de televisión como respuesta al columnista que informa las características del **pronóstico: “a los locos hay que decirles que sí”** (08/10/2013, dato relevado del Monitoreo de Noticieros de la DAIM). O agregar la observación de ciertos usos del término “locura” para transmitir a la audiencia la idea de conductas caóticas y/o extravagantes y anormales. Por ejemplo, la presentación en televisión de una noticia titulada **“A 300 km/h en ruta**

11. Locura sobre ruedas” (02/12/2013) y que fuera acompañada por la siguiente descripción de un periodista: **“vemos una imagen de la locura”** (Monitoreo de Noticieros, DAIM, Defensoría del Público).

Los cuatro patrones de representación desarrollados conducen a reflexionar sobre la **necesidad de trabajar en el uso del lenguaje, en las maneras de nombrar y enunciar a las personas con padecimiento mental y sus problemáticas de un modo preciso, respetuoso y responsable**, ya que **la palabra constituye el primer modo de acceso a la problemática**. “El lengua-



je que utilizamos tiene una contracara, que es la exclusión. Hay un 'umbral' de designación y, cuando decimos que alguien es 'loco' o 'drogadicto', hay un proceso de descalificación (...) la 'visibilidad' es el primer gran problema que tenemos que enfrentar, llamar a las cosas como son. ¿Son personas? Y, sí, son personas, ¿son entes morales autónomos? Sí, son entes morales autónomos, tienen derechos. Y si tienen derechos, debemos hacerlos valer". (Lorenzetti, 2009: 18-19).

De ahí que, **partiendo de la base de que las personas con padecimiento mental son ante todo personas, es conveniente utilizar y contribuir a instalar en los usos mediáticos las denominaciones acordes.** En relación con esto, conviene tener presente que los términos más recomendados por los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos para referir a personas con alguna problemática mental son: **"personas usuarias de los servicios de salud mental", "personas con discapacidad psicosocial" y "personas con padecimiento mental"** (expresión adoptada por la nueva Ley de Salud Mental). Sobre esta última nominación, durante la Mesa de Debate se mencionó que la elección del término "padecimiento" constituye un intento de sortear los modos patologizantes de significar, al pretender incorporar la dimensión subjetiva de la problemática, diferenciándose del concepto de enfermedad mental, mayoritariamente asociado a una causalidad reduccionista que privilegia la dimensión biomédica.

A su vez, se presenta a continuación una serie de consideraciones que realizan la FEAFES y otras organizaciones internacionales en su *Guía internacional sobre salud mental para los medios de comunicación* (2008) sobre el uso de ciertas **expresiones de uso común que resultan negativas para representar casos y problemáticas de salud mental:**

- **Loco/a o demente:** no es un sinónimo de persona con padecimiento mental, sino una palabra imprecisa y que contribuye al estigma, ya que comúnmente es utilizada para describir desde una valoración negativa a un comportamiento extravagante o no normativo.
- **Enfermo/a mental:** es conveniente reemplazar su uso por "persona con padecimiento mental."
- **Esquizofrénico/a, depresivo/a y demás adjetivaciones de condición:** es preciso evitar los adjetivos o la sustantivación de la persona a partir de su patología, ya que debe remarcar que se trata de personas. De ahí que resulta apropiado hablar de una persona con el diagnóstico correspondiente ("persona con esquizofrenia", "persona con depresión", etc.).
- **Manicomio o psiquiátrico:** resulta más apropiado referirse a centro de salud mental o unidad hospitalaria psiquiátrica.



Resumen de orientaciones para representar las problemáticas de Salud Mental sin contribuir en la producción y reproducción de un enfoque discriminatorio y estigmatizante:

- Es necesario propiciar abordajes que no asocien el padecimiento mental con la peligrosidad, la anormalidad y la incapacidad (por ejemplo, “paciente psiquiátrico amedrenta a vecinos”, “la locura es (...) un tipo que mata a una criatura”, “un loco suelto”). Resulta trascendente intentar desarticular los mencionados estereotipos vigentes sobre la salud mental, ya que estos enfoques pueden reforzar la exclusión social, no dan cuenta de la singularidad de la persona ni contribuyen a brindar orientaciones para la resolución del padecimiento.
- Nombrar los casos a partir de las expresiones “persona con padecimiento mental”, “persona con discapacidad psicosocial” y “persona usuaria de los servicios de salud mental”, que son los términos más recomendados por los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos.
- Procurar no sustantivar a la persona a partir de su patología. Priorizar que se trata de personas con un diagnóstico determinado (por ejemplo, “persona con depresión”).
- Evitar la difusión mediática de los casos más extremos por el simple fin de crear impacto en la audiencia (personas en plena crisis y/o que no reciben un tratamiento médico adecuado). Tener en cuenta que la mediatización puede ser positiva al procurar contribuir a la obtención de la asistencia necesaria.
- Evitar la presentación del padecimiento mental como causa de acciones violentas y delictivas. Estas conductas no son uni-causales, así como el diagnóstico en el campo de la salud mental no habilita la presunción de daño.
- Prescindir del uso de términos del campo de la salud mental como modalidad de adjetivación para destacar o espectacularizar el carácter extravagante o negativo de temas ajenos a la salud pública (“tienen actitudes bipolares”, “a los locos hay que decirles que sí”, “el gobierno es autista”). Este tipo de asociaciones contribuyen a reforzar las representaciones erróneas y peyorativas de la salud mental.
- Tener presente, al momento de presentar y describir los casos, que el padecimiento mental es transitorio, no así la superación de la estigmatización y sus efectos.
- Es recomendable evitar, en programas de ficción, la representación estereotipada de personajes con alguna discapacidad psicosocial, como así también la incorporación de las problemáticas de salud mental como una modalidad para enfatizar el carácter negativo de los personajes antagonistas. Estas tendencias sólo contribuyen a naturalizar el imaginario social negativo en torno a los padecimientos mentales.



2- FUENTES INFORMATIVAS

¿Qué dicen las leyes para repensar la selección y el uso de las fuentes informativas?

Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual N°26.522: sobre la difusión de una pluralidad de puntos de vista.

Los Servicios de Comunicación Audiovisual tienen entre sus objetivos “la participación (...) como formadores de sujetos, de actores sociales y de diferentes modos de comprensión de la vida y del mundo, con **pluralidad de puntos de vista** y debate pleno de ideas”. Artículo 8º, inciso i.

Principios de las Naciones Unidas, 1991: sobre el abordaje de las personas con padecimiento mental.

*“Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esta causa, serán **tratadas***

con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana”. Principio 1.2.

Ley N°25.926, pautas para la difusión sobre temas vinculados con la salud: sobre la información de los datos profesionales de las voces convocadas.

“Los servicios de radiodifusión (...) que expongan temas relacionados con la salud deben **informar o exhibir en forma clara y legible el nombre, apellido y número de matrícula del profesional o especialista convocado”.** (Artículo 1º).

Las fuentes de información convocadas

En la cobertura mediática de casos vinculados a la salud mental se registra una notable **ausencia de voces de protagonistas, de familiares o voces médicas especialistas en la temática.**

Los dos ejemplos televisivos ya referidos a lo largo del apartado anterior (“**Un loco suelto en Mataderos. Héctor tiene serios problemas psiquiátricos**” -27/10/2012-, “**Paciente psiquiátrico amedrenta a vecinos**” -24/04/2014) permiten dar cuenta de esta tendencia, ya que en ambas noticias se privilegia la difusión de testimonios de “vecinos” por sobre la inclusión de otras voces especialistas que podrían contribuir contextualizar el caso particular y promover un abordaje integral de la problemática.

Los dichos de terceros (vecinos, testigos y policías, entre otros), en tanto personas ajenas a la vivencia directa y/o al campo de la salud mental, pueden propiciar y difundir, más allá de la buena intencionalidad, observaciones inexactas que pueden generar confusiones y abonar el refuerzo de la estigmatización (Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma, 2014). Así sucede con los dichos de los vecinos de ambos ejemplos televisivos, cuyas observaciones anclan en la descripción de un otro “diferente y peligroso”. De ahí que resulta conveniente no jerarquizar este tipo de testimonios, sino privilegiar tanto las voces de especialistas en el campo de la salud mental, como las voces de personas con padecimiento mental (protagonistas de la noticia).



La incorporación de la voz de las/os usuarios de servicios de salud mental contribuye a proyectar una imagen positiva y a desmontar estereotipos y prejuicios falsos y negativos, ya que ayuda a visibilizar a la persona y no a la etiqueta (FEAFES, 2008 y Ministerio de Salud, 2013). Darle la palabra a las/os protagonistas ayuda a desarticular el mito de que "estas personas no son como nosotros" cuando de hecho son parte de la sociedad.

Durante la Mesa de Debate con especialistas se marcó que la tendencia a no conceder la voz a la persona con padecimiento muchas veces está relacionada con un desconocimiento acerca de cómo abordar a la persona. De acuerdo con esto, diversas organizaciones internacionales, como el Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma (2014) plantean un conjunto de **sugerencias para entrevistar a las personas con discapacidad psicosocial:**

- 1- Abordarlas desde el respeto y no desde el miedo.
- 2- Formularles preguntas abiertas y no resultar invasivo/a en el intento de clarificar, profundizar y comprender la situación.
- 3- Desarrollar una actitud de interés y escucha activa.
- 4- No presumir saber cómo se siente o debería sentirse la persona.
- 5- Asegurarse de que la persona entrevistada haya comprendido que su diagnóstico será de conocimiento público.

A su vez, **la presentación de voces médicas institucionalizadas y demás especialistas en el tema** es necesaria para contextualizar los casos presentados, contradecir las concepciones erróneas y estereotipadas que pudieran difundir los testimonios de terceros y para ampliar el análisis de las problemáticas y brindar información precisa al público.

Al entrevistar a especialistas es importante visibilizar y/o anunciar sus datos profesionales para que las personas afectadas por condiciones similares, como parte de la audiencia, puedan contactarse con algún profesional o institución que pueda ayudarlas (EUFAMI, et al., 2008).

Con respecto a esta inclusión de voces especialistas, durante la Mesa de Debate, distintas/os trabajadoras/es de la salud mental refirieron ser convocadas/os por los medios de comunicación "no para decir lo que creemos oportuno, sino lo que el periodista quiere que digamos" sobre un caso particular. Así, señalaron la inconveniencia de realizar análisis sobre situaciones específicas y que no se pueden contextualizar en el tiempo de pantalla, al igual que manifestaron la necesidad de aprovechar la noticia y la convocatoria para brindar información al público. Junto con ello sugirieron la importancia de **promover la presencia de asesores en los medios** que se conviertan en una fuente de privilegio y desarrollo de las problemáticas de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos.

Los aspectos analizados sobre las tendencias mediáticas en el uso de las fuentes conducen a reflexionar que, dado que la nueva Ley de Salud Mental establece y contempla el tratamiento interdisciplinario para garantizar un abordaje integral de las problemáticas, **sería**



conveniente que la cobertura mediática replique ese tratamiento plural desde el plano informativo. Para ello es necesario **propiciar la difusión de una pluralidad de voces** que puedan visibilizar los distintos enfoques que puedan estar involucrados en cada uno de los casos que los medios transforman en noticia: usuarias/os de los servicios de salud mental, familiares, amigas/os y especialistas en el tema.

Resumen de orientaciones para comunicar problemáticas de salud mental de un modo integral a partir de una diversidad de fuentes:

- Es conveniente reflexionar sobre la utilización de testimonios de terceros ocasionales (por ejemplo, un vecino, cuyo grado de conocimiento de la situación es difuso, como fuente para describir el padecimiento mental de una persona), ya que, más allá de la buena intencionalidad, pueden proporcionar observaciones inexactas que propicien la estigmatización social.
- Incorporar las voces de las personas con padecimiento mental para contribuir a desarticular estereotipos y afianzar un enfoque de derechos humanos en el que se los reconozca

como sujetos de derecho. Al hacerlo, ser respetuoso, en lugar de temeroso y privilegiar las preguntas abiertas y no invasivas.

- Incluir voces de especialistas, jerarquizándolas para contextualizar los casos, desarticular los mitos y profundizar el análisis de las problemáticas de salud mental ante la audiencia.
- Presentar las voces de especialistas con la visualización de sus datos profesionales y de contacto para que la audiencia pueda obtener ayuda y/u orientación en caso de atravesar una problemática de salud mental.

3- IMÁGENES

¿Qué dicen las leyes para repensar el uso mediático de las imágenes?

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: sobre la preservación de la identidad.

Las personas con padecimiento mental **tienen derecho a "preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia"**. Artículo 7°, inciso b.

Principios de las Naciones Unidas, 1991: sobre la discriminación.

"No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por 'discriminación' se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad (...)". Principio 1.4.

El uso y la significación de las imágenes como complemento informativo.

La presentación de noticias que tematizan la salud mental y que desarrollan casos de personas con algún padecimiento mental suelen acompañarse con imágenes que refuerzan los estereotipos negativos.

La mayoría de los padecimientos mentales no se perciben físicamente y como los medios necesitan ilustrar sus informaciones, utilizan fotografías o videos que procuran retratar síntomas externos más visibles (como la agresividad o el retraimiento), pero que contribuyen a mantener la confusión de patologías y a reforzar estereotipos (FEAFES, 2008).

Como **ejemplo** de esto, es posible destacar que la noticia televisiva **“Paciente psiquiátrico amedrenta a vecinos”** (24/04/2014) es desarrollada a partir de un discurso estigmatizante (tal como se analizó anteriormente) que se complementa con la presentación de una serie de imágenes que construyen el mismo sentido:

- Primeros planos del rostro del joven.
- Planos generales de la vivienda del joven que se alternan con planos detalle del letrero que exhibe el nombre y número de la casa.
- Plano detalle que capta las muñecas esposadas del joven en el momento en que es retirado por personal policial.

Este conjunto de imágenes, además de no preservar la identidad del sujeto (al poner en primer plano su rostro y su vivienda, a lo que se añade la comunicación de su nombre y apellido), operan como símbolos visuales que subrayan ante la audiencia la asociación entre problemática de salud mental-peligrosidad-aislamiento social-delito.

Estas tendencias de representación visual resultan unidimensionales y distorsivas de la comunicación de la experiencia vital de las personas con padecimiento mental, la cual se despliega en múltiples facetas, como la experiencia de cualquier otro individuo: vida laboral, social, familiar y recreativa, entre otras. Para evitar el enfoque estigmatizante resulta imprescindible que las imágenes intenten retratar esta multiplicidad de dimensiones.





Resumen de orientaciones para una utilización no estigmatizante de las imágenes:

- **Procurar mostrar y representar visualmente a las personas con padecimiento mental de un modo integrador:** presentar imágenes que las muestren en contextos y situaciones compartidas con el resto de la comunidad (en su contexto laboral, social, familiar, recreativo).
- **Es conveniente no difundir imágenes que impliquen una invasión de la privacidad o una vulneración del derecho a la preservación de la identidad** de las personas con padecimiento mental (primerísimos primeros planos, imágenes de la vivienda con la exhibición de sus datos de localización).
- **Evitar la difusión de imágenes que contribuyan a reforzar estereotipos:** imágenes de personas solitarias, con la mirada perdida y realizando acciones violentas o la exhibición de imágenes que puedan sugerir a la audiencia esta asociación.

4- MODALIDADES COMUNICATIVAS

¿Qué dicen las leyes para repensar los modos de comunicar las temáticas de salud mental?

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: sobre la presunción de capacidad/incapacidad y la formulación de diagnósticos en el campo de la salud mental.

(...) Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.*
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevaletentes en la comunidad donde vive la persona.*
- c) Elección o identidad sexual.*

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización". Artículo 3°.

Principios de las Naciones Unidas, 1991: sobre las modalidades de determinación del padecimiento mental y sobre los usos de dicho diagnóstico.

"La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente". Principio 4.1.

"Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de esta". Principio 4.5.

Modalidades de comunicación de la Salud Mental

A partir del análisis realizado por la Defensoría del Público y según los testimonios recogidos en las Mesas de Debate, en lo que respecta a las maneras de narrar casos de salud mental o de referir al tema (directa o indirectamente), el discurso de los servicios de comunicación audiovisual generalmente presenta una serie de rasgos:

a) Se promueven abordajes en los que se privilegian los análisis respaldados en la opinión personal, en lugar de difundir observaciones que estén respaldadas en la investigación e información científica.

Aquí es posible mencionar **como ejemplo el tratamiento informativo de la patología “ataque de pánico”**, en un programa radial (16/06/2013 y 14/07/2013), que fuera realizado por la conductora del siguiente modo: “yo no creo en ataques de pánico”, “yo le tomaba el tiempo a lo que llaman ataque de pánico (...) Esperá, nena, que ya va a pasar, y pasó. Ese es el método (...) si tenés ganas, lo usás (...) Haceme caso (...) Cantá una chacarera en el momento en que te está afectando (...) Ya me vas a llamar para contarme que lo resolviste igual que yo y que pasás al grupo de las cancheritas que le hacemos hombrito, así, al ataque de pánico”. (Abordaje denunciado ante la Defensoría del Público, Actuación N° 184/2013).

El tipo de análisis que presenta el ejemplo propone una alternativa al saber especialista, basada en la experiencia vivenciada y/o en creencias personales. Y **la mera formulación de estos dichos**, que no son profundizados ni legitimados o refutados por una fuente solvente, **sólo contribuye a la difusión de prejuicios e información confusa y poco rigurosa del tema** ante la audiencia.

Para el abordaje de estos temas resulta conveniente poner los casos en contexto y limitarse a describir los hechos directamente observables, sin desarrollar conjeturas ni omitir información relevante para comprender los hechos (FEAFES, 2008).

b) No se establece una distinción de las patologías sobre las que se comunica.

Las personas con un padecimiento mental son descritas genéricamente, en programas informativos y de ficción, como “psicóticas” o “locos”, sin adentrarse en una precisión de las patologías y mezclando, muchas veces, la información sobre la salud mental con otros tipos de discapacidades y enfermedades.

c) Se formulan titulares que sintetizan la información de un modo inadecuado y sustantivando la condición de las personas con algún padecimiento mental. Modalidad que se aviene con un fin espectacularizante.

Es frecuente la presentación de titulares alarmistas y/o que enmarcan los hechos en un caso de padecimiento mental para captar la atención de la audiencia. Como ocurrió con la noticia titulada: **“El loco del matafuego. Los vecinos tienen miedo”** (08/02/2013, dato obtenido del Monitoreo de Noticieros, DAIM, Defensoría del Público). Esta noticia desarrolla una entrevista a vecinos de una persona que, según refieren, arrojó 14 matafuegos por la ventana desde un departamento de un edificio





del barrio de Mataderos (CABA). El intercambio se limita a sugerir que la persona "tiene problemas con las drogas", que "está fuera de sus cabales" y a destacar el temor que infunde en los vecinos y los bienes materiales que ha dañado. La referencia al sujeto se reduce a presentarlo genéricamente como "el loco" (dando cuenta también de la tendencia mediática a homologar las patologías, que fuera referida en el punto anterior).

El segundo **ejemplo** es la noticia ya analizada y titulada "**Paciente psiquiátrico amedrenta vecinos**" (24/04/2014). Titular que durante el desarrollo de la nota se va alternando con otro: "**tras las denuncias quemó placard frente a nuestras cámaras**".

La **modalidad comunicativa espectacularizante** que desarrollan ambos ejemplos configura una **significación negativa**, en tanto los titulares juegan con la **captación de la atención de la audiencia a partir del impacto que genera la condensación entre padecimiento mental- conducta violenta- primicia mediática**. Este tipo de enfoque resulta nocivo porque, al privilegiar la patologización que "diagnostica" el noticiero, el abordaje de las problemáticas de salud mental asume un carácter fragmentario:

-La persona con padecimiento mental es reducida a un momento de crisis o estado de vulnerabilidad que no da cuenta de la totalidad de aspectos de su vida. Así, la persona queda sujeta para la percepción de la audiencia al rótulo y a las conductas que los titulares le asocian.

-Las coberturas no se complementan con la difusión de información socialmente relevante: análisis especialista de los padecimientos mentales; proporción de datos sobre centros de atención y/o de obtención de información; difusión de teléfonos o instituciones de asistencia; relevamiento de signos que requieren atención y modalidad de procedimiento ante la presencia de los mismos.

d) Se utilizan expresiones alusivas a la salud mental en un sentido humorístico y peyorativo que contribuyen a la banalización de las problemáticas.

Es frecuente advertir, sobre todo en programas de ficción, el uso de referencias como "está chapi-ta", "le faltan jugadores", "está medicado", "no tomó la pastilla" para caracterizar negativamente a alguna persona con o sin padecimiento mental. Pero es conveniente señalar que estos usos no sólo abonan un refuerzo de la estigmatización sobre las personas con discapacidad psicosocial, sino que banalizan el padecimiento y niegan el sufrimiento que implica (INADI, 2011).



Resumen de orientaciones para el desarrollo de modalidades comunicativas no espectacularizantes de las problemáticas de salud mental:

- Mencionar los **problemas de salud mental**, tanto **en titulares** como en el desarrollo de las notas, **sólo cuando sea un dato imprescindible** para comprender los hechos que comunica la noticia (por ejemplo, cuando se trate de una nota de salud que procura abordar y/o analizar algún padecimiento mental específico).
- **Evitar sobredimensionar el hecho de que el protagonista de una noticia atraviese una problemática de salud mental.** Para ello es conveniente no anclar el relato en el padecimiento, sino en **enfaticar las potencialidades, avances y logros de la persona.**
- **Describir los hechos directamente observables y las circunstancias contextuales de cada caso** sin trazar y/o anclar en conjeturas carentes de rigurosidad.
- **Procurar evitar el desarrollo de abordajes centrados exclusivamente en la opinión personal**, ya que esto puede contribuir en la difusión de prejuicios e información confusa y poco rigurosa sobre el tema.
- **Complementar la descripción de los casos con la difusión de información socialmente relevante:** presentación de análisis y distinción de patologías que estén respaldados en informaciones científicas; datos sobre centros de asistencia, signos que requieren atención y modalidades de procedimiento ante los mismos.

5- AGENDA INFORMATIVA

¿Qué dicen las leyes y qué sería importante incluir en la agenda informativa?

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: sobre las transformaciones en las modalidades de asistencia.

"Queda prohibida (...) la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se

deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos". Artículo 27.



Incorporación del tema en la agenda informativa

El conjunto de tendencias del tratamiento mediático de la salud mental desarrollado hasta aquí nos conduce a señalar que el tema ingresa en la agenda informativa de un modo indirecto, superficial y estereotipado que marca un vacío en cuanto al desarrollo de abordajes integrales de la salud mental:

a) El tema ingresa a la agenda bajo la categoría “policiales” al presentarse como una modalidad de adjetivación y filiación de las conductas violentas y delictivas, **en lugar de ingresar como tema de salud pública.**

La salud mental comporta un sentido positivo que es preciso comunicar. Tal como destaca la OMS, “la salud mental es una parte integral de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad [...] es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2004: 14). De ahí que, dentro del marco de la salud pública, el mejoramiento de la salud mental, junto con la reducción de los costos personales y sociales de los problemas de salud mental están vinculados al desarrollo de actividades y programas de “**promoción** de la salud, **prevención** de la enfermedad y la discapacidad, y el **tratamiento** y **rehabilitación** de las personas afectadas” (OMS, 2004:16). Por lo tanto, **resulta fundamental que los servicios de comunicación audiovisual incorporen en sus agendas, y dentro de la categoría “salud pública”, la comunicación del funcionamiento de estas fases complementarias en la sociedad. Es decir, que informen cuáles son los programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación vigentes y en qué consisten.**

b) No se concede espacio mediático a la difusión de las experiencias artísticas, laborales y comunicacionales que realizan las personas usuarias de servicios de salud mental ni al funcionamiento de las instituciones de salud mental. De esta manera, **las vivencias quedan reducidas, comunicacionalmente, a un momento de crisis o acción violenta eventual** que no da cuenta de la totalidad de la historia de la persona y direcciona el tema de la salud mental a un campo social específico, vinculado a la violencia y al temor, contribuyendo a reforzar las miradas estigmatizantes. Para transformar este enfoque puede resultar positivo **comunicar experiencias de participación de personas con padecimiento mental en espacios de inclusión social.** Por referir un ejemplo, existen dispositivos como la Casa SIS (Salud con Inclusión Social, que depende de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones), ubicada en el barrio de San Telmo (CABA). Allí, las personas con padecimiento mental y problemáticas de adicciones y que estuvieron en conflicto con la ley penal participan de distintos talleres (música, electricidad, hechuras de cuero, periodismo, comercio electrónico, dibujo y diseño gráfico, entre otros). Estas actividades son coordinadas por un equipo interdisciplinario (trabajadores sociales, educadores, psicólogos y psiquiatras, enfermeros y talleristas) y les permiten desarrollar distintas aptitudes y herramientas para desempeñarse laboralmente (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2014).



Asimismo, es necesario **promover el desarrollo de investigaciones que den cuenta del funcionamiento de las instituciones de salud mental**. También resulta importante que los medios **comunique las experiencias nacionales de atención que favorecen la inclusión social** de las personas con padecimiento mental (INADI, 2011) y que van realizando las **transformaciones que en materia de tratamiento en el interior de la comunidad (y articuladas con políticas de inclusión laboral, educativa y de vivienda) promueve la nueva Ley de Salud Mental**. Por citar una serie de ejemplos de estas transformaciones vigentes en el ámbito nacional (y que no suelen difundirse a través de los medios de comunicación), es posible referir, retomando una investigación del CELS y la MDRI (2008), al desarrollo del Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS), en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Programas que buscan facilitar la inclusión social de las personas con padecimiento mental en la comunidad, mediante la creación de casas de externación, el desarrollo de redes sociales de apoyo, la gestión de subsidios de vivienda, la atención a la salud mental en centros de salud descentralizados. Como así también los procesos de reforma del Hospital Nacional en Red de Salud Mental y Adicciones (Ex Ce.Na.Re.So) y de la Red de Servicios en Salud y Discapacidad Montes de Oca (Ex Colonia Nacional Montes de Oca). Asimismo, es importante distinguir los modelos positivos de atención de las personas con padecimiento mental en la comunidad que se vienen desarrollando en las distintas jurisdicciones del país, siendo pioneras las provincias de Río Negro y San Luis. En Río Negro, los servicios de salud mental se ofrecen en hospitales generales y esto se complementa con el desarrollo de hogares de medio camino y emprendimientos sociales que buscan propiciar y facilitar la inclusión social de las personas externadas. En San Luis, en el año 2006 se sancionó la Ley de Desinstitucionalización que prohíbe que las personas con padecimiento mental sean institucionalizadas en cualquier parte de la provincia y el hospital psiquiátrico fue transformado en un hospital que ofrece servicios de salud general.

c) El carácter transitorio de todo padecimiento mental en general se mantiene ausente de la mirada periodística y social, lo cual solidifica la cosificación o reificación de las personas. Teniendo en cuenta que el desarrollo y la permanencia en el imaginario social de las representaciones estigmatizantes de las personas con padecimiento mental se nutren de la desinformación, **es necesario que los medios de comunicación difundan la nueva Ley de Salud Mental, que desarticula, entre otras imágenes, el estereotipo del padecimiento permanente**. Asimismo, **es importante que los medios ayuden a concientizar a la comunidad sobre el cambio de paradigma que promueve la nueva ley, sobre la necesidad de reconocer a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho (INADI, 2011), al igual que es imprescindible comunicar cuáles son esos derechos específicos que subraya la ley**. Incluso puede resultar positivo aprovechar las fechas celebratorias o conmemorativas (por ejemplo, el 10 de octubre, Día Nacional y Mundial de la Salud Mental) para instalar el tema en la agenda informativa y subrayar la comunicación y difusión social de estos aspectos.



Resumen de orientaciones para incorporar el tema en la agenda informativa y contribuir al desarrollo de abordajes comunicacionales positivos e integrales de la salud mental:

- Contribuir a **concientizar a la población sobre el cambio de paradigma que establece la nueva Ley de Salud Mental y a comunicar los derechos de las personas con padecimiento mental**. Puede resultar oportuno aprovechar las fechas celebratorias o conmemorativas, como por ejemplo, el Día Nacional y Mundial de la Salud Mental (10 de octubre), el Día de la Reglamentación de la Ley de Salud Mental (28 de mayo), el Día Internacional de las Personas con Discapacidad (3 de diciembre).
- **Incorporar y desarrollar los temas de salud mental bajo la categoría “salud pública” y no exclusivamente bajo “policiales”, ya que los padecimientos mentales no son delitos**. La salud mental es una parte integral de la salud.
- **Incluir en la agenda las actividades y programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental** que se desarrollan en el país.
- **Promover investigaciones sobre la adaptación de las instituciones de salud mental a las modalidades de asistencia que establece la Ley de Salud Mental**. A su vez, también es conveniente realizar un **seguimiento informativo del proceso de desinstitutionalización de la atención en salud mental** y el **desarrollo de dispositivos alternativos e inclusivos** que dispone dicha normativa.
- **Relevar y comunicar la existencia y funcionamiento de los programas de atención en salud mental que propician la inclusión social**. Complementar estas investigaciones con la difusión de las experiencias de participación activa de las personas con padecimiento mental, ya que esto contribuye a mostrarlas en el ejercicio de distintas facetas vitales (educativas, laborales y recreativas). Y, en efecto, esto ayuda a desmontar las miradas estigmatizantes que visualizan y anclan a las personas con padecimiento en un momento eventual de crisis o conducta violenta.

II- Suicidios: hacia una cobertura periodística que refuerce el efecto preventivo.

El suicidio constituye un fenómeno social complejo de alcance y preocupación mundiales, dado que se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte de personas entre los 15 y 44 años y la OMS establece que por cada muerte por esta causa se registran 20 intentos. Según el Ministerio de Salud (2011), en lo que respecta a la perspectiva nacional de la problemática, en Argentina, en el año 2008 se registraron 20.009 muertes por lesiones, de las cuales 3.123 fueron por suicidio. A su vez, dentro de este total, se precisó que el 80% de los suicidios fue llevado a cabo por hombres y un 20% por mujeres. Asimismo, desde 1999, la región del país que registra más suicidios es la Patagonia y, en segundo lugar, y, con un marcado crecimiento, el NOA.

Teniendo en cuenta las dimensiones del problema, distintos organismos nacionales e internacionales (OMS, Ministerio de Salud, AFSCA) se han dedicado a investigar y desarrollar recomendaciones para reducir los efectos negativos de la difusión mediática de los casos. Es decir, resulta sumamente importante el trabajo realizado para, por un lado, **potenciar el efecto preventivo del tratamiento periodístico adecuado de los suicidios** y evitar lo que se conoce como el “efecto imitativo” de las conductas nocivas que se informan. Y, por el otro, **propiciar coberturas informativas que equilibren la difusión de información sobre los casos**, a fin de que las distintas instituciones involucradas en el tratamiento de la problemática puedan **fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud**, con el debido **respeto por la situación que atraviesan los familiares y allegados de las víctimas**.

El tratamiento mediático del suicidio requiere un análisis específico, aun cuando el acto esté o no vinculado a la presencia de un padecimiento mental. De ahí que a continuación, en primer lugar, se precisa la serie de tendencias que, según el relevamiento de la Defensoría del Público, caracterizaron el abordaje periodístico televisivo del suicidio del empresario del espectáculo Fabián Rodríguez, ocurrido en marzo de 2014. El relevamiento se basa en este hecho por tratarse del caso de difusión mediática más reciente en nuestro país y que ha motivado en las audiencias la presentación de una serie de denuncias ante esta Defensoría, en virtud de la modalidad que asumió el tratamiento periodístico. En segundo lugar, se ponen en diálogo las tendencias reseñadas con las principales investigaciones en materia de cobertura mediática de suicidios y con las reflexiones y debates que surgieron durante la Mesa de Trabajo sobre el tratamiento periodístico de los suicidios en los servicios de comunicación audiovisual, que realizó esta Defensoría con la participación de profesionales, asociaciones y organismos nacionales vinculados a la prevención y tratamiento del suicidio; comunicadores sociales, profesionales y organismos vinculados a la comunicación; y profesionales de la educación. Y, en tercer lugar, se avanza en la formulación de recomendaciones precisas para el tratamiento informativo responsable de esta problemática social.





¿Qué dicen las leyes sobre la prevención del suicidio y qué sería deseable incluir en la agenda informativa?

Dentro de la República Argentina, Catamarca es hasta el momento la única provincia que tiene aprobada una ley de prevención del suicidio (**Ley N° 5262 “Programa de Prevención, Asistencia y Recuperación de las Personas en Crisis con Riesgo de Suicidio y de su Familia”**). En el resto del país, se encuentran en proceso de tratamiento y evaluación una serie de Proyectos de Ley para realizar programas intersectoriales de prevención del suicidio (Salta, Chubut y un Proyecto de Ley Nacional impulsado por un diputado de Jujuy), que toman como antecedente la ley de Catamarca.

Ley N° 5262 “Programa de Prevención, Asistencia y Recuperación de las Personas en Crisis con Riesgo de Suicidio y de su Familia” (Catamarca): sobre los objetivos y actividades que se promueven

El Programa de Prevención traza entre sus objetivos:

“Promover la educación de la comunidad con el objetivo de generar destrezas y capacidades para hacer frente a esta problemática”. Artículo 2°, d.

“El adiestramiento y la capacitación serán vistos como un proceso sistemático permanente respetando los tres niveles de intervención (Prevención- Asistencia- Posvención) con los alcances y limitaciones propias de este accionar; promoviendo la articulación intersectorial, interinstitucional y transdisciplinaria. (...)”. Artículo 2°, b.

“La investigación científica y clínica permitirá reconocer los factores de riesgo y factores protectores de cada región, lugar o sector y tener en cuenta las características socioculturales propias (...)”. Artículo 2°, a.

El Programa de Prevención establece como actividades proveer:

“Información a la población sobre los servicios asistenciales con que cuenta.

Información y Difusión por medios Masivos y Alternativos sobre aspectos generales de la problemática del suicidio de interés para la comunidad con prevalencia de las actualizaciones que al respecto establezca la OMS.

Una campaña General Anual por Medios Masivos y Alternativos sobre factores de riesgo y generación de factores protectores en la población.

La generación de materiales educativos (gráficos, audiovisuales, web, etc.) con temáticas específicas destinados a la generación de destrezas en Promoción y Protección de la Salud y frente a la Problemática del Suicidio orientados a sectores específicos como Justicia, Educación, Prensa, Salud, Organismos Públicos, Privados, Áreas Municipales y Sectores Comunitarios”. Artículo 3°, a.

Diagnóstico comunicacional: principales tendencias identificadas en el abordaje mediático del suicidio del empresario del espectáculo Fabián Rodríguez (marzo 2014):



1- Se tendió a la simplificación del hecho, privilegiando la difusión de conjeturas y valoraciones personales por sobre la comunicación de información socialmente relevante respecto al suicidio como problemática social.

En general, esta tendencia se visibilizó en el forzamiento de la lectura y significación de distintos elementos: fotografías, el tener cara de tristeza, el símbolo que encerraría la elección del método utilizado y bajo la mención explícita de los comunicadores a que “estamos sacando conjeturas de algo que no sabemos”, así se identifica en los siguientes dichos emitidos en televisión:

*“Generalmente, uno cuando escucha a todos los médicos hablar del caso del suicidio, **dicen** que hay diferentes maneras de manifestar ese suicidio, por ejemplo, en este caso se habla de una venganza, que cuando una persona toma la determinación de ahorcarse de esta manera, le quiere decir algo a alguien de esta forma tan abrupta de quitarse la vida. **Dicen** (...) **Quizás** se vengaba de alguien, de esta forma: ahorcándose y en la manera que lo hizo, porque supimos que tomó estupefacientes, que hizo un coctel con alcohol también y eso lo llevó a tomar esa determinación de colgarse allí en el balcón interno del departamento”. (Sic.), (29/03/2014).*

*“La foto del sábado a la noche con el hijo, con Thiago, en donde se ve la cara de tristeza de él allí en el Twitter. Hay una mirada como muy triste. Un papá que está con su hijo un sábado a la noche, disfrutando de noche de machos, como él puso en el Twitter, tendría una cara de felicidad, una cara de contento. Cualquier papá estaría feliz de estar con su hijo (...) el hecho de ya estar con tu hijo te tiene que poner feliz. De eso no hablaba la mirada de Fabián. **Estamos sacando conjeturas de algo que no conocemos realmente**”. (Sic.), (25/03/2014).*

2- Se reprodujo un imaginario mítico y se buscó establecer culpabilidad.

Aquí es posible citar como ejemplo el trazado de sospechas sobre la esposa de la víctima (Nazarena Vélez):

*“Atención con esto: yo veía los twitts y mucha preocupación por parte de los familiares. En realidad, si los familiares están preocupados ¿por qué pasó?, **¿qué tuvo que ver o no Nazarena en este hecho?** Puede presentarse, como parte querellante, una figura que está en el código que se llama instigación al suicidio. Si lo quieren hacer, lo pueden hacer con un abogado. Se puede investigar todo lo previo, todo lo que estaba en juego, el tema económico, el tema afectivo y será el juez el que va a determinar si hubo o no instigación al suicidio (...) obviamente que tiene una pena”. (Sic.), (26/03/2014).*

De este modo, **se contribuyó a resentir y minimizar la complejidad que rodea las causas de un suicidio, en las que siempre convergen una multiplicidad de factores** (OMS, 2000, American Association of Suicidology, 2012; Ministerio de Salud de la Nación, 2013). A su vez, es preciso tener presente que **indagar y comunicar ligeramente las razones que pudieron conducir a alguien al suicidio puede**



derivar en una justificación encubierta del acto. Esto constituye un mensaje peligroso para aquellos que –en calidad de audiencia- integran el grupo de mayor vulnerabilidad por atravesar una circunstancia similar, teniendo en cuenta los procesos de identificación que suelen suscitar, alimentando o potenciando las ideaciones suicidas. Es conveniente que todos los análisis que se realicen y difundan, a través de los medios de comunicación, sobre las causas y señales de alerta de la persona suicida estén respaldados científicamente para no favorecer la difusión de ideas confusas y peligrosas para la población.

Conforme con esta tendencia de cobertura, durante la Mesa de Debate en esta Defensoría se reflexionó sobre el efecto negativo de la formulación, repetición y saturación de hipótesis mediáticas que, aunque tras su emisión sean descartadas por alguna fuente experta y por la investigación en curso, quedan resonando en el imaginario social. Asimismo, las/os especialistas vinculados a la temática destacaron que los casos de suicidio se suelen enmarcar bajo la categoría “policiales”, cuando el suicidio no es un hecho delictivo, sino una problemática de salud pública por su magnitud e impacto a nivel mundial: el suicidio representa una de las tres primeras causas mundiales de muerte (Ministerio de Salud, 2013).

3- Se propició la justificación indirecta del hecho a partir de la difusión de representaciones de la víctima ancladas en la enumeración de las características negativas de su vida personal y/o laboral:

*“El que está en la faz depresiva de un trastorno bipolar magnifica todos los problemas y **no hay nada que lo ponga contento**, que es lo que seguramente le ha pasado a Rodríguez. **Se ha visto un alud de problemas encima**”. (Sic.), (25/03/2014).*

*“Es una situación muy especial la del suicida. Hay un momento en el que el hombre o la mujer deciden que **no hay salida para su situación** y por lo general, la situación de la que estamos hablando se trata de una situación emocional, está asociada con lo afectivo, con la **decepción**, con la **frustración**, con el **fracaso emocional o afectivo**” (Sic.), (25/03/2014).*

Este tipo de enfoques, según se reflexionó durante la Mesa de Trabajo, acaba por reducir a la persona a la situación fatal (significada por el marco comunicativo propuesto como criminal), alentando así una suerte de sanción moral y social de quien se suicidó y de sus afectos más cercanos que resulta sumamente dañina y que contribuye a la **estigmatización del suicida**.

Las/os especialistas participantes convocaron a prestar atención a la forma mediática de presentación de las víctimas y sus características para no propiciar un mecanismo de identificación que pueda derivar en la adopción de una conducta similar por parte de la audiencia. En efecto, se marcó la conveniencia de no desplegar relatos que hablen, por ejemplo, de una persona que se suicida porque “le andaban mal las finanzas” o “tenía problemas de pareja” y propiciar, en cambio, el señalamiento de aspectos positivos de la víctima. A propósito, se precisó que esta última modalidad sí suele promoverse ante la cobertura informativa del fallecimiento de figuras del espectáculo que mueren por causas naturales.



4- Se promovió un enfoque espectacularizante del caso, tendiente a enfatizar el dramatismo inherente al hecho y el impacto en las audiencias.

Los principales organismos nacionales e internacionales que trabajan en la prevención de los suicidios y que analizan los efectos de su forma de comunicación a través de los medios masivos (Ministerio de Salud, 2013; AFSCA, 2010; OMS, 2000; American Association of Suicidology, 2012; Irish Association of Suicidology, 2013 y la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Hong Kong, 2005; entre otros) advierten sobre el **carácter negativo de las coberturas espectacularizantes, en las que se privilegia la difusión repetitiva de imágenes de la víctima, las precisiones sobre el método utilizado, las representaciones de la secuencia de los hechos y la configuración de un discurso audiovisual cuyos recursos (planos, encuadres y sonidos) están orientados a reforzar el dramatismo** que ya de por sí conlleva el caso a informar. Estos organismos destacan que **debe atenderse a un doble efecto que deviene de este tipo de tratamientos y su recepción: el impacto psicológico que puede causar sobre los familiares y allegados de la víctima y el impacto sobre una potencial audiencia en situación de crisis emocional y/o con ideaciones suicidas.**

Dentro de esta modalidad, en la cobertura televisiva del suicidio de Rodríguez se pudo identificar la **tendencia a indagar, describir y detallar el método de suicidio empleado**, cuando, además de lo referido anteriormente, la OMS (2000) destaca que **Informar, y más aún, en forma detallada las distintas metodologías desplegadas para llevar a cabo un suicidio puede tener un efecto negativo sobre las audiencias.** "Las investigaciones han demostrado que **el cubrimiento por parte de los medios de comunicación tiene mayor impacto sobre el método de suicidio adoptado, que la misma frecuencia con que ocurren los suicidios.** Ciertos escenarios –puentes, acantilados, edificios altos, vías férreas, etc.- están tradicionalmente asociados con el suicidio y la publicidad extra aumenta el riesgo de que más personas los usen". (P. 9).

No obstante estos señalamientos, se identifican las siguientes precisiones sobre el método de suicidio en los noticieros de televisión:

Periodista: [Tras confirmarle el "investigador" la muerte de Rodríguez por ahorcamiento] ¿Por ahorcamiento cómo?

Investigador: Más de esto no le puedo decir.

Periodista: **Ahorcamiento**, en general, **es una cuerda y uno queda colgado** en un lugar de la casa. ¿Tampoco me puede decir en qué lugar de la casa fue eso?

Investigador: No (...)

Médico: **La mayoría de los ahorcamientos caseros de suicidio se pueden dar con una corbata, con un cinturón.** Los caseros... en general, el nudo no está atrás, en el medio. Es decir, está en el costado, que te produce, sólo **con 2 kilos**, digamos que acá hay una vena que se llama yugular [señala con sus dedos su ubicación en el cuello], **ya inhibís el retorno venoso. Con 5 kilos inhibís el flujo sanguíneo que es necesario para el cerebro que va por la carótida.**



Periodista: Dejá, no des más ideas. (Sic.), (25/03/2014).

"En lo que sería la sala se encontraba una persona del sexo masculino colgado de una soga del cuello y la cual se encontraba anudada de la baranda de un balcón interno", "Imaginen como si fuera un loft con un primer piso y abajo digamos la sala y él se colgó de la baranda de ese primer piso hacia adentro". (Lectura del acta policial con la consiguiente visualización del escrito en pantalla, resaltando el fragmento que precisa en qué condiciones fue hallado el cuerpo de la víctima). (25/03/2014).

Asimismo, se advierte que las precisiones sobre el método utilizado por la víctima se complementan, en algunas coberturas, con la utilización de este dato como disparador para la **configuración de un discurso que enumera y serializa ejemplos de casos de suicidios impactantes**, tal como se advierte en el intercambio entre dos periodistas y un psiquiatra:

Periodista 1: Hay gente que hace cosas increíbles. Yo me acuerdo, por ejemplo, hace muchísimos años en mi pueblo, **una persona que en silla de ruedas se terminó suicidando con una cuerda**. Tuvo que hacer un estudio, una serie de maniobras. Era algo casi imposible.

Periodista 2: Están también esos casos de **gente que se arroja al vacío**, que teniendo esa sensación de vértigo quiere desafiar vaya a saber qué situación (...) después hay **gente que se tira sobre las vías de un tren**.

Psiquiatra: Yo conozco el caso de una señora (...) que se encerró en un altillo, esperó que no hubiese nadie (...) y adentro consumió cantidad infinita de medicamentos, psicofármacos y tomó alcohol. Ahí está totalmente la posibilidad de un suicidio sin posibilidad de ayudar en absoluto. (29/03/2014).

Otro rasgo registrado dentro de la cobertura espectacularizante es la **presentación del dramatismo de los familiares de la víctima como primicia**. Presentación en la que **la función de informar se disuelve en un inconveniente avasallamiento de la privacidad, la intimidad y el duelo del entorno**. Este rasgo se observa en una cobertura periodística que fuera denunciada ante esta Defensoría (Actuación N° 117/2014) y en la que, bajo el titular: "Exclusivo: los desgarradores gritos de Nazarena", se presenta un móvil que coloca, sobre la puerta cerrada de la sala en la que se desarrollaba el velatorio, un micrófono que capta las manifestaciones de dolor de la esposa de Rodríguez. Acción que es acompañada por el relato del periodista: "la noticia es de último momento y tiene que ver con el dolor de Nazarena [hace una pausa en su discurso para que la audiencia pueda escuchar los gritos desconsolados que capta el micrófono]. Las exclamaciones del dolor más profundo. Ustedes lo pudieron escuchar con sus propios oídos". (26/03/2014).

A su vez, otra variante de esta modalidad se pudo identificar en aquellas coberturas que sugerían estar notificando del hecho a Nazarena Vélez en vivo, privilegiando así la presentación de una primicia, descuidando completamente el impacto que pudiera generarle el ser informada a través de un medio de comunicación. Ello se desprende del siguiente relato: "Estamos haciendo en tiempo real (...) Todavía no se sabe si ella está al tanto o no de esta noticia. Lo más tremendo para resaltar es que quizás ella no esté al tanto de esta noticia porque está volando de Miami a Buenos Aires". (24/03/2014).



5- Se promovió, en muchos casos, la consulta a fuentes ocasionales y la inscripción de las voces especialistas en el marco de explicaciones conjeturales.

Este tipo de selección y utilización de las voces resulta inconveniente para difundir la complejidad de la problemática, ya que la información sobre la temática de suicidios que no se brinda y analiza del modo adecuado se transforma en desinformación y puede incrementar los efectos negativos en la audiencia. Por este motivo, se recomienda acudir siempre a fuentes confiables que puedan trascender y desarticular las explicaciones simplistas que se mediatizan y que eviten el uso de generalizaciones y estadísticas que no cuenten con un sustento empírico (OMS, 2000; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Hong Kong, 2005; AFSCA, 2010; Ministerio de Salud, 2013).

En relación a la consulta y concesión de autoridad a fuentes circunstanciales para analizar el suicidio de Rodríguez, es posible citar un extracto de la entrevista que realiza una periodista a una kiosquera vecina de la productora donde ocurrió el hecho:

Periodista: Seguramente ya venía meditando esta decisión.

Kiosquera: Para mí, sí.

Periodista: Duele saber que deja a un niño muy pequeño.

Kiosquera: La despedida del mundo de esta manera siempre deja marcas.

Periodista: En estos últimos días, ¿se había escuchado algún comentario de que Fabián estuviera mal, que estuviera en problemas?

Kiosquera: Nunca se escuchó nada ni se vio nada tampoco (...) Yo creo que este hombre siempre tenía la sonrisa a flor de labios para disimular cualquier situación (...) A mí me da esa impresión. Es lo que yo siento.

Periodista: Tal vez el dolor y los problemas iban por dentro. No los demostraba. (25/03/2014).

En relación a la selección y modalidad de presentación de las fuentes de información, durante la Mesa de Trabajo se subrayaron dos cuestiones: por un lado, se destacó que es imprescindible **convocar como fuentes prioritarias, ante un caso de suicidio, a especialistas y profesionales que permitan contextualizar el caso particular que se cubre dentro de la problemática general de suicidios.** Y, por otro lado, y complementariamente, se marcó la necesidad de que, ante un caso de suicidio que reciba cobertura mediática, los distintos **organismos gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la problemática del suicidio tengan un vocero de prensa que emita comunicados rápidos y precisos para que las/os periodistas de los distintos medios puedan complementar las coberturas del hecho específico con información social preventiva,** tal como la que se elabora desde el Ministerio de Salud de la Nación.



6- Se advirtió una notable ausencia de información socialmente necesaria en torno a la problemática del suicidio en general.

Fue casi nula la información que pudiera profundizar sobre centros de asistencia para personas en situación de crisis y/o familiares de víctimas, sobre signos de un comportamiento suicida y sobre los modos en que la población puede proceder en caso de detectar a una persona en problemas, tal como lo recomiendan los principales organismos vinculados con la prevención de suicidios: Ministerio de Salud, 2013; AFSCA, 2010; OMS, 2000; American Association of Suicidology, 2012; Irish Association of Suicidology, 2013 y la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Hong Kong, 2005.

En otros casos, cuando estuvo, **la información relevante se diluyó dentro de un enfoque banalizante que tornó confusa la intencionalidad preventiva**, tal como se desprende del siguiente intercambio entre dos periodistas:

Periodista 1: Hay que tener en cuenta que los problemas nunca son tan graves como uno se imagina y que hay posibilidad de hacer un millón de cosas diferentes y de tener éxito en ellas. Un ejemplo es [refiere, entre risas, el nombre del periodista 2] que tiene un éxito tremendo en todo lo que hace.

Periodista 2: [Responde entre risas] Jamás se me ocurriría por la vida tomar esta determinación. Mire, toco madera [foca con su mano la cabeza] (29/03/2014).

En relación con este vacío informativo, durante la Mesa de Trabajo se reflexionó sobre la **importancia de fortalecer el rol social de las/os comunicadores** al cubrir un caso de suicidio, mediante el desarrollo de coberturas integrales que propicien la prevención del desencadenamiento de casos similares. Para ello se marcó la necesidad de referir y/o visualizar en placas, durante las coberturas de los hechos específicos, las direcciones y teléfonos de las instituciones y profesionales vinculados a la temática de suicidios para orientar a personas en situación de crisis, a familiares y allegados. Complementariamente con esto, el Ministerio de Salud (2014) destaca la necesidad de que las coberturas periodísticas de los casos puntuales integren también:

a- La difusión de los signos de advertencia de una conducta suicida: tendencia al aislamiento, deseos de morir, amenazas suicidas, abandono de las actividades habituales, cambios repentinos de conducta, llanto inconsolable, conducta lesiva, entre otras señales de atención.

b- La comunicación de los grupos de riesgo que pueden asumir una conducta suicida: personas que atraviesan un proceso depresivo, personas con ideas suicidas o que amenazan con llevar a cabo dicho acto, personas que hayan intentado suicidarse, personas en situación de crisis, los sobrevivientes o familiares del suicida.

c- La presentación de orientaciones para personas que se encuentren ante un sujeto con ideas o comportamiento suicida: no dejarlo solo, acercarlo a fuentes de salud para que reciba atención especializada y poner en conocimiento de los hechos a familiares o personas significativas de la persona.



d- La desarticulación de los mitos arraigados en torno al suicidio, mediante la difusión de la información correspondiente. Algunos de estos mitos son:

- 1) **“El que se quiere matar no lo dice”:** está comprobado que quien se suicida expresó o dejó entrever su intención de alguna forma.
- 2) **“El suicidio no se puede prevenir porque ocurre por impulso”:** toda persona que se suicida, previamente manifiesta síntomas y/o fantasías suicidas.
- 3) **“Preguntar a una persona sobre sus intenciones de matarse incrementa el peligro de que lo realice”:** hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo puede ser la única oportunidad de analizar su propósito auto-destructivo y de reducir la posibilidad de que lo concrete. Hablar sobre lo que le está sucediendo puede contribuir a reducir la tensión psíquica que supone la ideación de muerte y sentirse ayudado.
- 4) **“La prevención del suicidio es tarea de los psiquiatras”:** cualquier persona puede ser un valioso colaborador en la prevención del suicidio.
- 5) **“El que intenta el suicidio es un cobarde o un valiente”:** quien intenta el suicidio es una persona que sufre. La cobardía y la valentía son atributos de la personalidad que no se determinan por el intento de quitarse o respetarse la vida.
- 6) **“Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio”:** los medios pueden ser actores efectivos en la prevención del suicidio, si cubren el tema de un modo responsable y respetando las sugerencias de tratamiento informativo que plantean los especialistas en el tema.

Es conveniente reemplazar el dramatismo, la banalización y el silencio por la difusión de conocimiento e información que oriente la toma de decisiones y acciones. El tratamiento periodístico integral y responsable de los suicidios y/o intentos de suicidio puede tener efectos positivos en la sociedad, en tanto puede contribuir a profundizar la comprensión de la problemática y brindar herramientas para reforzar la prevención.



10 orientaciones para la cobertura periodística integral y responsable de casos de suicidio:

1- Contextualizar la problemática de suicidios bajo la categoría “salud pública” y no “policiales”. Tener presente que propiciar el enfoque policial de los casos, además de resultar inapropiado porque el suicidio no es un hecho delictivo, deviene en una estigmatización de la víctima y su entorno.

2- Evitar el desarrollo y la difusión de análisis sobre los casos de suicidio que estén sustentados en conjeturas personales y en la lectura forzada de hechos y/o elementos que rodean a las/os protagonistas. Esta perspectiva sólo contribuye a simplificar la complejidad del hecho y sus causas que nunca son fácilmente identificables ni unidimensionales.

3- Privilegiar la presentación de fuentes especializadas en la temática de suicidios. Esto permitirá desarticular la repetición de mitos y explicaciones simplistas y profundizar la comprensión del problema en la audiencia. De ahí que resulta sumamente conveniente aprovechar la presencia de estas voces para contextualizar el caso particular en el universo de la problemática de suicidios y brindar información orientadora y preventiva a la población.

4- Complementar las coberturas de los casos específicos con la difusión y visualización en pantalla de direcciones y teléfonos de instituciones y profesionales vinculados a la asistencia y tratamiento de la temática de suicidios; grupos de riesgo y señales de advertencia de conducta suicida; orientaciones para quienes se encuentran ante personas en situación de riesgo.

5- Privilegiar la notificación del hecho a la familia de la víctima por parte de profesionales antes que la difusión de la primicia mediática y respetar la vida privada del fallecido/a y el duelo de la gente que compone su entorno. Considerar el impacto psicológico que puede causar en familiares y allegados del suicida enterarse del hecho a través de los medios de comunicación. La cobertura informativa del caso no debe infligir más sufrimiento a las personas afectadas.

6- Evitar los enfoques espectacularizantes. Es conveniente prescindir de la presentación de descripciones del método utilizado, sobre todo en términos de su mayor efectividad, menor agonía y/o sufrimiento, rapidez, concreción, etc, por los mecanismos de imitación e

identificación que se activan en los grupos vulnerables. Asimismo, es preciso evitar las representaciones detalladas de la secuencia de los hechos realizados por la víctima, la emisión permanente de fotografías y videos de su vida, el uso de recursos sonoros y la musicalización para aumentar el dramatismo que ya de por sí comporta el caso a comunicar. Es importante tener presente que estos enfoques suponen un doble impacto: un efecto negativo sobre las personas allegadas a la víctima y sobre la potencial audiencia en situación de crisis.

7- Procurar no abordar el suicidio como una solución o salida a problemas personales y representar al suicida destacando sus características positivas, de modo de evitar la difusión de indirectas justificaciones y la estigmatización de la víctima.

8- Guardar confidencialidad, ante la cobertura mediática de intentos de suicidio, sobre la identidad e información personal de los protagonistas, ya que a la crisis que atraviesa la persona se le suma la estigmatización por haber intentado quitarse la vida.

9- Aprovechar las fechas nacionales e internacionales para incluir en las agendas periodísticas información preventiva y reflexiva sobre el suicidio, por ejemplo, el 10 de septiembre, Día Nacional y Mundial para la prevención del suicidio.

10- Recomendaciones lingüísticas:

a) Procurar no caracterizar el hecho en términos de éxito o fracaso (“**el suicidio ha sido exitoso**”, “**la tentativa de suicidio ha fallado**”). La obtención de la muerte no es algo pensable en términos de triunfo.

b) Es conveniente no emplear expresiones elogiosas ni peyorativas como “**el suicidio es un acto heroico**”, “**el suicidio es una solución cobarde**”, ya que ambas abonan el refuerzo de clichés y estigmatizaciones.

c) Evitar utilizar generalizaciones como “**pandemia de suicidios**”, “**epidemia de suicidios**”, cuando en verdad se refiere a casos que abarcan una fracción de la población.

d) Es necesario no referir a que la persona “**ha cometido un suicidio**”, debido a que la asociación de sentido con la frase “**ha cometido un delito**” le imprime al acto un sentido de criminalidad.

II. 1. Suicidio de adolescentes y jóvenes: consideraciones específicas

A partir de los relevamientos realizados por el Ministerio de Salud (2011), las/os adolescentes y jóvenes constituyen el grupo de mayor riesgo de suicidio en Argentina. Entre los 15 y los 25 años la mortalidad por suicidio en nuestro país aparece en el segundo lugar de causas de muerte de esta franja etaria y, a su vez, entre los años 1999 y 2007 se registró que la mortalidad por suicidios en adolescentes creció de manera notable. Las tasas más altas, cada 100.000 habitantes, se identificaron en la Patagonia y en el Noroeste argentino. En la Patagonia la tasa más alta, cada 100.000 habitantes, se produce en el año 2005 y fue de un 57.96 que corresponde al suicidio de jóvenes varones entre 20 y 24 años; mientras que la tasa más alta, cada 100.000 habitantes, de suicidio adolescente se registra en el año 2002 y es del 34.00 que corresponde al suicidio de adolescentes varones entre 15 y 19 años. En la Región NOA, la tasa más alta del suicidio se produce en el año 2003 y es de un 40.00 que corresponde al suicidio de jóvenes varones entre 20 y 24 años; mientras que la tasa más alta, cada 100.000 habitantes, de suicidio adolescente se identifica en el año 2007 y es de un 29.00 que corresponde al suicidio de adolescentes varones de entre 15 y 19 años.

Ante esta realidad, resulta imprescindible trabajar en el desarrollo de coberturas informativas de casos de suicidio de adolescentes y jóvenes que refuercen el carácter preventivo y que las mediatizaciones de los mismos no se construyan a partir del uso de recursos que puedan propiciar un impacto negativo y/o desencadenar conductas imitativas en esta franja tan vulnerable de la audiencia, tal como demuestran las investigaciones realizadas sobre el tema. Un ejemplo representativo es el estudio científico realizado en EEUU (Gould, et al. 2014) que se basó en el análisis y en el impacto de las coberturas de prensa de suicidio de adolescentes entre los años 1988 y 1996. La investigación comprobó que “informar sobre suicidios completos de manera repetida, detallada y explícita puede normalizar el suicidio para los jóvenes vulnerables, reduciendo sus inhibiciones en cuanto al acto mostrado. Por otra parte, el efecto de informar sobre suicidios puede operar a través del mecanismo de *priming*, en el cual la activación de un pensamiento puede generar pensamientos vinculados y pre-programados en los jóvenes suicidas”. (p.7-8) A su vez, el estudio demostró la vigencia de la teoría de la identificación diferencial, según la cual el modelo que produce más efecto es aquel que es más parecido al lector. De ahí que los investigadores concluyen en enfatizar la importancia de que los medios de comunicación sigan no sólo los lineamientos para la cobertura cuidada de los casos de suicidio, sino también en marcar la necesidad de trabajar con los grupos adolescentes vulnerables después de que un suicidio reciba cobertura mediática.

En virtud de estos señalamientos, se precisan a continuación una serie de orientaciones puntuales para evitar los efectos negativos, en adolescentes y jóvenes, del tratamiento periodístico de casos de suicidio que involucren a estas franjas etarias.





Resumen de orientaciones específicas para la cobertura mediática responsable de suicidios de adolescentes y jóvenes:

- Evitar el desarrollo de coberturas prolongadas y repetitivas del hecho.
- Realizar descripciones generales del caso, en lugar de describir en detalle el método utilizado por la víctima y la secuencia de los hechos. De este modo, se previene la difusión de relatos que pueden resultar fuertemente instructivos.
- Procurar no realizar análisis conjeturales sobre las causas del suicidio ni realizar generalizaciones a partir del hecho y sus causas, ya que esto puede devenir en una justificación indirecta del acto o en una incitación al mismo.
- Evitar representar el suicidio como una salida o “solución” a problemas personales, tales como inconvenientes familiares, escolares y/o sociales.
- Al entrevistar a protagonistas de un intento de suicidio, procurar que exista un tiempo de distancia con el hecho, de manera de poder brindar un testimonio que contribuya a concientizar sobre esta problemática con fines orientativos y/o preventivos.
- En el caso de coberturas de intento de suicidio es conveniente guardar confidencialidad de la identidad de la persona, a fin de evitar la estigmatización social. Asimismo, resulta importante comunicar los impactos negativos que tal intento desencadenó en la salud, de modo de disuadir los posibles actos imitativos de la audiencia.
- Respetar la intimidad de las víctimas: procurar no transmitir textualmente las declaraciones que pudiera haber formulado, por ejemplo, a través de sus redes sociales.
- Evitar la difusión de prácticas de riesgo protagonizadas por adolescentes, como los llamados “juegos de la muerte”, ya que esto puede devenir en una banalización y justificación desde lo lúdico de la problemática de suicidio.
- Es conveniente complementar la presentación de los casos con el análisis de un profesional que pueda subrayar algún mensaje pertinente para la audiencia adolescente.
- Incorporar y desarrollar en la agenda informativa noticias protagonizadas por adolescentes y jóvenes que los representen, por ejemplo, en situaciones de resolución positiva de conflictos, integrando grupos de pertenencia, desarrollando distintas actividades en la comunidad.
- Garantizar que las coberturas respeten los derechos de niñas, niños y adolescentes que establece la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, especialmente:
 - a) El derecho al interés superior: “cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros”. (Artículo 3).
 - b) El derecho a la dignidad y a la integridad personal: “las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio (...)”. (Artículo 9).
 - c) El derecho a la vida privada e intimidad familiar: “las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida privada e



intimidad de y en la vida familiar. Estos derechos no pueden ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales". (Artículo 10).

d) El derecho a la dignidad: "las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a ser respetados en su dignidad, reputación y propia imagen. Se prohíbe exponer, difundir o divulgar datos, informaciones o imágenes que permitan identificar directa o indirectamente a los sujetos de esta ley, a través de cualquier medio de comunicación o publicación en contra de su voluntad y la de sus padres, representantes legales o responsables, cuando se lesionen su dignidad o la reputación de las niñas, niños y adolescentes o que constituyan injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada o intimidad familiar". (Artículo 22).

e) El derecho a opinar y ser oído: "las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a:

1- Participar y expresar libremente su opinión en los asuntos que les conciernen y en aquellos que tengan interés.

2- Que sus opiniones sean tenidas en cuenta conforme a su madurez y desarrollo". (Artículo 24).

Esta recomendación alude a niñas, niños y adolescentes en tanto protagonistas de casos de suicidio, como así también en calidad de audiencias de los servicios de comunicación audiovisual.

- **Evitar en los programas de ficción la presentación del suicidio como método resolutivo ante determinada problemática** (por ejemplo, conflictos amorosos entre personajes adolescentes). Debe tenerse en cuenta que **tales representaciones pueden alimentar fantasías subyacentes de la etapa adolescente, tal como imaginarse la propia muerte y ver las reacciones generadas en su entorno familiar y/o social.**



ANEXO: fuentes y organismos de consulta vinculados a las temáticas desarrolladas.

Asociación Argentina de Salud Mental (AASM)

Ayacucho 234 - C.A.B.A.
Tel.: (011) 4952-1923 / Cel.: (011) 15-3013-0929
Capítulo Suicidio y Prevención: Tel.: (011) 4952-8930
administracion@aasm.org.ar
www.aasm.org.ar

Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA)

Azcúenaga 767 - 5° Piso Of. 54, 55 y 56 - C.A.B.A.
Tel.: (011) 4953-9840 / 4953-9842
apba@psicologos.org.ar
www.psicologos.org.ar

Asociación por los Derechos de la Salud Mental (ADESAM)

Del Valle Iberlucea 4277 - Lanús
Tel.: (011)15-4471-8501 / (011) 15-5420-7346
adesam@adesam.org.ar
www.adesam.org.ar

Centro de Asistencia al Suicida (CAS)

M.T. de Alvear 2230 - C.A.B.A.
Tel.: (011) 5275-1135
casbuenosaires@yahoo.com.ar
www.casbuenosaires.org.ar

Centro de Atención al Familiar del Suicida (CAFS)

Tel.: (011) 4758-2554
cafs_ar@yahoo.com.ar
Facebook: Centro de atención al familiar del suicida
www.familiardesuicida.com.ar

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Equipo de Salud Mental
Piedras 547 - 1° Piso - C.A.B.A.
Tel.: (011) 4334-4200
consultas@cels.org.ar
www.cels.org.ar

Colegio de Psicólogos de la Prov. de Buenos Aires

Calle 40 N° 690 entre 8 y 9 - La Plata
Tel.: (0221) 421-1687 / 2893 / 427-6505
consejosuperior@colpsiba.org.ar
www.colpsiba.org.ar

Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS)

Av. Julio A. Roca 782 - 4° Piso
Tel.: 0800-333-2662
consultas@conadis.gob.ar
www.conadis.gob.ar

Dirección General de Salud Mental - Buenos Aires

San Luis 3237 - C.A.B.A.
Tel.: (011) 4123-3138 /
4862-3038 / 4863-6586
dgsaludmental@buenosaires.gov.ar
www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/presentacion.php

Frente de Artistas del Borda (FAB)

www.frentedeartistasdelborda.blogspot.com.ar
frentedeartistasdelborda@hotmail.com

Inst. Nac. contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)

Moreno 750 - 1° Piso - C.A.B.A.
Tel.: (011) 4340-9400 / 0800-999-2345
baires@inadi.gob.ar
www.inadi.gob.ar



Ministerio de Salud de la Nación
Dir. Nac. de Salud Mental y Adicciones
Av. de 9 de Julio 1925, 10° Piso - C.A.B.A.
Tel.: (011) 4379-9162
saludmental@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/saludmental

Ministerio de Salud (Bs. As.)
Dirección de Salud Mental
Av. 51 N° 1120 e/ 17 y 18 - La Plata
Tel.: (0221) 429-2764 / 2708
saludmental@ms.gba.gov.ar
saludmental.provincia_bsas@yahoo.com.ar
www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/contacto

Ministerio de Salud de la Nación
Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones (EX CENARESO)
Combate de los Pozos 2133
- C.A.B.A.
Tel.: (011) 4305-0091 al 96
direccion@cenareso.gov.ar
www.cenareso.gov.ar

Ministerio de Salud de la Nación
Red de Serv. de Salud y Discapacidad Montes de Oca
Padre Criado Alonso s/n. Torres - Luján
Tel.: (02323) 49-3380 / 3381 / 3382
comunicación@cmdo.gob.ar

Ministerio de Salud (Jujuy)
Departamento de Salud Mental
Independencia 41 - San Salvador de Jujuy
Tel.: (0388) 424-4145
coordinacionpcialsaludmental@gmail.com
www.msaludjujuy.gov.ar/areasydep/hpagina.asp?120,2

Ministerio de Salud (Salta)
Secretaría de Salud Mental
Tel.: (0387) 437-3238/ 437-3106
saludmentalsalta@gmail.com

Ministerio de Salud (Catamarca)
Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones
Chacabuco 169 - San Fernando del Valle de Catamarca
Tel.: (03834) 437-646
msalcatamarca@hotmail.com
www.salud.catamarca.gov.ar

Ministerio de Desarrollo Humano (Formosa)
Dirección de Salud Mental y Adicciones
Santa Fe 1268 - Formosa
Tel. (0370) 443-6690
mdhfsa@gmail.com
www.formosa.gob.ar/salud

Ministerio de Salud (Chaco)
Dirección de Salud Mental
Santa Fe 324 2° of. B - Resistencia
Tel.: (0362) 445-3408 / Cel.: (0362) 15 420-7370
Dirsaludmental_mspchaco@hotmail.com

Ministerio de Salud (Santiago del Estero)
Av. Belgrano 2050 - Santiago del Estero
Tel.: (0385) 422-2938
ministeriosaludsantiago@hotmail.com
www.msaludsgo.gov.ar





Ministerio de Salud (Misiones)
Dirección Provincial de Salud Mental

Tucumán 2174 - Posadas
Tel.: (0376) 444-7122
direccionsaludmentalmisiones@gmail.com
www.salud.misiones.gov.ar

Ministerio de Salud (Corrientes)

Córdoba 640 - Corrientes
Tel.: (0379) 442-3294
contacto@saludcorrientes.gob.ar
www.saludcorrientes.gob.ar

Ministerio de Salud (Entre Ríos)
Dirección Provincial de Salud Mental

25 de Mayo 139 - Paraná
Tel.: (0343) 420-9610 / 484-0992
comunicacionsaludmental@gmail.com
www.entrierios.gov.ar/msalud/salud-mental

Ministerio de Salud (Tucumán)

25 de Mayo 90 - San Miguel de Tucumán
Tel.: (0381) 484-4000 int. 505
www.msptucuman.gov.ar

Ministerio de Salud (La Rioja)

Dirección de Salud Mental
Av. Ortiz de Ocampo 1700 - La Rioja
Tel.: (0380) 445-3777
saludmentallarioja@hotmail.com
www.larioja.gov.ar/portal/wp-salud

Ministerio de Salud (Córdoba)

Dirección de Salud Mental
Rosario de Santa Fe 374, 1º Piso - Córdoba
Tel.: (0351) 434-1511
direcciondesaludmental@gmail.com
www.cba.gov.ar/direccion-de-salud-mental

Ministerio de Salud (Santa Fe)

Dirección de Salud Mental
Delegación Norte:
Dr. Zaballa 3361 - Santa fe
Tel.: (0342) 457-4803
Delegación Sur:
Rioja 827 - Rosario
Tel.: (0341) 472-1109/1517 int. 39
disamsfe@gmail.com
www.santafe.gov.ar

Ministerio de Salud (San Juan)
División Salud Mental

Av. Lib. Gral. San Martín 750,
Centro Cívico, 3º P. - San Juan
Tel.: (0264) 430-6558
aveene@hotmail.com

Ministerio de Salud
(San Luis)

Programa Salud Mental
Terraza de Portezuelo,
Av. Serranías Puntanas km
783 - San Luis
Tel.: (0266) 445-2010 int. 5001/
(0266) 445-2000
www.salud.sanluis.gov.ar

Ministerio de Salud (Mendoza)

Dirección General de Salud
Mental y Adicciones
Morón 332 - Mendoza
Tel.: (0261) 425-3964
mentalmza@mendoza.gov.ar

Ministerio de Salud (La Pampa)
Subsecretaría de Salud Mental y Abordaje de las Adicciones

Av. Belgrano Sur 451 - Santa Rosa
Tel.: (02954) 38-7889 / 24-6401
saams@lapampa.gov.ar
www.ministeriodesalud.lapampa.gov.ar

Ministerio de Salud (Neuquén)
Departamento de Salud Mental

Antártida Argentina 1245 CAM 3
- Neuquén Capital
Tel.: (0299) 449-5761 / 5590
www.saludneuquen.gov.ar

Ministerio de Salud (Río Negro)
**Coordinación Provincial de
Salud Mental y Adicciones**

Laprida 240 - Viedma
Tel.: (02920) 423002 / 420310
coordsaludmentalcomunitariam@hotmail.com
ww.salud.rionegro.gov.ar

Ministerio de Salud (Chubut)
Dirección Prov. de Salud Mental

Tel.: (0280) 448-2904
saludmentalchubut@yahoo.com.ar
www.chubut.gov.ar/portal/wp-organismos/salud

Ministerio de Salud (Santa Cruz)
Di. de Salud Mental y Adicciones

Libertad 875 - Río Gallegos
Tel.: (02966) 43-2326
comunicacionsalud@santacruz.gov.ar
www.salud.santacruz.gov.ar/mental.php

Ministerio de Salud (Tierra del Fuego)

Río Grande 9 (esq. Fuegia Basket) - Ushuaia
Tel.: (02901) 422031/436445
ministeriodesalud@tierradelfuego.gov.ar
dirprovsaludmental@gmail.com
www.ministeriosalud.tierradelfuego.gov.ar

Ministerio Público de la Defensa
Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de Salud Mental
Ley 26.657

Bartolomé Mitre 648 - 7º Piso - C.A.B.A.
Tel.: (011) 4342-5916/5848 / 0800-333-6776
organoderevision@mpd.gov.ar
www.mpd.gov.ar/area/index/titulo/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental-385

Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Organización Mundial de la Salud (OMS) Argentina

Marcelo T. de Alvear 684 - 4º Piso - C.A.B.A.
Tel.: (011) 4319-4200
info@arg.ops-oms.org
www.paho.org/arg

Programa de Externación Asistida (PREASIS)

México 1661 - Planta Baja - C.A.B.A.
Tel.: (011) 4124-5871 / 72 / 73
Preasis@buenosaires.gob.ar

Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI)

Av. Cabildo 2720 5ºy 6º "D"- C.A.B.A.
Tel. (011) 4981-1428
info@redi.org.ar
www.redi.org.ar





Bibliografía consultada:

American Association of Suicidology (2012). "Recommendations for Reporting on Suicide". EEUU: National Institute of Mental Health.

www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=236&name=DLFE-336.pdf

Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual. (2010). *Tratamiento de las prácticas suicidas en los medios audiovisuales*. Buenos Aires: AFSCA.

www.afsca.gov.ar/web/Varios/Estudios/tratamiento-practicas-suicidas.pdf

Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma. (2014). *En-Tête, Reportage et Santé Mentale*. Canadá: Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma.

CELS. (2013). "El dilema de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Entre el reconocimiento de la norma escrita y la insuficiencia de prácticas transformadoras", en *Derechos humanos en Argentina. Informe 2013*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

www.cels.org.ar/common/documentos/CELS.%20Informe%202013%20%5Bcompleto%5D.pdf

CELS y MDRI. (2008). "La reforma de salud mental", en *Vidas arrasadas*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2014. "Boletín informativo N°2. Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos". Buenos Aires: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

EUFAMI, et al. (2008). *Guía internacional sobre salud mental para los medios de comunicación*. Madrid: FEAFES.

www.feafes.org/publicaciones/lexicon-2620/

Faculty of Social Sciences, University of Hong Kong (2005). *From the Centre for Suicide Research and Prevention*. Hong Kong: Faculty of Social Sciences, University of Hong Kong.

www.csrp.hku.hk/WEB/eng/index.asp

FEAFES, 2008. *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Madrid: FEAFES.

www.feafes.org/guia-de-estilo-feafes/

Gould, et al. (2014). "Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96: a retrospective, population-based, case-control study", en *Lancet Psychiatry* 2014. May 2, 2014. USA.



INADI. (2011). "Salud Mental" en *Buenas Prácticas en la Comunicación. Informes para periodistas*. Buenos Aires: INADI. www.inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2012/08/buenas_practicas_en_la_comunicacion_publica.pdf

Irish Association of Suicidology and Samaritans (2013). *Media Guidelines for Reporting Suicide*. www.samaritans.org/your-community/samaritans-work-ireland/media-guidelines-ireland

Lorenzetti, Ricardo. (2009). "Salud mental, legislación y derechos humanos en Argentina", en OPS/OMS, *Salud Mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales*. 65. Año 2009. Buenos Aires: OPS.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2013). *Comunicación responsable: Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000479cnt-recomendaciones-tratamiento-temas-salud-mental-medios.pdf

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2014). "Información relacionada con suicidios: un instrumento para profesionales de los medios." Buenos Aires: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2011). *Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/articulos/20.pdf

OMS. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Ginebra: OMS. www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

OMS. (2004). *Promoción de la salud mental*. Ginebra: OMS. www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf



Agradecimientos:

Esta Guía fue posible gracias a la intervención y participación de: Carlos Marrero (Radio Continental), Marina Fontán (Canal 360), Mauro Calvagna (Canal 26), Daniel Navarro (Canal 9), Laura Orsi (APA), Verónica Mora (APSA), Patricio Gómez Di Leva (Psicólogo y columnista de Canal 26), Marcela Diodati (Psicóloga), Claudio Santa María (Médico y columnista de América TV), María Luisa Lerer (Psicóloga), Andrea Demasi (Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones), Nora Cortiñas (Madres de Plaza de Mayo, línea fundadora), Eva Amorín (Defensoría General de la Nación, Unidad de Letrados de Salud Mental), Felicitas Tedeschi (Prensa, Defensoría General de la Nación), Julia Contreras (INADI), Luis Alen (Ministerio de Justicia y DDHH), Valeria Zapesochny (Ministerio de Salud de la Nación), Leonardo Gorbacz (Redactor de la Ley de Salud Mental), María Pía Venturiello (Instituto de Investigación Gino Germani), Dra. Ana Lía Kornblit (Instituto de Investigación Gino Germani), Silvia Farone (UBA), Liliana Hendel (TV Pública), Alfredo Grande (Psiquiatra y psicoanalista), Tesy De Biase (La Nación), Oscar Orquera (Radio América), Verónica González (TV Pública), Claudio Bernardez (Coalición por una Comunicación Democrática), Carlos Boronat (Asociación de Suicidología de Latinoamérica y el Caribe - Centro de Atención al Suicida), Héctor Basile (Red Mundial De Suicidólogos), Diana Altavilla (Centro de Atención al Familiar del Suicida), Fernanda Azcoitia (Centro de Atención al Suicida), Enrique De Rosa (especialista en Psiquiatría, Neurología, Medicina Legal y Forense), Juan Pablo Cannata (Universidad Austral), Valeria Román (Clarín), Ana Alas (América TV), Sol Guardia (América TV), Alejandra Maroto (Canal 9), Héctor Szmidt (Radio Soberanía Nacional Berazategui), Analía Balián (TELAM), Fernando Alonso (TV Pública), Raúl Osvaldo Lata (AM 1480 Sensaciones), Liliana Arias (Radio Nacional), Dirección de Fiscalización y Evaluación de la AFSCA, Gerardo Averbuj (Ministerio de Educación), Gisela López (Canal 360), Lucas Laviana (Radio América), Cristina Camaño, Guillermo Sordintairis, Noemí Zamora (FM "La Siglo de Morón"), Hugo Krasnobroda (Diario Tribuno de Salta) y Alejandro Gommel (Radio Del Plata).