

RECOMENDACIONES

Recomendaciones a los medios audiovisuales sobre el tratamiento informativo de la muerte por suicidio

noviembre de 2016



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**



**Consell
de l'Audiovisual
de Catalunya**

Se permite la reproducción, distribución y comunicación pública siempre que se cite su procedencia (autoría, título, órgano editor) y que no se haga con finalidades comerciales. No se permite la creación de obras derivadas sin autorización expresa de los autores y del editor.

Consejo del Audiovisual de Cataluña
c. dels Vergós, 36-42
08017 Barcelona

Departamento de Salud
Travessera de les Corts, 131-159 (Pavelló Ave Maria)
08028 Barcelona

1ª edición electrónica: noviembre de 2016

Recomendaciones a los medios audiovisuales sobre el tratamiento informativo de la muerte por suicidio

1. CONSIDERACIONES GENERALES

De acuerdo con las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el **suicidio** es el acto de matarse deliberadamente.

La *tentativa de suicidio* (o *autolítica*) es todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o daño que no provoca la muerte, sea cual sea el grado de intención letal.

Según datos de la OMS, cada 40 segundos, una persona se quita la vida en el mundo. La OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) instan desde el año 1996 a desarrollar políticas de prevención, una vez constatado que las muertes por suicidio en el mundo superan las provocadas por homicidios y guerras, ya que en el 2020 las víctimas podrían ascender a un millón y medio.

En Cataluña, en el año 2014 murieron 526 personas por suicidio,¹ cifra que corresponde a una tasa del 7,1 por 100.000 habitantes, y que es inferior a la del conjunto del Estado español y de Europa occidental. No obstante, se trata de una mortalidad evitable, y por eso se están implantando acciones de prevención. Por otra parte, las estadísticas no registran las tentativas autolíticas, por lo que no se dispone de datos reales. Estudios realizados, tanto a escala nacional como internacional, estiman que por cada persona que muere por suicidio hay 20 que lo intentan. El Plan de salud de Cataluña 2016-2020 incorpora como objetivo la reducción de la mortalidad por suicidio un 10% para el año 2020.

Por su influencia en la opinión pública, los **medios de comunicación** pueden ser una herramienta muy útil para la **normalización a la hora de hablar de la muerte por suicidio**, porque, en primer lugar, pueden ayudar a romper el tabú y la estigmatización **que se** crean tanto respecto a la persona que muere como en relación con sus familiares y entorno, así como para combatir estereotipos. **Los medios de comunicación tienen a su alcance ser una herramienta pedagógica social tanto en el abordaje del tema del suicidio como de sus trágicas consecuencias.**

1 *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2014*. Disponible en: <http://salutweb.gencat.cat/>

Por otra parte, los medios de comunicación pueden ser agentes que ayuden a contribuir a la prevención del suicidio. El hecho de hablar del suicidio no supone, necesariamente, incitar a esta conducta ni provocar un efecto contagio (el llamado *efecto Werther*). Ciertamente, puede haber una relación entre un tratamiento inadecuado de la información sobre el suicidio y un posible incremento de suicidios en población de riesgo. Instituciones como la OMS, especialistas e investigadores reconocen que una cobertura informativa sensacionalista del suicidio puede aumentar el comportamiento suicida en poblaciones vulnerables.

No obstante, la **cobertura responsable de una noticia** puede tener un efecto preventivo sobre la conducta suicida, ya que la exposición a una información de personas afectadas que han afrontado una situación de crisis de manera positiva y sin comportamientos suicidas se relaciona con un descenso en las tasas de suicidio, y ejerce, en estos casos, un efecto protector. Este efecto se conoce como **el efecto Papageno**, en honor al personaje homónimo de *La flauta mágica* de Mozart, que fue disuadido de suicidarse después de que tres niños le mostraran otras alternativas que le ofrecía la vida.

Por lo tanto, los medios de comunicación constituyen una herramienta muy valiosa de divulgación de algunos conceptos básicos sobre el riesgo de suicidio, así como de las instituciones y entidades a las que pueden acudir las personas que sufren este impulso. De esta manera, contribuyen a aumentar el conocimiento que la población general tiene sobre este tema y el análisis crítico que se desprenda, además de promover el interés y la toma de conciencia por aspectos que son relevantes para su salud.

2. FALSAS CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA MUERTE POR SUICIDIO

La Asociación Después del Suicidio - Asociación de Supervivientes (DSAS) dispone de un documento sobre falsas creencias, denominado *Mitos y creencias equivocadas respecto a la muerte por suicidio*, que se puede consultar en:

<https://www.despresdelsuicidi.org/publicaciones>

Las principales creencias y falsas creencias recogidas en el documento son:

1. No es cierto que sólo las personas que tienen un trastorno mental piensen en una conducta suicida o la tengan. El hecho de sufrir un trastorno mental puede ser un factor de riesgo en muchos casos, pero la única manifestación común en la muerte por suicidio es la existencia de un gran sufrimiento emocional, y este hecho no es exclusivo de la gente que padece un trastorno mental.

2. No es cierto que el suicidio no se pueda prevenir porque sea un acto impulsivo. La mejor contribución para ayudar a las personas que se encuentran en esta situación es el trabajo de prevención y divulgación de los recursos que hay al alcance de las personas que lo sufren. Asimismo, no hay que desestimar ninguna señal que nos haga sospechar de una posible conducta de tipo autolítico.

3. No es exacto afirmar que la persona con conducta suicida desea morir, dado que son estados mentales transitorios de corta duración en los que la persona quiere dejar de sufrir y no ve otra alternativa a su situación. Escuchar y ofrecer apoyo emocional y profesional para que la persona pueda darse cuenta de que esta situación se puede revertir puede permitir superar la situación.

4. No es cierto que los intentos de suicidio sólo sean una manera exagerada de llamar la atención. Este criterio peyorativo contribuye a menospreciar a la persona que se encuentra en esta situación y a no dedicar esfuerzos sociales y sanitarios para atenderla.

5. No es cierto que quien habla de sus intenciones suicidas no las llevará a cabo. La mayor parte de las personas que mueren por suicidio han hecho alguna advertencia antes de llevarlo a cabo. **No es correcto, por lo tanto, afirmar que si se reta a una persona con impulsos suicidas, no se suicidará.**

6. No es correcto asociar la cobardía o la valentía a personas que mueren a causa del suicidio o que cometen una tentativa de suicidio. Las personas que mueren a causa del suicidio sufren profundamente y es a partir de este padecimiento que consideran la muerte como una solución a su situación vital.

7. No es correcto suponer que el suicidio afecta a un grupo poblacional concreto. La conducta suicida es un problema complejo y multifactorial. Nunca se produce por una única causa, sino que surge de la interacción entre factores de riesgo genéticos, socioeconómicos, por enfermedad mental o física con factores protectores individuales y sociales (por ejemplo: la accesibilidad a una ayuda eficaz).

3. RECOMENDACIONES GENERALES A LOS MEDIOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Estas recomendaciones se ocupan del tratamiento de la muerte por suicidio en la información emitida por los medios de comunicación audiovisual, tanto con respecto a los espacios de información diaria (teleinformativos, boletines radiofónicos, etc.) como a los programas que quieren hacer una aproximación más profundizada de esta temática.

1. Las informaciones sobre suicidios o sobre intentos de suicidio requieren una aproximación respetuosa y prudente. Así, sólo se tiene que hablar de *suicidio* cuando se tenga información veraz y fidedigna que lo confirme. En este caso, es positivo no utilizar eufemismos cuando se cita la causa de la muerte. En este tipo de sucesos, de naturaleza íntima y dolorosa, se deben aplicar los criterios de relevancia informativa. Se trata de trabajar bajo la perspectiva profesional del servicio social que supone el periodismo para aclarar si el acontecimiento es “relevante” para ser conocido por la audiencia. Se debe medir con cautela el tiempo que se le dedica y la posición que ocupa en relación con el resto de noticias.

2. Escoger las expresiones adecuadas para describir a las personas que han presentado conducta suicida es importante. El uso de términos inexactos puede reforzar los estereotipos y la estigmatización. En este sentido, hay que evitar expresiones como “se ha suicidado” y sería preferible decir “ha muerto por suicidio”, dado que la normalización de las informaciones requiere, también, la concepción de la muerte por suicidio como una causa más como puede ser por un accidente o por una enfermedad.

3. Conviene evitar la descripción detallada del método utilizado: los estudios demuestran que explicitar estos elementos contribuye, por imitación, a aumentar el número de suicidios entre la población vulnerable (efecto Werther). Se debe extremar la cautela cuando se trate de un método inusual o nuevo. Igualmente, hay que evitar afirmar de un suicidio que ha sido “rápido”, “sencillo” o “indoloro”.

4. Hay que evitar asociar valores socialmente positivos a la muerte por suicidio ni relacionarlo con ideas de heroicidad, romanticismo o valentía. El comportamiento suicida no se debe mostrar nunca como una solución válida para afrontar problemas personales. Por el contrario, una pieza informativa que aborde el daño emocional en la familia y las amistades puede impulsar a una persona con pensamientos suicidas a buscar ayuda profesional.

5. Resulta conveniente presentar la muerte por suicidio como **producto de una compleja interacción de muchos factores** y no atribuirla ni a una causa explicativa simplista ni, por el contrario, inexplicable. Se tiene que rehuir de identificarla con una “enfermedad mental” como causa única directa del comportamiento de la persona para evitar una doble estigmatización.

6. En las informaciones sobre suicidios hay que extremar **el respeto a la intimidad de las familias y otros supervivientes** con el fin de no acentuar el estigma y el sufrimiento psicológico. Así, se recomienda no publicar datos personales ni imágenes de la víctima, ni de las personas próximas, que permitan la identificación. En caso de hacerlo, se deberá pedir un permiso explícito.

7. **Es necesario evitar el tratamiento sensacionalista de la noticia** de un suicidio o de un intento de suicidio y extremar la cautela a la hora de ilustrar las informaciones con imágenes: se tienen que evitar primeros planos y zums sobre personas en escenas de dolor; no se debe mostrar la escena del suicidio, sobre todo si se trata de escenarios vinculados al imaginario social. Igualmente, hay que utilizar un lenguaje equilibrado y respetuoso, que no acentúe el dramatismo propio de estos hechos. En los titulares de las informaciones se deben extremar las precauciones y hay que evitar recurrir a la morbosidad o al alarmismo como recurso para captar la atención.

8. Hay que estar especialmente atentos a la información sobre el suicidio o la tentativa de suicidio de **personas famosas**, visto el posible efecto de imitación que comporta su figura. No se tiene que caer en la sobreatención mediática, es necesario separar sus méritos artísticos, deportivos, etc. del acto del suicidio y omitir el detalle del método utilizado.

9. **Es conveniente diversificar las fuentes de información** periodística con el fin de conseguir una información más plural y contrastada. El asesoramiento de equipos pluridisciplinarios (personas expertas y asociaciones de personas supervivientes al suicidio) favorece una aproximación informativa de calidad. Por el contrario, dar protagonismo en las informaciones (mediante entrevistas o planos de inserción) a personas que están relacionadas circunstancialmente con el caso (como testigos del vecindario), pero que no aportan datos concretos y aprovechables, puede derivar en un enfoque sensacionalista.

10. Los medios de comunicación pueden contribuir a la tarea de **prevención del suicidio** dando a conocer los indicadores de riesgo de conducta suicida y aportando información sobre recursos preventivos (servicios de salud mental, teléfonos de ayuda, etc.). Así, siempre que sea adecuado, se podría sobreimprimir información de estos recursos al mismo tiempo que se emite la noticia.

11. Los documentales y reportajes, en los que se trata la información en profundidad, son formatos informativos que pueden ofrecer un análisis más amplio y libre de las urgencias propias de un espacio informativo diario o de la reseña de un caso concreto. Así, estos programas, cuando traten sobre el suicidio, pueden contribuir de manera muy importante a prevenirlo (efecto Papageno) elaborando un discurso construido con el asesoramiento de entidades y personas expertas en la materia sobre los factores protectores y con ejemplos de experiencias de resiliencia (capacidad de afrontar la adversidad y salir fortalecido) ante el suicidio.

12. Se debe tener mucho cuidado con las informaciones relativas a webs o blogs en **Internet** y **no mencionar ni identificar webs ni redes que promuevan o contengan un discurso favorable al suicidio** (foros prosuicidio, pactos de suicidio realizados en chats de Internet, por ejemplo). En cambio, **sí que es conveniente mencionar los recursos de prevención que se pueden encontrar en la red.**

4. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN FUNCIÓN DEL ESCENARIO

Dentro de este apartado se establecen una serie de recomendaciones de lenguaje para los programas informativos teniendo en cuenta el escenario o el contexto en el que se ha producido la muerte por suicidio:

Escenario	Sería preferible hablar de...
Pacto suicida: dos personas se ponen de acuerdo y deciden quitarse la vida.	Suicidio doble.
Homicidio con suicidio: en contextos de violencia de pareja, donde alguien se quita la vida después de asesinar a su pareja sin que sufra ningún trastorno mental. Las razones son diferentes y se podría intuir venganza o el hecho de querer evitar las consecuencias del acto criminal cometido.	Homicidio donde el presunto autor se ha quitado la vida.
En casos de depresiones graves, normalmente psicóticas, donde la persona ha perdido el contacto con la realidad, que puede presentar ideas delirantes de ruina/nihilismo que favorecen que mate a una o más personas, generalmente próximas, antes de quitarse la vida , para evitarles el sufrimiento.	Se recomienda usar el concepto médico <i>suicidio ampliado</i> .
Una persona, como el líder de una secta, incita a un grupo de personas a quitarse la vida y todas mueren por suicidio.	Suicidio colectivo.
Muerte por suicidio en ausencia de patología psiquiátrica o situación de desbordamiento emocional (“crisis vital”). Es premeditado y se lleva a cabo con el juicio conservado. Aunque es difícil de demostrar, es muy infrecuente.	Suicidio lúcido.
Ayuda que una tercera persona proporciona a un enfermo terminal, incurable e imposibilitado para darse muerte él mismo, para que deje de vivir cuando lo desee.	Suicidio asistido.

Escenario	Sería preferible hablar de...
<p>Persona que lleva a cabo un ataque terrorista y que muere como consecuencia del método que ha utilizado para llevarlo a cabo.</p>	<p>Siempre que el formato y el discurso periodístico lo permita y que no cree confusión en el relato de los hechos, se aconseja evitar la expresión “ataque suicida” para no contextualizar el suicidio como un acto heroico o al suicida como un mártir. La explicación de los hechos puede hacer innecesario utilizar la expresión “ataque suicida”</p>

En todo caso, ante cualquier escenario, la recomendación es esperar que se lleve a cabo la autopsia psicológica (información que se obtiene a través de entrevistas a familiares, conocidos y profesionales médicos del entorno de la persona que ha muerto) antes de anticipar conclusiones prematuras.

FUENTES DE INFORMACIÓN

A continuación, se detallan algunos enlaces considerados de interés en relación con el abordaje del suicidio por parte de los medios de comunicación audiovisual:

- [Mitos y creencias equivocadas respecto a la muerte por suicidio](#). DSAS (Després del Suïcidi - Associació de Supervivents).
- [How Journalists can help to prevent copycat suicides](#). European Alliance Against Depression.
- http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf. Artículo de la OMS sobre cómo informar a los medios sobre la muerte por suicidio.
- [European Regions Enforcing Actions Against Suicide](#). Proyecto Euregeneas que tiene como objetivo contribuir a la prevención de pensamientos y conductas suicidas en Europa. Incluye diversos documentos, entre los cuales hay algunos dedicados a los medios de comunicación.

COMUNICACIÓN DE CONTENIDOS INADECUADOS

Cualquier persona que encuentre un contenido o representación en relación con la muerte por suicidio que considere inadecuado o estigmatizante, ya sea en la programación o en la publicidad de cualquier radio o televisión, pública o privada, o ya sea en contenidos audiovisuales difundidos por Internet, puede dirigirse a:

- **Defensa de la Audiencia del Consejo del Audiovisual de Cataluña**
Las personas usuarias de los medios audiovisuales pueden dirigirse al Consejo del Audiovisual de Cataluña (CAC) para expresar quejas, opiniones, sugerencias o consultas, que pueden hacerse sobre la programación y la publicidad de cualquier radio o televisión, ya sea pública o privada.

Enlace: www.cac.cat, haciendo clic en el apartado “Defensa de la audiencia”.

Entidades, asociaciones e instituciones

Entidades impulsoras de las recomendaciones

Associació Després del Suïcidi - Associació de Supervivents
Consell de l'Audiovisual de Catalunya
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Entidades consultadas

Associació Catalana de Concessionaris Privats de TDT Local
Associació Catalana d'Infermeria en Salut Mental (ASCISAM)
Associació Catalana de Prevenció del Suïcidi
Associació Catalana de Professionals de la Salut Mental
Associació Catalana de Ràdio
Associació Empresarial de Publicitat
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Associació de Mitjans de Proximitat
Associació d'Usuaris de la Comunicació (AUC)
CIBERSAM, Centre de Recerca Biomèdica en Xarxa. Salut Mental
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Col·legi de Periodistes de Catalunya
Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya
Col·legi Professional de l'Audiovisual de Catalunya
Col·legi de Publicitaris i Relacions Públiques de Catalunya
Consell de la Informació de Catalunya
Consorti Sanitari i Social de Catalunya (CSSC)
Coordinadora de Centres d'Assistència i Seguiment a les Drogodependències
Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal Universitat Autònoma de Barcelona
Emissions Digitals de Catalunya
Federació VEUS. Entitats Catalanes de Salut Mental en 1a Persona
Federació de Mitjans de Comunicació Locals de Catalunya

Federació Salut Mental Catalunya
Fòrum Salut Mental
Fòrum d'Entitats de Persones Usuàries de l'Audiovisual
Fundació Cassià Just
Fundació Congrés Català de Salut Mental
Hospital Universitari Vall d'Hebron. ICS
Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona
Parc Sanitari Sant Joan de Déu
Societat Catalana de Comunicació
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)
Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental
Societat Catalana de Psiquiatria Infantil i Juvenil
Societat Catalana d'Especialistes en Psicologia Clínica (SCPEC)
Sindicat de Periodistes de Catalunya
Teleespectadors Associats de Catalunya (TAC)
Unió Catalana d'Hospitals (UCH)
Xarxa Audiovisual Local - La Xarxa



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**



**Consell
de l'Audiovisual
de Catalunya**
