

Asistencia on-line frente al riesgo de suicidio juvenil en Argentina. Alcances y retos urgentes

*The online assistance against the risk of youth suicide in Argentina.
Scopes and urgent challenges*

CLAUDIA SANDRA KRMPOTIC
CONICET/Universidad de Buenos Aires/Universidad Nacional de La Matanza


ELSA VIVIANA BARRÓN
Universidad de Buenos Aires / Universidad Nacional de La Matanza


RESUMEN. En la Argentina, el suicidio juvenil muestra una tendencia creciente verificada en las tasas que surgen de los últimos datos estadísticos oficiales disponibles. Los efectos individuales y sociales del problema exigen un estudio sostenido que acompañe la institucionalización de respuestas que se entienden aún incipientes. Desde la tríada conceptual creencias, trauma social y proyecto vital, se procura resignificar el suicidio juvenil. Con fines exploratorios, se analizan en este artículo los alcances y limitaciones de una intervención preventiva, a partir de una caracterización de consultantes que tomaron contacto con el servicio de asistencia on-line vía chat que brinda el programa “Hablemos de Todo” que ofrece el Instituto Nacional de Juventudes (INJUVE).

PALABRAS CLAVE: suicidio juvenil; riesgo; asistencia on-line; Argentina

ABSTRACT. In Argentina, youth suicide shows a growing trend verified in the rates that emerge from the latest available official statistical data. The individual and social effects of the problem demand a sustained study that accompanies the institutionalization of responses that are still incipient. From the conceptual triad of beliefs, social trauma and life project, an attempt is made to redefine youth suicide. For exploratory purposes, this article analyzes the scope and limitations of a preventive intervention, based on a characterization of consultants who contacted the on-line assistance service via chat provided by the program “Hablemos de Todo” offered by the National Youth Institute (INJUVE).

KEY WORDS: youth suicide; risk; online assistance; Argentina

* Dra. en Servicio Social (PUC-SP, Brasil), con un Postdoctorado Interdisciplinar en Ciencias Humanas (UFSC, Brasil). Mag. en Ciencia Política (UNSAM, Argentina). Lic. en Servicio Social (UBA, Argentina). Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Profesora-Investigadora en las Universidades Nacionales de Buenos Aires y de La Matanza (Argentina). Directora del Centro Argentino de Etnología Americana/CONICET. E-mail: claudia.k@conicet.gov.ar  orcid.org/0000-0001-8969-9345

** Dra. en Ciencias Sociales (UBA). Posdoc en Ciencias Sociales (UBA), magister en Investigación en Ciencias Sociales (UBA) y lic. en Trabajo Social (UNLaM). Profesora-Investigadora en las Universidades Nacionales de Buenos Aires y de La Matanza. E-mail: ivibarron@gmail.com  orcid.org/0000-0002-8352-500X

Introducción

Argentina experimenta en las últimas décadas, un alarmante crecimiento en las cifras de suicidio juvenil. Los últimos datos dan cuenta de un creciente número de casos desde la preadolescencia hasta la juventud. De acuerdo con las últimas cifras del Ministerio de Salud de la Nación (2021), la tasa de suicidios es de 8.7 por 100.000 habitantes. Casi duplica a la de muerte por homicidios, que es de 4.9. Durante 2019 se suicidaron 66 niños de 5 a 14 años, 868 jóvenes de 15 a 24 años y 730 de 24 a 35 años. Un promedio de 4,55 por día. Esto representa 3 veces más casos que en 2007. En el período 1997-2011 la evolución de la tasa de mortalidad por suicidio calculada por 100.000 habitantes se había mantenido relativamente estable. En 1997, la tasa fue de 6,3 y el pico más alto se presentó en el 2003 con 8,7, posiblemente a consecuencia de la grave crisis económica y social de 2001/2002. En 2011 descendió a 7,3. Para 2018 alcanzó 7,2 y vuelve a mostrar un incremento en 2019 (últimos datos oficiales).

Las dimensiones y efectos individuales y sociales del problema exigen un estudio sostenido que acompañe la institucionalización de programas y servicios especializados que se observan en un estado aún incipiente. En este artículo analizamos alcances y limitaciones de una intervención preventiva en materia de suicidio juvenil, a partir de una caracterización de consultantes que tomaron contacto con el servicio de asistencia on-line vía chat que brinda el programa “Hablemos de Todo” desde el Instituto Nacional de Juventudes (INJUVE). La investigación sobre este tipo de dispositivos preventivos es escasa, lo que motiva su estudio. Entre los trabajos regionales hallados, inscriptos en disciplinas como la psicología y psiquiatría, uno de ellos analiza la atención por chat desde una revisión de literatura (Socha Rodríguez et al., 2021); otro focaliza en la consejería telefónica y la intervención psicológica en crisis (Rojas Valero et al., 2002). Acero et. al (2020) analizan y proponen aspectos prácticos para la atención psicológica virtual a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación; mientras López Martínez (2020) llama la atención respecto del ciber-suicidio, con referencia a la acción de quitarse la vida motivado por la influencia, entre otras variables, de páginas pro-suicida, foros y salas de chat en Internet. Entre los trabajos de orden sociológico y político-institucional que abordan el suicidio juvenil en el contexto argentino como fenómeno de naturaleza multifactorial, se destacan las investigaciones recientes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019), Scialabba (2019) y Barrón (2015), mientras las de López Steinmetz (2013) los hacen en sintonía con determinantes sociales y epidemiología.

La Organización Mundial de la Salud (2010) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida. El intento de suicidio, por su parte, es toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, sin llegar a la muerte. Por lo tanto, las conductas suicidas abarcan desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la consumación del acto (con o sin éxito). Más recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (2014) definió el comportamiento suicida como un fenómeno complejo que se ve afectado por varios factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales. La Argentina suscribió a la consideración del suicidio como problema de salud pública, adoptando la tónica de los organismos internacionales a través de la Ley 27.130/2015 (Scialabba, 2019). Se mantiene una interpretación epidemiológica predominante, lo que implica una mirada anclada en factores de riesgo, desencadenantes y protectores, como en las clásicas distinciones entre los niveles de atención sanitaria.

En ese contexto, a partir de los datos analizados, se sostiene necesario resignificar las acciones sociosanitarias limitadas a la prevención. La asistencia on-line que se inicia mediante mensajes escritos recepcionados por personal profesional rentado ya implica una atención orientada y fundada, y requiere respuestas acordes a demandas por lo general inespecíficas, pero no por ello menos significativas en la vida de las personas y sus entornos familiares y comunitarios.

El suicidio juvenil en la Argentina

En la Argentina, el suicidio juvenil muestra una tendencia creciente verificada en las tasas que surgen de los últimos datos estadísticos disponibles. Asimismo, según cifras globales, los intentos fallidos son -justamente- entre 20 y 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados (Fernández et al., 2017). Los resultados en estudios locales (López Steinmetz, 2010) coinciden con estudios realizados en otros países donde aparecen la auto-intoxicación con medicamentos y la auto-lesión mediante objeto cortante como los métodos más frecuentes en intentos suicidas. El Ministerio de Salud de la Nación sostiene que “entre el 1 y el 2% de los que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10 al 20 % lo realizarán en el resto de sus vidas”.¹ Por su parte, en un reciente estudio publicado por Unicef para la Argentina (2019), se destacan algunos factores preponderantes identificados para la conducta suicida en nuestros adolescentes, tales como: a) la ausencia o debilidad de otras personas significativas o instituciones que cumplan el rol de apoyos afectivos/instrumentales; b) las dificultades al atravesar las pruebas estatuidas socialmente en la transición de la adolescencia a la juventud/adulthood; c) la rigidez normativa como dificultad para flexibilizar las normas interiorizadas; y d) el padecimiento mental no atendido.

Desde 2015, Argentina cuenta con la Ley N° 27.130 o Ley Nacional de Prevención del Suicidio² (aún no reglamentada), que declara de interés nacional la atención con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención. Se propone abordar la problemática del suicidio en forma coordinada, interdisciplinaria e interinstitucional a través del desarrollo de: a) acciones y estrategias para lograr la sensibilización de la población; b) servicios asistenciales, de tratamiento y rehabilitación para personas que hayan realizado intentos de suicidio y sus familias, y su reinserción social a su comunidad de pertenencia; y c) la promoción y/o creación de redes de apoyo de la sociedad civil. La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de la Nación, quien debe coordinar su accionar con las jurisdicciones provinciales y organismos competentes a fin de desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica y establecer protocolos comunes de acción. Con anterioridad la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657,³ sancionada en 2010 y reglamentada en 2013 es un marco de referencia clave en el tema.

En materia de políticas públicas un primer antecedente lo constituye el protocolo de Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidios en Adolescentes, de alcance nacional, publicado en mayo de 2011. El mismo considera el intento de suicidio como una vulneración o amenaza grave de los derechos del niño, niña o el adolescente y establece el deber de los profesionales de la salud de comunicar el hecho (no denunciar) a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local, a fin de poder solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes. Asimismo, incluye el consentimiento informado del adolescente, como un protocolo para la comunicación con otras personas, incluso los padres, tanto para evaluar la situación y el riesgo, como para definir la estrategia terapéutica. Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 (PNSM), aprobado por Resolución Ministerial 2.177/2013, prevé la capacitación continua en el tema de suicidio de profesionales y trabajadores de salud mental, además de otros actores sociales relevantes, incluido el personal de las fuerzas de seguridad, e impulsó la creación y/o fortalecimiento de áreas de Epidemiología en Salud Mental y Adicciones en las provincias.

Otra política también de alcance nacional y carácter preventivo es el Programa Hablemos de Todo,⁴ el que constituye nuestra referencia empírica. Accesible a través de la página web del Pro-

¹ <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/401-informacion-relacionada-con-suicidios>

² <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=245618>

³ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

⁴ Con la misma denominación y modalidad se ejecuta también en Chile. “Hablemos de Todo” es un programa impulsado por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) de Chile y cuyo objetivo es informar sobre autocuidado y bienestar a las y los jóvenes, a través de la entrega de información libre de estigmatización sobre temáticas asociadas

grama, constituye un espacio de consultoría on-line a cargo de un equipo interdisciplinario, que informa y responde consultas de los/as jóvenes. La plataforma digital está acompañada de una sostenida intervención en las redes sociales (@Hablemosdetodok) a través de las cuales el Programa difunde información, y recibe preguntas, reclamos y sugerencias. Constituye un ejemplo del avance de las tecnologías de la información en la prevención del suicidio mediante la utilización de las llamadas tecnologías disruptivas, como la inteligencia artificial, el *machine-learning* (aprendizaje automático) y el análisis *big data*. Al respecto, Harari (2016) señala que “hoy en día, el algoritmo de Facebook es un mejor juez de las personalidades y disposiciones humanas que los amigos, las parejas o los padres de las personas; con más de 300 likes (me gusta) en una cuenta de Facebook, el algoritmo puede predecir las opiniones y deseos del usuario mejor que sus amigos y familiares más cercanos” (Harari, 2016: 396-397). El autor reconoce la posibilidad que, a futuro, los individuos y las agencias tomen decisiones basadas en datos, y ello mejore nuestras vidas. Otros estudios analizan las posibilidades del *machine-learning*, del análisis de la información que se puede recabar de las redes sociales, como del *big data*, para una identificación temprana de jóvenes con alto riesgo de ideación o intento de suicidio (Jung et al., 2019). También permitirían generar modelos predictivos de ideación suicida (Won et al., 2013) como identificar lugares con alta prevalencia de suicidio, en orden a focalizar acciones de posvención así como conectar a las personas con su comunidad (Cheung et al., 2013).

Los estudios relevados coinciden en señalar algunos requerimientos necesarios para la implementación de los programas preventivos como asistenciales: la capacitación continua de los recursos humanos de diferentes instituciones, no sólo de los servicios de salud, sino incluyendo además escuelas, servicios de protección, fuerzas de seguridad, organizaciones comunitarias, etc.; junto a la construcción de redes articuladas. Un aspecto puntual como el procedimiento de registro de intentos y muertes requiere de tal coordinación, como del acuerdo de criterios entre los diversos actores intervinientes para garantizar la calidad del dato, condición necesaria para alcanzar un diagnóstico apropiado.

Coordenadas conceptuales

Suicidio juvenil y creencias

La perspectiva predominante arraiga en la epidemiología de los trastornos mentales, dentro de la cual se ubica al suicidio. Desde ella se establecen criterios para conocer la distribución y frecuencia en que se encuentran esos trastornos en la sociedad, con el objeto de valorar tanto el costo social como los factores de riesgo y protectores que puedan informar a los programas de prevención (Arboleda-Flórez, 2006). “Los factores de riesgo se clasifican en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos” (Barrón, 2015: 85). La conducta suicida se analiza a partir de dos dimensiones interrelacionadas: a) los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, personalidad *border-line*, impulsividad, etc.); y b) los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda, acontecimientos vitales adversos, etc.). La vinculación de varios de estos predisponentes explicaría el riesgo de suicidio (Barrón, 2015).

Por su parte, la mirada clínica explica el carácter sanitario de las intervenciones planificadas las que derivan del diagnóstico médico (factores de riesgo, enfermedad y muerte). Asimismo, incluye una creencia sostenida en que el suicidio se puede prevenir. Aparece como casi inexplicable pero prevenible. Efectivamente, ya desde las primeras descripciones científicas de la conducta suicida se observó que hasta cierto punto se podía predecir (García de Jalón & Peralta, 2002). Esta posibilidad de predecir, y, por ende, de prevenir, se sostiene en la identificación de los factores de riesgo que permite evaluar tanto el riesgo autolítico de un individuo como las posibilidades de ac-

a las conductas de autocuidado, iniciativas públicas disponibles, marcos normativos vigentes y derechos (<https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl>)

ción de la comunidad, y explica el rasgo preventivo de la mayoría de las acciones. Sin embargo, la controversia está presente. Algunos trabajos cuestionan la utilidad explicativa de los factores de riesgo para el caso del suicidio pues uno de los factores en el proceso de suicidio es “la contingencia de un encuentro” (López Steinmetz, 2010). La consideración final empuja, de esta manera, a señalar que aún no hay cómo prevenir las contingencias de los encuentros. Asimismo, se plantea que no existe ningún estudio prospectivo randomizado que permita proponer una conducta pertinente y coherente, fácilmente realizable en la práctica y eficaz para prevenir un acto suicida (Stagnaro, 2006).

Otros trabajos profundizan en el sentido que tiene el suicidio en diferentes contextos y circunstancias, como en una búsqueda de modos alternativos de intervención. Desde la psiquiatría, la psicología como la filosofía, se argumenta en la necesidad de comprender el sentido que tiene el acto de suicidio para la persona y su entorno (Barrón & Krmpotic, 2016). El horizonte de las creencias ofrece un alcance interpretativo mayor, pues remite a modalidades cognitivas de organización de las experiencias, y además incluye los posicionamientos respecto a un estado de cosas cuyo valor de verdad se sostiene a partir de una adhesión personal o interpersonal, más allá de la evidencia. También amplía el significado de la prevención, pues deja de circunscribirse al componente educativo dirigido al público en general como a los profesionales de la salud, para incluir el tratamiento de las enfermedades mentales, la restricción de los medios disponibles para suicidarse, unas relaciones sociales ricas, el apoyo social, una relación estable de pareja o grupo sea o no de convivencia, así como el reconocimiento de las creencias y las prácticas religiosas o espirituales.

Trauma social

Sufrimiento y trauma social pueden ser conceptos vigorosos para sustituir el uso indiscriminado del riesgo de un modo individualizante y, muchas veces, de aplicación determinista, estática y unidireccional. Si coincidimos en que el suicidio es un problema sociosanitario, podremos superar la opacidad de los factores sociodemográficos en la interpretación epidemiológica. Así, el sexo, la edad, el origen étnico, el estado civil y el nivel socioeconómico, si bien actúan agravando el riesgo y constituyen desencadenantes, están corporizados en sujetos que han experimentado de manera particular sus trayectorias vitales, las que luego se identifican como rasgos clínicos, genético/neurobiológicos y sociodemográficos.

El trauma social opera como un constructo de las experiencias dolorosas, y remite a un estado psicológico especial, una herida psíquica colectiva, originada por un evento agobiante e inesperado o una secuencia temporal de eventos dolorosos parciales de menor envergadura que opera sobre el psiquismo de individuos y grupos sociales, excediendo los recursos disponibles para enfrentarlos (Blanco & Díaz, 2004; Madariaga, 2002; Ortega Martínez, 2011). El concepto presenta tres dimensiones: i) el acontecimiento(s) violento que se caracteriza por su intensidad y la incapacidad de responder a él adecuadamente; ii) la herida o el daño sufrido; iii) las consecuencias a mediano y largo plazo que afectan al sistema familiar y comunitario, aun cuando hubiese concluido el evento violento que ocasionó el trauma. Hacking (1998) refiere por trauma social a un daño psíquico, a una herida imposible de localizar en el cuerpo, pero que afectaría a la persona duraderamente, aun cuando hubiese concluido la ocasión que lo generó. Dicho daño puede provenir de situaciones traumáticas de índole individual como de aquellas que involucran a la comunidad. Según Valent (2012):

“es un estado de alteración causado por factores estresantes lo suficientemente graves como para amenazar la vida o hacer creer que está a punto de morir. El trauma puede dividir y fragmentar la mente en varios patrones de supervivencia biopsicosocial, que incluyen diversas ponderaciones de conciencia e inconsciencia. Las interrupciones pueden irradiarse a cualquiera o todos los niveles de las funciones humanas, desde lo anatómico y fisiológico hasta lo existencial y espiritual. Puede envolver a las personas y abarcar grupos y tiempos, incluso generaciones. El trauma siempre deja una huella, e incluso si está cubierto por defensas adicionales, permanece un grado de funcionamiento, sensibilidad y vulnerabilidad comprometidas” (Valent, 2012: 678).

Erikson (1974) incorpora en la noción un ethos que remite a una condición grupal, diferente a la suma de las heridas personales que lo constituyen. Se trataría de experiencias que modifican a la comunidad o grupo afectado, su estado de ánimo y temperamento prevaleciente, interfieren en su imaginario y su sentido del ser, hasta en la forma en la que sus miembros se relacionan los unos con los otros y comparten su perspectiva del mundo.

El concepto de trauma permite historizar los eventos del presente, y el devenir e intensidad de sus emergentes pueden explicarse desde las huellas del pasado y las proyecciones de futuro mediante el proyecto vital. Sus efectos individuales tienen implicaciones sistémicas. A su vez, la cultura modela la forma en que el individuo, la familia y los sistemas más amplios afrontan y se adaptan a las consecuencias del trauma. Es decir que, cualquier trastorno que se ha experimentado -presente o pasado- se sitúa no solo en un contexto interpersonal, sino además social, económico y político que debe incluirse en la interpretación del problema de quien se asiste.

Consecuentemente, una intervención informada por el trauma interpretará qué sujetos y grupos traumatizados pueden sentir una profunda sensación de vulnerabilidad, deshumanización y traición en sus interacciones, así como desequilibrio cognitivo y emocional, lo que requiere de otra comprensión y cuidados. Los profesionales reconocerán la magnitud de la vulnerabilidad de sus asistidos y entornos significativos, como las reacciones emocionalmente abrumadoras cuando se ven indagados y obligados a compartir recuerdos de sus experiencias. Estudios que trabajan con sobrevivientes a intentos de suicidio señalan que es frecuente que éstos expresen más que un deseo real de morir, un deseo de cambiar de vida que se espera tras la muerte, como un descanso o un estado “nirvánico”, lo que significa que lo que se pretende es modificar la situación y no la autodestrucción (Polaino-Lorente & De las Heras, 1990). Atravesando la memoria familiar y comunitaria, los intentos suicidas se inscriben en el ámbito de las significatividades compartidas, por lo que no atañe sólo al protagonista sino a la red de interacciones de la que forma parte, no sólo en razón de su causalidad, sino fundamentalmente del sufrimiento. Pues, “una historia del suicidio no es más que una historia del dolor, o, mejor dicho, una historia social del dolor” (Andrés, 2003: 312).

Proyecto vital

La noción de proyecto vital anuda juventud y decepción. Aunque difusa en sus contornos, incluye la idea de decisiones sobre el futuro vinculadas al logro del estatus adulto y también a la cristalización de un cierto sentido de trascendencia y propósito para la vida. En este sentido, la juventud se configura como una etapa de tensión entre la socialización y el cumplimiento de las funciones sociales que se esperan de los jóvenes, y la individualización. Con las restricciones que presentan los indicadores sociales actuales en el país, la individualización implica un proceso que el joven transita con un debilitamiento de las redes sociales, recursos e instituciones de apoyo (Barrón, 2018). Construye su identidad y rol de agencia confiando en sus propias capacidades para satisfacer sus necesidades y orientación vital. Insume un componente biográfico/temporal que hace referencia a su trayectoria personal y la sucesión de acontecimientos significativos, y otro componente relacional/espacial, que hace referencia a su inserción, pertenencia y participación en diversos escenarios sociales. En el plano relacional, “el proceso de configuración de la identidad está atravesado por una tensión entre la identificación y la diferenciación, entre la pertenencia y la singularidad” (Molpeceres Pastor, 2004: 198).

Esta individualización se desarrolla desde desiguales capacidades y preparación de los sujetos. Coté & Levine (2002) destacan que puede ser “débil” cuando la selección de opciones de identidad no avanza más allá de las opciones disponibles, o la libertad de elección es casi igual a 0, como en el caso de privaciones materiales y afectivas extremas. Un menor esfuerzo colocado en la búsqueda de otras opciones, el conformismo, la falta de sacrificios en pos de un futuro que imagina, pueden implicar dificultades para la adquisición de una identidad adulta. Por su parte, una individualización “evolutiva” representa una búsqueda consciente y deliberada de oportuni-

dades de crecimiento, superación de barreras y dificultades, más allá del grado de eficacia alcanzada, lo que implica mayor consistencia y fortalecimiento de la auto percepción y potencialidades. Estos sujetos pueden aprovechar mejor los recursos disponibles en las áreas intelectuales, ocupacionales y psicosociales. Seleccionan sus opciones vitales a través de una intensiva exploración de alternativas, y bosquejan metas realistas de acuerdo con su contexto sociocultural, advirtiendo las restricciones estructurales y culturales, como, por ejemplo, las que impone el mercado laboral.

Cuando anudamos las condiciones de posibilidad del proyecto vital a la decepción, enfrentamos al menos dos derivaciones: una acepción más ligada a la desilusión que supone desencantamiento frente a los actos y hechos, y a una decepción, la que alude a experiencias impregnadas de un grado de afección o sufrimiento. Dicha afección puede ser respecto a uno mismo, respecto a pares, o respecto a rasgos más generales de la existencia humana (Iribarne, 2004). Percepción de engaño que acompaña al joven en la construcción de proyectos vitales en la conciencia del presente y del futuro.

En síntesis, el proyecto vital alude a las significatividades intrínsecas como impuestas que nos hacen dueño de nuestro destino, aun en las contingencias y frente a aquello que pueda estar fuera de nuestro dominio (Schütz, 1974). No sólo es construir esperanza, sino también las luchas para no caer, el resistir. La demanda de proyectar la vida se encuentra en la actualidad con las contradicciones de la desigualdad. Los sistemas de creencias son -en esta realidad juvenil- pivotes esenciales en dicha elaboración.

Metodología

El referente empírico de nuestra exploración es el programa Hablemos de Todo⁵ que se ofrece desde el Instituto Nacional de Juventudes (INJUVE). Está dirigido a adolescentes y jóvenes y aborda una variedad de temas: sexualidades, métodos anticonceptivos, diversidad, relaciones sin violencias, trastornos de la conducta alimentaria, consumos problemáticos, violencia en las escuelas (bullying), acoso laboral (mobbing) y acoso sexual virtual (grooming) y prevención del suicidio. Desde su página web, se ofrece información que jóvenes y adolescentes pueden chequear online sobre los distintos temas que puedan interesarles, y en cada caso, cuentan con la posibilidad de comenzar un diálogo por chat en forma inmediata. Este servicio realizado por profesionales rentados, en su mayoría psicólogos, es el que recibe consultas en forma directa de jóvenes con ideación suicida como también consultas institucionales gubernamentales y no-gubernamentales. El ingreso al sistema es anónimo y confidencial, y los datos sólo pueden recopilarse una vez que se logra el consentimiento de quien llama. De la escucha atenta y especializada, en los casos donde se detecta una ideación suicida clara, y se alcanza a identificar a la persona y su ubicación geográfica, los operadores del Programa derivan a la persona a un centro de atención para la salud o a la línea 135 del Centro de Atención al Suicida.⁶

En el contexto de una capacitación en servicio, y dadas nuestras investigaciones previas, fuimos invitadas como capacitadoras a través de la Lic. Natalia Nasep, integrante del equipo técnico del programa “Hablemos de todo” del Instituto Nacional de la Juventud. El tema disparador solicitado del encuentro⁷ fue “Epidemiología del Suicidio Juvenil en Argentina”. Luego de una intensa actividad que puso en evidencia la necesidad de espacios grupales de análisis, se reflexionó

⁵ <https://www.hablemosdetodo.gob.ar/>

⁶ Desde su fundación en 1967 el Centro de Asistencia al Suicida mantiene una línea telefónica de asistencia a personas en crisis gratuita, anónima y confidencial. El tipo de asistencia que brinda desde la línea no debe confundirse con una intervención profesional. Se trata de un acompañamiento de tipo humanitario, donde el consultante se sienta escuchado desde un ambiente amable en el que no será juzgado ni cuestionado por sus decisiones pasadas. Se le brindará contención emocional desde una actitud empática, de comprensión y respeto por su situación actual y por sus sentimientos al respecto, pero orientada a la búsqueda de alternativas realistas basadas en sus recursos y sus fortalezas.

⁷ Realizado el 26-06-2019 en la sede, sito en Delfín Huergo 131, C.A.B.A.

más allá de la mirada epidemiológica, y como resultado de dicho intercambio, se accedió a los registros de contactos al chat del programa Hablemos de Todo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre enero y julio de 2019, asegurando a las autoridades competentes su uso confidencial y con fines exclusivamente investigativos.

Desde una perspectiva interpretativa y alcance exploratorio, se sistematizan las características del universo de 477 personas que acudieron al servicio de asistencia on-line durante ese período. Estas se restringen a la información recabada en los campos del formulario utilizado como base de datos, y están acotadas al: género del consultante, fecha y hora de la consulta, temática (distinguiendo entre las diversas problemáticas que asiste el programa), observaciones (campo abierto a la modalidad de registro del operador receptor de la consulta), si hubo o no derivación, y en caso afirmativo, la identificación de la institución cuando correspondiese.

Cabe señalar que, a partir de los datos obtenidos, el análisis presenta limitaciones. Habilitan una descripción general y somera -dada la complejidad del problema- en virtud del tipo de registro; remite a consultantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires lo que impide realizar consideraciones de carácter nacional; y presentan una coyuntura, aún no atravesada por la pandemia del COVID-19. No obstante, resulta un punto de partida para este tipo de estudios, incentiva la reflexión de los operadores, instituciones y programas involucrados, y es de interés para dar a conocer esta realidad social e institucional y generar así mayor implicancia social. Conforman también un recurso heurístico basado en las experiencias, que nos permiten problematizar la intervención desde las coordenadas conceptuales propuestas.

Resultados

Al analizar los datos de las consultas recibidas que se vinculan con la temática del suicidio, se observa una mayoría de género femenino (47,8%) seguido por un 38,78% que no especifica género y un 12,58% de género masculino (Cuadro 1). Este dato llama la atención en tanto la mayoría de quienes se suicidan son de género masculino. En el año 2019, la población masculina sobresalió en cuanto al aporte anual de defunciones por suicidio en los menores de 29 años. Se presentaron cuatro defunciones de hombres jóvenes por cada defunción de una mujer joven por suicidio.

Género	Frecuencia	%
Femenino	228	47
Masculino	60	12,58
No especifica	185	38,78
Otro	2	0,42
No contesta	2	0,42
Total	477	100

Cuadro 1. Caracterización de las consultas por género

Fuente: Elaboración propia

Una interpretación habitual es pensar que las mujeres son quienes logran tomar la iniciativa para pedir ayuda o hacer consultas. Esta misma tendencia se observa en quienes piden asesoramiento por algún caso de amigos con intentos suicidas. Salvo un caso, son mujeres las que realizan la consulta. Nos encontramos frente al mismo desafío que plantea Ruiz Ramos en su estudio: “Habrá que explicar, por un lado, por qué aumenta la mortalidad en los varones jóvenes y, por otro, por qué en el caso de las mujeres no desciende como ocurre con el resto de los grupos de edad” (Ruiz Ramos et al., 1997: 146). Podría pensarse que la construcción social de la masculinidad deja a los varones expuestos a un mayor riesgo de morir por causas vinculadas a la violencia.

Los estudios sobre masculinidades han planteado que las formas de ser hombre son producciones culturales derivadas de complejas pedagogías sociales que, “a partir de una lectura de los genitales, transforman los cuerpos anatómicamente machos en hombres culturalmente masculinos” (Rivas Sánchez, 2005: 32). El ejercicio de la violencia y el poder protagonizado por los hombres se ubica como derivación de los procesos de construcción de la identidad masculina que, si bien adopta formas diversas, tiene ciertas características comunes que distinguen que los varones deben separarse violentamente del universo de la madre y aquello que representa lo femenino, esperando se sometan a una serie de pruebas de demostración pública de virilidad y progresivamente hacia una personalidad rígida, poderosa y violenta.

Por su parte, el servicio brindado por quien atiende la consulta se orienta a realizar derivaciones en un 35,22% de los casos. En un 53,89% no se realizó derivación. De acuerdo con el detalle, hay dos personas que abandonan el chat (Cuadro 2).

Asistencia telefónica con derivación a un servicio especializado	Frecuencia	%
Sí	168	35,22
No	257	53,89
Sin datos	44	9,22
No corresponde	8	1,67
Total	477	100

Cuadro 2. Caracterización de la asistencia seguida de derivación a servicio especializado

Fuente: Elaboración propia

Un dato que llama la atención es que el 95,81% de quienes se comunican no está en tratamiento con especialistas y el 63,25% de ellos no recibe derivación a un servicio especializado (Cuadro 3).

Consultantes en tratamiento con especialistas	Frecuencia	%
Sí	20	4,19
No	457	95,81
Total	477	100

Cuadro 3. Antecedentes de tratamiento psicosocial de los consultantes

Fuente: Elaboración propia

En este punto algunos estudios refieren a una asistencia en términos de una “clínica del desamparo”, enfatizando una mirada más integral de la salud mental del joven en sus diferentes espacios de realización. Observan que en los procesos de ideación es frecuente encontrarse con jóvenes que provienen de un núcleo primario “disfuncional, desintegrado, con padres negligentes o ausentes, incapaces de amparar el normal desarrollo del psiquismo. Cuando se parte de ese mar-

co social, ... es necesario establecer dispositivos asistenciales adecuados para esta población, y trabajar en prevención” (Rodríguez Garín et al., 2006: 440). El desamparo debería ser atendido con acciones de protección en las diferentes esferas de lo social en las que los jóvenes están presentes. Se puede atender la unión familiar como medida preventiva, aumentar la calidad de atención a los jóvenes, en áreas de salud, escolar, laboral y familiar (Villagómez Bedolla et al., 2005).

En cuanto a las demandas expresadas y registradas por los operadores, la ideación o pensamientos suicidas es el principal motivo (54,89%), seguido por un 7,11% de casos donde el pedido radica en asistir a terceros con ideas suicidas. Otras demandas se relacionan con factores de riesgo de suicidio y así son comunicados en la consulta. En menor medida concurren aquellas relacionadas con problemas económicos, bullying, abuso o adicciones entre otras manifestaciones (Cuadro 4).

Demanda	Frecuencia	%
Ideación, pensamientos suicidas	253	54,89
Pedidos de orientación para asistir a terceros que manifiestan ideas suicidas	34	7,11
Autolesiones	27	5,4
Depresión	26	5,2
Deseo de morir	24	5
Angustia	24	5
Soledad	12	2,4
Intento de suicidio anterior	11	2,2
No quiere vivir más, quiere desaparecer	9	1,6
Problemas familiares	9	1,6
No encuentra sentido a la vida	8	1,4
Ansiedad	6	1,2
Duelo	6	1,2
Solicitud de plaza en servicio de Asistencia y tratamiento	5	1
Violencia	4	0,8
Enfermedad	4	0,8
Problemas económicos	3	0,6
Odio por sí mismo	3	0,6
Bullying	3	0,6
Abuso	3	0,6
Ataques de pánico	2	0,4
Adicciones	1	0,2
Embarazo	1	0,2
Total	478	100

Cuadro 4. Caracterización de la demanda según categorías emergentes

Fuente: Elaboración propia

Discusión

El perfil de los consultantes es acotado al tipo de registro realizado por el Programa, el que depende de la formación, capacidad y orientación del operador. Los datos referidos a los antecedentes sociosanitarios y la derivación focalizada en algunas situaciones llaman la atención respecto de una intervención fragmentada, inespecífica dada su finalidad multiproblemática, sin posibilidades técnicas de dar seguimiento en la mayoría de los casos. Asimismo, las posibilidades concretas de coordinación institucional e interjurisdiccional chocan con la ausencia de plazas de atención en servicios locales especializados, no sólo hospitalarios.

Aun cuando existiere un nivel de análisis de datos no accesible, la estrategia del Programa brinda escasos elementos para avanzar en la construcción de: a) un sistema de vigilancia epidemiológica que reúna y analice la información de fuentes variadas, opere con enfoques multidisciplinarios para entender esta especificidad del proceso salud-enfermedad propia de la población joven, y permita mediciones que sean sustento empírico para la toma de decisiones; y b) una red operativa de recursos con anclaje local en los espacios de vida de los jóvenes.

Sin duda, la posibilidad de escucha y la expectativa de recibir ayuda son fundamentales en momentos de crisis, lo que obliga a evaluar los métodos y en particular el uso de las tecnologías de la información en la atención del suicidio. Al respecto, se ha argumentado sobre el uso limitado dado al concepto de prevención: éste no puede restringirse a la identificación de factores de riesgo como tampoco al componente educativo dirigido a la dupla médico-paciente de los servicios sanitarios. La problemática requiere una asistencia especializada y clínica -que incluya actividades preventivas- en lugar de una prevención genérica. Asimismo, concebirla como 'línea de crisis' no se limita a personas que son suicidas. Si la gente acude cuando sufre estrés emocional -lo que puede manifestarse de diversas formas (entre otras la ideación suicida)- entonces la respuesta será de asistencia especializada en algunos casos, y efectivamente de alarma temprana en otros, en el sentido estrictamente preventivo. Dicha amplitud requiere de una capacitación específica y entrenamiento acorde en quienes reciben las consultas. Por lo tanto, los avances en su problematización y mejora de los registros y servicios deben reflejarse en acciones no solo de prevención, sino especialmente en los servicios de asistencia y posvención.

La atención a los sobrevivientes de un suicidio -familiares, amigos, convivientes, personas cercanas a quien se suicidó- no se ha logrado a través del servicio analizado. Sin embargo, es una población que a partir de un suicidio consumado pasa a estar en riesgo, tanto por la posible ocurrencia del efecto imitación como por la posibilidad de no elaborar el duelo y dar lugar a procesos depresivos que tengan como desenlace nuevos suicidios. Tampoco resulta objeto de atención especial la cuestión del modelo vigente de masculinidad en dicha recepción on-line. Efectivamente, estos servicios apenas reciben solicitudes de jóvenes varones, en tanto el apego a formas de comportamiento que no habilitan la búsqueda de ayuda ni la posibilidad de mostrarse vulnerables o débiles.

Por su parte, los datos pueden enriquecerse a partir de las coordenadas conceptuales que se han desarrollado, al reunir las creencias sobre el suicidio y las nociones de trauma social y proyecto vital. Tales conceptos permiten ampliar la mirada sobre los/as jóvenes protagonistas para introducir un alcance comunitario y familiar que opere sobre el presente, en una línea de tiempo entre el pasado y el futuro, entendiendo que debe trabajarse sobre el acontecimiento, pero además sobre sus antecedentes como efectos, heridas físicas o psíquicas y sobre el impacto en los grupos de proximidad. Asimismo, juventud y decepción son expresión de encuentros y desencuentros entre expectativas/aspiraciones y logros/privaciones, y obligan a la reflexión sobre lo inevitable y prevenible. Esas discrepancias y disonancias son inevitables, forman parte de nuestras experiencias cotidianas, y en algunas circunstancias y efectos sobrepasan umbrales aceptables de malestar.

En lo que respecta a las creencias, los estudios epidemiológicos revelan una contribución importante, constituyen una advertencia para los profesionales de la salud, pero afianzan diagnósticos que no necesariamente resultan en intervenciones concretas. Se perciben las debilidades de

los factores de riesgo como elemento para la predicción pues en la medida que tales condiciones son permanentes y estructurales dejan de ser contingentes, y forman parte del estilo de vida de poblaciones y hogares. Si no se puede operar sobre ellos no tiene sentido seguir considerándolos factores de cambio. Incluso, el sexo y la edad -siempre presentes en las argumentaciones- no son factibles de ser modificadas, por lo tanto, no aportan al diseño de soluciones salvo como aspectos de la realidad sobre la que se irá a intervenir. Ocurre similar controversia con la distinción entre exógeno y endógeno, pues para el caso, vemos que la principal característica de los riesgos para la salud juvenil es la primacía de riesgos exógenos. Asimismo, notamos la necesidad de poner en controversia la creencia sostenida en la prevención del suicidio y su alcance efectivo, en favor de la necesidad de comprender el sentido que tiene el acto de suicidio para la persona y su entorno. Ello no implica desconocer la presencia de factores sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos, mas evaluarlos desde una perspectiva relacional.

Conclusiones

La problemática del suicidio juvenil exige respuestas institucionales que la aborden desde sus múltiples dimensiones, y en los contextos de vida de los/as jóvenes y sus grupos de convivencia. Si bien los avances legislativos y programáticos son importantes, se ha procurado enriquecer la comprensión de la temática a fin de superar un tipo de programas sectoriales convencionales. El sistema de salud debería cuidar de manera integral a los jóvenes, porque se estima que la mitad de los jóvenes que se suicidaron han hecho intentos previos.

El servicio de asistencia on-line vía chat analizado, permite reconocer que la interpretación del intento de suicidio o el relato en torno a la ideación, debe ser tomado como un pedido de ayuda, de reconocimiento y escucha, bajo la amenaza de muerte latente. En este sentido, el servicio brindado por los operadores del programa adquiere un valor simbólico importante para los/as jóvenes que pueden encontrar alguien dispuesto a escucharlos. Por su parte, esta demanda de escucha también resulta angustiante para los propios profesionales, quienes requieren de espacios de supervisión y orientación para el afrontamiento de las intervenciones. Así quien escucha tenga respuestas apropiadas para dar.

En síntesis, esta exploración puede contribuir -aun con sus limitaciones- a explicar la naturaleza del suicidio juvenil, y en especial a reconocer cómo sabemos lo que sabemos al respecto. En cualquier caso, son señalamientos que, para la Argentina, sus ciudadanos, comunidades e instituciones y decisores constituyen retos urgentes.

Bibliografía

- Acero, Paulo D.; Cabas, Kattia; Caycedo, Claudia; Figueroa, Pablo; Patrick, Gordon & Martínez Rudas, Milena (2020) *Telepsicología. Sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. Colombia: Asociación Colombiana de Facultades de Psicología.
- Andrés, Ramón (2003) *Historia del suicidio en occidente*. Barcelona: Península.
- Arboleda-Flórez, Julio (2006) "Epidemiología de los Trastornos Mentales". En Manuel Suárez Richard (ed.) *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.
- Barrón, Elsa V. & Krmpotic, Claudia S. (2016) "La prevención del suicidio juvenil. Entre la enunciación y la acción". *Katálysis*, 19(1): 43-52.
- Barrón, Elsa V. (2015) "Creencias en torno al suicidio juvenil. Intersecciones argumentativas entre religión y abordaje científico". Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias Sociales. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Barrón, Elsa V. (2018) *Creencias y modos de abordaje en torno del suicidio juvenil*. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de La Matanza.
- Blanco, Amalio & Díaz, Darío (2004) "Bienestar Social y Trauma psicosocial: una visión alter-

- nativa al trastorno de estrés postraumático”. *Clínica y Salud. Investigación Empírica en Psicología*, 15(3): 227-252.
- Cheung Yee Tak Derek; Spittal, Matthew J.; Williamson, Michelle Kate; Tung, Sui Jay & Jane Pirkis (2013) “Application of Scan Statistics to Detect Suicide Clusters in Australia”. *PLoS ONE* 8(1): e54168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054168> [consulta: Febrero 5, 2021]
- Coté, James & Levine, Charles (2002) *Identity, Formation, Agency, and Culture: A Social Psychological Synthesis*. Psychology Press.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2021) *Estadísticas vitales. Información Básica Argentina – Año 2019*. Ministerio de Salud, Secretaría de Acceso a la Salud. Serie 5 N° 63. Buenos Aires.
- Erikson, Erik (1974) *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Fernández, Juan José; Basile, Héctor & Pérez Barrero, Sergio (2017) *Suicidio infanto-juvenil*. Buenos Aires: Ed. Salerno.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019) *El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF.
- García de Jalón, Elena & Peralta, Víctor (2002) “Suicidio y riesgo de suicidio”. *ANALES Sis San Navarra*, Vol. 25, Suplemento 387.
- Hacking, Ian (1998) *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton University Press. Princeton: New Jersey.
- Harari, Yuval Noalh (2016) *Homo Deus*. London: Penguin Random House.
- Iribarne, Julia (2004) “On deception. A phenomenological approach”. *Outis*, 2: 3-12.
- Jung, Jun Su; Park, Sung Jin; Kim, Eun Young; Na, Kyoung-Sae; Kim, Young Jae & Kim, Kwang Gi (2019) “Prediction models for high risk of suicide in Korean adolescents using machine learning techniques”. *PLoS One*. Jun 6; 14(6): e0217639. Doi: 10.1371/journal.pone.0217639. [consulta: Febrero 19, 2021]
- López Martínez, Luis F. (2020) “Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet”. *Norte de Salud Mental*, 17(63): 25-36.
- López Steinmetz, Lorena C. (2013) “Invisibilidad de los riesgos e inequidad social. Un análisis psicológico en casos de intento de suicidio (Jujuy, 2007-2008)”. En Claudia S. Krmpotic, Myriam R. Mitjavila & Maria M. Saizar (Eds.), *(Sub)Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- López Steinmetz, Lorena C. (2010) “Aproximación al factor de riesgo del proceso de suicidio. Estudio bianual en el servicio de guardia hospitalaria (Jujuy, Argentina 2007-2008)”. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56 (1): 22-28.
- Madariaga, Carlos (2002) *Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura*. Santiago de Chile: Ediciones Cintras.
- Molpeceres Pastor, Mariangeles (Comp.) (2004) *Identidades y formación para el trabajo en los márgenes del sistema educativo: escenarios contradictorios en la garantía social*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo Cinterfor/OIT).
- Organización Mundial de la Salud (2010) *Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific*. OMS. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2014) *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS.
- Ortega Martínez, Francisco (2011) *Trauma, cultura e historia: reflexiones interdisciplinarias para el nuevo milenio*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales. Bogotá.
- Polaino-Lorente Aquilino & De Las Heras, Enrique J. (1990) “En torno al fracaso escolar como hipótesis justificatoria-explicativa del suicidio infantil”. *Revista Complutense de Educación*, I (2): 223-239.

- Rivas Sánchez, Héctor Eloy (2005) “¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora”. *Revista Estudios Sociales*, 13 (26): 28-65.
- Rodríguez Garín, Eduardo; Chieri, Patricia; Bula, Alejandra & Comas, Corina (2006) “Estudio epidemiológico sobre población adolescente internada en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas”. *Verte. Rev. Arg. de Psiquiat*, Vol. XVII: 440-445.
- Rojas Valero, Milton; Giraldo Waagner, Patricia & Montes Bravo, Carmen (2002) *Consejería telefónica, consejo psicológico e intervención en crisis. Fundamentos teórico- prácticos en casos de consumo de drogas, suicidio y disfunción familiar*. Lima: CEDRO. <http://repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/262> [consulta: Marzo 6, 2021]
- Ruiz Ramos, Miguel, Blanes Lloréns, Amand & Viciano Fernández, Francisco (1997) “La mortalidad en jóvenes y su impacto sobre la evolución de la esperanza de vida en Andalucía durante el periodo 1980-1992”. *Rev Esp Salud Pública*, 71(2): 139-148.
- Schütz, Alfred (1974) *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Scialabba, Santiago (2019) “Ni estallar, ni desvanecerse. Prevención del Suicidio Juvenil en Argentina”. Tesis para obtener el grado de Magister en Desarrollo Humano. Buenos Aires: FLACSO.
- Socha Rodríguez, María A.; Hernández-Rincón, Erwin H; Guzmán Sabogal, Yahira; Ayala Escudero, Alejandra & Moreno Gómez, María del Mar (2021) “Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria”. *Arch Med (Manizales)*: 21(1):150-164. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3781.2021> [consulta: Febrero 11, 2021]
- Stagnaro, Juan Carlos (2006) “Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida”. En Manuel Suarez Richard, *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.
- Valent, Paul (2012) “Trauma, Definitions of”. En Charles R. Figley (Ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oak: SAGE Publications. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452218595.n233> [consulta: Septiembre 11, 2019]
- Villagómez Bedolla, Rosa I., Balcázar Musacchio, Adriana & Paz Ramírez, Ramón (2005) “Suicidio en jóvenes”. *Rev Fac Med UNAM*, 48(2): 54-57.
- Won, Hong-Hee; Myung, Woojae; Song, Gil-Young; Lee, Won-Hee; Kim, Jong-Won; Carroll, Bernard & Kim, Doh Kwan (2013) “Predicting National Suicide Numbers with Social Media Data”. *PLoS ONE* 8(4): e61809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061809> [consulta: Febrero 12, 2021]

Fecha de Recepción: 28 de abril de 2021
Recibido con correcciones: 1° de junio de 2021
Fecha de Aceptación: 8 de junio de 2021