

Preprint



Pertenencia institucional

Resumen

Correspondencia

Palabras clave:

Abstract

ORCID

Key words:

Introducción

El presente documento relata la experiencia de implementación de la competencia en equipos combinado con el video colaborativo como dispositivo de atención para la prevención del suicidio adolescente, enmarcando sus fundamentos teóricos. La estrategia innovadora aborda la problemática multidimensionalmente de manera convocante y participativa. Su diseño hace uso de tecnologías de probado funcionamiento (talleres, investigación, acción, participación) para fortalecer factores protectores y prevenir factores de riesgo del suicidio adolescente.

El suicidio es un problema de salud pública por su relevancia epidemiológica, impacto, carácter de evitable y por su vinculación con las barreras al acceso al derecho a la salud. Desde el punto de vista epidemiológico, la mortalidad por suicidio se enmarca dentro de las denominadas causas externas (junto a siniestros viales, homicidios, y eventos de intención no determinada). Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) muestran que la tasa de suicidios ajustada por edad cada 100.000 habitantes a nivel mundial en 2019 fue de 9 (mujeres: 5,4; hombres: 12,6), mientras que en América fue de 14,2 y en Argentina de 8,1 (mujeres: 3,3; hombres: 13,5). A nivel global, el suicidio ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en personas de entre 15 y 19 años (OMS, 2021). Además, el 88% de los adolescentes que mueren por suicidio provienen de países con ingresos bajos y medianos. Según las estimaciones de salud mundial de la OMS, en 2019, la tasa de suicidio en adolescentes (15 a 19 años) en Argentina fue de 9,9 (mujeres: 6,6; hombres: 13,1).

Según la OMS (2022) la pandemia por COVID-19 ha provocado un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo, lo que determina un aumento de la demanda de los servicios de salud mental. En este contexto, se han desarrollado diversas estrategias de prevención del suicidio a lo largo del globo. Algunas de estas se han centrado en mejorar el acceso a los servicios de salud mental, otras en la creación de ambientes protectores, mientras que otras han optado por abordar los factores de riesgo del suicidio a través de la educación y la promoción de habilidades sociales y emocionales. Si bien hay evidencia de que estas estrategias son efectivas, también se ha reconocido la necesidad de innovación en el abordaje de este grave problema de salud pública.

El partido de Campana se encuentra adyacente a la autopista Buenos Aires – Rosario – Córdoba R.N. Nº 9, sobre la red troncal del Ferrocarril General Bartolomé Mitre, a 75 km. de la ciudad de Buenos Aires. La autopista panamericana la une con el centro y norte del país. Con un total de 108.115 habitantes al año 2022 (INDEC, 2023), su superficie es de 954.54 km². El 39,5% es “no insular” (377.00 km²) y el 60,5% restante corresponde al “sector insular” del delta del Paraná. Se asienta sobre el margen derecho del Río Paraná de las Palmas, vinculándose por esta vía con Buenos Aires, Rosario y todo el litoral argentino. El Puerto Campana se conforma por una serie de muelles y terminales independientes, situados en la margen derecha del río, aproximadamente en el kilómetro 67. Diversos terminales operan en el puerto, destacándose el terminal de Tenaris, el terminal AXXION y el Muelle de la Provincia, entre otros terminales. Esta situación la convierte en un importante polo industrial.

Las autoridades de salud locales nombraron al dispositivo Adolescencia Activa (AA), una política de salud mental local enmarcada como Dispositivo de Salud Pública para la prevención del suicidio adolescente. El material audiovisual destacado está disponible en <https://adolescenciaactiva.campana.gov.ar/>.

Marco teórico

Suicidio

Este documento enmarca el suicidio en las formas de violencia autoinfligida. El Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2021) considera a la problemática del suicidio como “uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo”. Este abordaje lo considera un fenómeno multicausal en el que interactúan factores del orden individual, familiar, social y comunitario. Esta multicausalidad determina la complejidad del fenómeno y, por lo tanto, la necesidad de abordarlo de manera integral, considerando todas las dimensiones y sus interrelaciones. Varias investigaciones y publicaciones (Bonner & Rich, 1987; iMościcki, 2001; MSAL, 2021) enumeran los factores de riesgo del suicidio: violencias y discriminación; contextos de vulneración social; acoso escolar; soledad; estrés; depresión; falta de apoyo familiar; consumo problemático de sustancias; falta de detección temprana y acción oportuna; falta de capacitación en factores de riesgo; restricciones en el acceso a la

salud y/o educación; escasos espacios amigables de salud para adolescentes vinculados con red de salud mental; escasa articulación intersectorial (salud, educación); no detección del problema de salud mental; abuso sexual; maltrato; aislamiento social; ausencia de intervenciones de postvención; falta de visibilidad; ausencia de oportunidades para jóvenes, espacios de pertenencia, proyectos de vida, redes de contención (familiar y social) y roles de género. Generalmente, ninguna causa o situación estresante es suficiente para explicar un acto suicida. Con mayor frecuencia, varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida. Al mismo tiempo, la presencia de factores de riesgo no necesariamente conduce a un comportamiento suicida (OPS/OMS, 2014).

Aunque el análisis de factores es fundamental para el abordaje del suicidio, el concepto de vulnerabilidad lo complementa y permite comprender que la adolescencia no es una etapa de riesgo por sus propiedades inherentes. La vulnerabilidad permite analizar aspectos propios de este ciclo vital que, en determinado contexto social, histórico y comunitario, pueden comportarse como factores de riesgo. Si bien pertenecer a un grupo etario no es un factor de riesgo en sí, ese grupo, en determinado contexto se vuelve vulnerable a determinados factores. Este modelo complejo y dinámico enriquece el valor de los factores de riesgo y reconoce aquellos sectores de la población con mayor susceptibilidad frente al mismo (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

La prevención del suicidio en la adolescencia

La OPS/OMS (2016) establece que es necesario desarrollar intervenciones universales como políticas de salud mental para enfrentar los factores de riesgo de suicidio como barreras para obtener acceso a la atención de salud. El Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2021) recomienda que estas políticas dirigidas a adolescentes reúnan las siguientes características: intervenciones que fomenten la participación genuina y que habiliten, a partir de una escucha activa, la circulación de la palabra y el despliegue de procesos de construcción de confianza entre pares y con adultos referentes, para que acompañen las trayectorias de vida de los adolescentes y, al mismo tiempo, puedan anticiparse e intervenir de manera oportuna ante situaciones que impacten negativamente en su salud; que las propuestas sean tendientes a incentivar la construcción de vínculos saludables, de conocimiento y reconocimiento de los otros y de las diferencias, de construcción de sentidos de pertenencia y lazos de solidaridad. Dichas intervenciones pueden abordar diversos contenidos, tales como violencias, autocuidado y autoestima, proyectos de vida, educación para la salud, perspectivas de género y masculinidades, violencia en el noviazgo, parentalidad positiva, acoso escolar, consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, seguridad vial. En este sentido, Gallagher (2017) afirma que los dispositivos de prevención e intervención del suicidio para jóvenes pueden beneficiarse de un enfoque que abarque varios dominios y que ayude a los adolescentes a mejorar su conexión con amigos, familiares y comunidad, al mismo tiempo que les enseñe a manejar sus emociones y desafíos internos.

La teoría de la resiliencia basada en la fortaleza (Zimmerman et al., 2013) da un marco conceptual para centrarse en los factores contextuales, sociales e individuales positivos que interactúan con o se oponen al riesgo de resultados adversos para la salud en el desarrollo adolescente. El enfoque ecológico de Gallagher y Miller (2018) se centró en los factores protectores relacionados con el contexto familiar, las relaciones con los pares y el contexto escolar y comunitario, sugiere que “los programas de prevención e intervención del suicidio para jóvenes pueden beneficiarse de un enfoque que abarque todos los dominios y que ayude a los adolescentes a mejorar su conexión con amigos, familiares y comunidad, al tiempo que les enseñe habilidades vitales de afrontamiento interno”. Esta teoría es criticada por cierto sesgo individualista, por lo que es necesario complementarla con el enfoque comunitario de la teoría cultural relacional. Esta última propone el funcionamiento saludable como un producto de la participación en relaciones donde uno puede tener una conexión auténtica con otros, en lugar de aprender que los desafíos del desarrollo deben ser enfrentados a nivel individual (Lenz, AS; 2016).

La participación

Una dimensión crítica en el análisis de la participación social de las juventudes es el adultocentrismo, descrito por Arevalo (1996) y retomada por Krauskopf (1998), este concepto designa una relación asimétrica y tensional de poder entre los adultos (+ poder) y los jóvenes (- poder). Esto conlleva un universo simbólico y un orden de valores propio de la concepción patriarcal. El criterio biológico subordina o excluye a las mujeres por razón de género y a los

jóvenes por la edad. “Lo que se traduce en las prácticas sociales que sustentan la representación de los adultos como un modelo acabado al que se aspira para el cumplimiento de las tareas sociales y la productividad. Ello orienta la visión de futuro para establecer los programas y políticas, los enfoques de fomento y protección del desarrollo juvenil” (Krauskopf; 1998). En oposición a la mirada adultocentrista, el autor propone hacer uso del enfoque de derechos (integrando los paradigmas de la adolescencia como actor estratégico con el de juventud ciudadana). Este abordaje permite “reconocer su valor como sector flexible y abierto a los cambios, expresión clave de la sociedad y la cultura global, con capacidades y derechos para intervenir protagónicamente en su presente, construir democrática y participativamente su calidad de vida y aportar al desarrollo colectivo”. Enriquece este abordaje la participación prosocial descrita por Zimmerman (2013), que se refiere a “la participación en actividades organizadas que promueven un desarrollo saludable. [...] Participar en actividades positivas mejora la resiliencia de los jóvenes al proporcionar las circunstancias para desarrollar habilidades cognitivas y conductuales que ayudan a superar la adversidad”.

La participación de los adolescentes en el dispositivo que describe el presente documento, queda plasmada en videos colaborativos (también denominados videos participativos), un instrumento que surge originariamente de Don Snowden, un pionero canadiense que inició los primeros experimentos con esta herramienta en 1967 en las Islas Fogo, Terranova. Usó películas para que una comunidad pesquera identificara problemas comunes y buscara soluciones colectivas. Estas películas también se mostraron a políticos, lo que llevó a cambios en políticas gubernamentales. Este enfoque, conocido como el "Proceso Fogo", fue aplicado globalmente por Snowden hasta su fallecimiento en 1984 (Lunch & Lunch, 2006). Según Montero y Moreno (2020) para desarrollar un Video colaborativo es necesario “debatir, ceder y comprometerse de cara a generar una visión común, compartida [...] también enfoca la acción comunicativa hacia la transformación social.”. Los videos se presentan en el marco de una competencia en equipo, una actividad que puede fomentar habilidades sociales y emocionales, según diversos expertos en educación y desarrollo infantil. Estas experiencias pueden ayudar a desarrollar habilidades de colaboración y resolución de problemas, fomentar habilidades emocionales como la empatía, la autogestión y la conciencia social. Además, el juego y la competencia en equipo pueden ayudar a desarrollar habilidades sociales y emocionales como la cooperación, la negociación y el liderazgo. Sin embargo, es importante recordar que, la competencia en equipo solo puede ser efectiva si se promueve un ambiente de colaboración y apoyo en lugar de uno de rivalidad y estrés. En este sentido -haciendo referencia a las competencias deportivas- Albán Pazmiño et al. (2024) afirma que las competencias pueden unir a los estudiantes, padres y personal escolar, creando un ambiente de apoyo y colaboración. En el mismo sentido Equinet, León et al (2024) encontró que los participantes que practicaban deportes individuales [...] tenían niveles significativamente más bajos de autoestima que sus pares que practicaban deportes de equipo.

El concepto de adherencia surge en el ámbito sanitario como la puesta en práctica de las recomendaciones terapéuticas de un profesional, una forma menos paternalista que *cumplimiento*, un término previo. Actualmente no hay consenso en el uso de ambos términos y en varios casos son utilizados como sinónimos. En este documento utilizamos el término adherencia de una manera acotada, definiéndolo como la participación de los equipos en todas las instancias del dispositivo. Se considera que *adhieren* al dispositivo todos aquellos participantes que no abandonan el dispositivo antes de que finalice.

Descripción del dispositivo de atención

El dispositivo tiene por objetivo principal la prevención del suicidio adolescente utilizando la competencia en equipo produciendo videos colaborativos, como dispositivo de atención generador de participación adolescente. En adición a ello, combina tecnologías de probado funcionamiento (talleres, conversatorios, investigación y acción) para fortalecer factores protectores y prevenir factores de riesgo del suicidio adolescente.

Al iniciar el año de clases se convoca a participar voluntariamente del certamen a adolescentes de entre 14 y 15 años de edad, escolarizados, cursantes del tercer año del nivel educativo secundario a través de medios locales, redes sociales, autoridades escolares y docentes de escuela. Se realiza una capacitación a los docentes que coordinarán los equipos (implementada desde 2022). Se les informa los objetivos del dispositivo y el funcionamiento de la competencia, se dan pautas sobre cómo mantener motivado al equipo, fortalecer la red de vínculos, promover la

confianza y la resiliencia, celebrar los logros, reconocer esfuerzo y dedicación, independientemente del resultado. Dada la importancia que las producciones audiovisuales tienen para el dispositivo, se los capacita sobre cómo utilizar dichos recursos como una oportunidad de aprendizaje, trabajando el tema seleccionado y profundizando sobre los contenidos. Se provee una *Guía para docentes*, que complementa la capacitación y acompaña al equipo docente en su actividad a lo largo del año (implementada a partir de 2024).

La siguiente fase es un encuentro intercolegial en el que los equipos realizan talleres sobre las temáticas propuestas y ensayan un video colaborativo en equipo, recibiendo sugerencias por parte del equipo de coordinación (fase implementada a partir de 2017). Algunos de los principios fundamentales de estos encuentros son: la interacción dinámica, la circulación libre de la palabra entre coordinadores, adolescentes participantes y disertantes, la simetría entre los disertantes y el auditorio, la elección de temáticas actuales y el abordaje con mirada actual e interés y respeto por la perspectiva adolescente.

Esquema 1: Diseño del dispositivo de atención



Luego del intercolegial cada equipo debe desarrollar un video colaborativo mediante un proceso de elección de tema, investigación y aprendizaje -con supervisión docente- de entre el siguiente listado: Alimentación saludable, el cuerpo y los estereotipos, salud sexual, cultura vial, conductas de riesgo, hábitos saludables, consumo de tecnologías, redes y sustancias, acoso escolar, entornos saludables, vínculos saludables, noviazgos sanos, violencias, diversidad e inclusión, autoestima y autocuidado. Las temáticas son propuestas con una mirada positiva para evitar un sesgo problematizante en el abordaje y *se presentan como cuestiones vinculadas a la salud adolescente (no como factores de riesgo del suicidio)*. A lo largo del año este ciclo de encuentro intercolegial / producción audiovisual se repite tres veces (ver esquema 1), en consecuencia, cada equipo elige tres temas y presenta 3 videos colaborativos con los siguientes formatos preestablecidos: un videoclip, un video desde el punto de vista del protagonista y una campaña de prevención.

Luego de que los equipos finalizaron los tres videos colaborativos se realizan encuentros de retroalimentación. Cada equipo recibe en el ámbito escolar a un equipo de profesionales de salud mental que propone un taller en el que se analizan las producciones que realizaron. Se trabaja con una mirada enriquecedora del abordaje plasmado en el audiovisual. El trabajo con material desarrollado por los adolescentes hace que la acción sea situada, cercana a las características y realidades locales, lo que pretende aprendizajes profundos. Tiene un enfoque más enriquecedor que el uso de materiales ajenos, con mirada adultocentrista y lejana. Se promueve el compartir puntos de vista y experiencias sobre el tema, brindando una retroalimentación constructiva. Se instala un espacio seguro para hablar sobre su trabajo e ideas. Los profesionales pueden profundizar en los temas que se trataron en el audiovisual y ofrecer sugerencias para mejorarlo. Se brinda una crítica constructiva y se los motiva a seguir trabajando. Se discuten los conceptos volcados en el audiovisual y las áreas en las que se puede mejorar. Se ponen a disposición recursos adicionales sobre la temática abordada, formas de prevenirla, resolverla o tratarla.

Un jurado interdisciplinario evalúa los videos colaborativos, la labor institucional y las actuaciones, asignando puntajes a los equipos.

Los videos colaborativos son evaluados según el esfuerzo técnico y creativo, la pertinencia de la temática planteada, el compromiso con el trabajo en equipo y la originalidad. Las actuaciones son valoradas teniendo en cuenta la expresión oral y corporal, técnica vocal, destreza actoral y coreográfica.

Denominamos labor institucional al trabajo de acompañamiento que realiza el equipo docente que coordina la participación del equipo. La labor institucional es evaluada mediante una encuesta semiabierto que completa el

equipo docente luego de la realización de cada video colaborativo en la que detalla aspectos sobre el abordaje de la temática, la participación del grupo, la participación de la institución y las propuestas y registros audiovisuales opcionales.

El final del certamen se realiza el encuentro de cierre al que concurren todos los equipos. Se exhiben partes seleccionadas de todos los videos colaborativos no premiados y se muestran completos los videos obtuvieron tercer, segundo y primer puesto de cada modalidad de video. También se muestran los tramos de cada producción audiovisual en donde se hayan distinguido las mejores actuaciones. Los ganadores reciben reconocimientos individuales (mochilas, parlantes) y grupales (trofeo, viaje) tanto para los estudiantes como para los profesores.

Esquema 2: Diseño del programa.

Nombre: Adolescencia Activa. Objetivo General: Prevención del suicidio adolescente. Objetivos Específicos: Fortalecer factores protectores del suicidio adolescente, prevenir factores de riesgo del suicidio adolescente, estrechar el vínculo entre los adolescentes y el sistema de salud. Población Objetivo: Adolescentes escolarizados de tercer año del nivel secundario. Actividades: Capacitación docente en resiliencia, vulnerabilidad y prevención del suicidio adolescente. Talleres de prevención de factores de riesgo del suicidio y video colaborativo en el marco de encuentros intercolegiales. Talleres de retroalimentación sobre los videos colaborativos realizados por los equipos. Encuentro de cierre para socialización de videos.

Material y métodos

Evaluación de la participación

Aunque el indicador cobertura parece ser el apropiado para el análisis de un dispositivo (relacionando la población alcanzada con la población objetivo), hemos decidido utilizar el indicador participación debido a que representa mejor el carácter activo que implica seguir los lineamientos del dispositivo.

Se analizaron los indicadores de participación bruta y relativa, participación de calidad y adherencia anual y total.

Participación bruta total

El indicador participación bruta total resulta de la suma de los estudiantes inscriptos en todos los años:

$$\text{Participación bruta total} = \text{Inscriptos (2016 – 2024)}$$

Participación anual media

El indicador Participación anual media resulta de la siguiente fórmula:

$$\text{Participación anual media} = \frac{\text{participación bruta total}}{8}$$

Participación relativa anual (RA)

El indicador participación relativa anual se obtuvo mediante el cálculo de la siguiente fórmula:

$$\text{Participación (RA)} = \frac{\text{Estudiantes Inscriptos en el dispositivo en un año} \times 100}{\text{Matrícula Total de la Tercera Sección del Nivel Secundario de un año}} \times 100$$

Participación relativa total (RT)

Para la obtención de este indicador se utilizó la matrícula total del partido para la tercera sección del nivel secundario de cada año, se obtuvo de las series estadísticas educativas de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (ABC, s. f.).

El indicador participación relativa total se obtuvo mediante el cálculo de la siguiente fórmula:

$$\text{Participación (RT)} = \frac{\sum \text{Estudiantes Inscriptos en el dispositivo (2016 – 2024)}}{\text{Estudiantes en condiciones de inscribirse (2016 – 2024)}} \times 100$$

Participación de calidad

La participación de calidad se evaluó cualitativamente. Las unidades de análisis utilizadas para medir la participación de calidad fueron las producciones audiovisuales presentadas por los equipos a lo largo de las ocho ediciones del

dispositivo. Un equipo evaluador les asignó puntaje en cuatro categorías: A: Pertinencia de la temática planteada; B: esfuerzo técnico y creativo; C: generación de oportunidades de aprendizaje; D: voluntad de trabajo conjunto. El equipo evaluó cualitativamente cada audiovisual asignándole cero puntos o un punto en cada categoría según cumpliera o no con ella. Todos los audiovisuales que sumaron al menos tres puntos en las cuatro categorías fueron categorizados como participación de calidad.

La participación de calidad anual es la proporción porcentual de audiovisuales que sumaron tres o más puntos en las cuatro categorías evaluadas en un año determinado. El indicador participación de calidad anual se obtuvo mediante el cálculo de la siguiente fórmula:

$$\text{Participación de calidad anual} = \frac{\text{Videos colaborativos evaluados con tres puntos o más}}{\text{videos colaborativos presentados}} \times 100$$

La participación de calidad total es la proporción porcentual de audiovisuales que sumaron tres o más puntos en las cuatro categorías evaluadas, en las ocho ediciones. El indicador participación de calidad total se obtuvo mediante el cálculo de la siguiente fórmula:

$$\text{Participación de calidad total} = \frac{\text{Videos colaborativos evaluados con tres puntos o más}}{\text{videos colaborativos presentados}} \times 100$$

Evaluación de la adherencia

El indicador adherencia anual se define como la proporción porcentual de equipos que participaron en todas las instancias del dispositivo durante un año. El indicador adherencia anual se obtuvo mediante el cálculo de la siguiente fórmula:

$$\text{Adherencia anual} = \frac{\text{equipos que participaron de toda la competencia en un año}}{\text{equipos inscriptos el mismo año}} \times 100$$

El indicador adherencia total se define como la proporción porcentual de equipos que participaron en todas las instancias del dispositivo en las ocho ediciones. El indicador adherencia total se obtuvo mediante el cálculo de la siguiente fórmula:

$$\text{Adherencia total} = \frac{\text{equipos que participaron de toda la competencia (2016 – 2024)}}{\text{equipos inscriptos (2016 – 2024)}} \times 100$$

Evaluación de la inversión

Esta categoría fue medida a través de cinco indicadores. Los primeros cuatro refieren a inversión de recurso humano especializado y no especializado. Los encuentros intercolegiales, las capacitaciones para docentes y los encuentros de retroalimentación -que llevan la mayor cantidad de horas de recurso humano- se comenzaron a realizar desde el año 2017. Por ello se tienen en cuenta para su cálculo las últimas siete ediciones (2017-2024). Los tiempos fueron expresados en minutos. Se calculan de la siguiente manera:

Inversión anual en tiempo de recurso humano especializado (profesionales del área de salud mental) por participante

Está expresada en minutos y resulta del tiempo invertido por profesionales de salud mental en realizar la capacitación para docentes, planificación y realización de las disertaciones y talleres enmarcados en los encuentros intercolegiales, la evaluación de las producciones audiovisuales, y los talleres realizados en los encuentros de retroalimentación. Se calcula de la siguiente manera:

$$\begin{aligned} &\text{Inversión anual de R. H. especializado por participante} \\ &= \frac{\text{tiempo de recurso humano especializado en un año}}{\text{estudiantes que llegaron al final de la competencia el mismo año}} \times 100 \end{aligned}$$

Inversión media en tiempo de recurso humano especializado (profesionales del área de salud mental) por participante

Se calcula de la siguiente manera:

Inversión media de R. H. especializado por participante

$$= \frac{\text{tiempo de recurso humano especializado (2017 – 2024)}}{\text{estudiantes que llegaron al final de la competencia (2017 – 2024)}} \times 100$$

Inversión anual de tiempo de recurso humano no especializado (personal administrativo y logística) por participante

Está expresada en minutos y resulta del tiempo invertido por personal administrativo y de logística en realizar traslados y circuitos administrativos. Se calcula de la siguiente manera:

Inversión anual de R. H. no especializado por participante

$$= \frac{\text{tiempo de recurso humano no especializado en un año}}{\text{estudiantes que llegaron al final de la competencia el mismo año}} \times 100$$

Inversión media de tiempo de recurso humano no especializado (personal administrativo y logística) por participante

Se calcula de la siguiente manera:

Inversión media de R. H. no especializado por participante

$$= \frac{\text{tiempo de recurso no humano especializado (2017 – 2024)}}{\text{estudiantes que llegaron al final de la competencia (2017 – 2024)}} \times 100$$

Inversión en recursos materiales por participante

La inversión en recursos materiales proviene del gasto que se realiza en premios para los equipos y docentes e insumos de librería para la realización de talleres. Las primeras ediciones del dispositivo estos gastos eran iguales a cero porque se recibían donaciones de premios. Por ello se toman en cuenta para esto las últimas tres ediciones del dispositivo, en las que la totalidad de los materiales fue comprada por el municipio. Es calculada de la siguiente manera:

Inversión media en recursos materiales por participante

$$= \frac{\text{costo de materiales (2022 – 2024)}}{\text{estudiantes que llegaron al final de la competencia (2022 – 2024)}} \times 100$$

Inversión media en recursos materiales por participante: = (costo de materiales a lo largo de las últimas tres ediciones del dispositivo / Estudiantes que llegaron al final del dispositivo a lo largo de las últimas tres ediciones del dispositivo).

Evaluación cualitativa del programa

Se evaluó el funcionamiento del programa desde la perspectiva de los organizadores, relevando información valiosa para su implementación. También se efectuó un análisis sobre los temas seleccionados para los videos y su relación con el contexto social.

Resultados

Esta investigación analiza los resultados tras 9 años de trabajo en el dispositivo, durante los cuales se desarrollaron 8 ediciones (en 2020 no fue realizado por la pandemia COVID-19).

Participación.

La participación bruta total del dispositivo fue de 7883 estudiantes, con una participación bruta anual media de 985. El gráfico 1 muestra la participación relativa anual que representa la proporción de la población objetivo que inicia el dispositivo, con picos de 66% en el año 2019 y una baja considerable hasta 32% el año posterior a la suspensión del dispositivo debido a la pandemia de COVID – 19. La participación relativa total -que tiene en cuenta todas las ediciones- ascendió al 53%, con una fuerte influencia del 32% de participación del año posterior a la pandemia. La participación de calidad anual varió entre el 71% y el 87%, con una participación de calidad promedio en los siete años de 80%. El año con mejores indicadores fue el 2019 con 43 equipos inscriptos, 1250 participantes, 66% de participación relativa y 87% de participación de calidad.

El dispositivo es generador de participación adolescente, una cuestión no menor teniendo en cuenta las complicaciones que presenta *generar motivación* en este grupo etario. Además, se trata de un tipo de participación que les permite poner el cuerpo para mostrar su mirada sobre la temática elegida, por lo que se ponen en juego otras formas de aprendizaje.

Adherencia

La adherencia media anual inició con el valor más bajo de todas las ediciones: 47%. Al año siguiente (2017) se incorporó la estrategia de los encuentros intercolegiales y la adherencia tuvo su pico más alto: 84%. La adherencia total es de 69%.

A inicios del año 2024 se incorporó la Guía para docentes, un material que complementa la capacitación del inicio del año que coincide con un aumento en la adherencia anual alcanzando el 79%, el valor más alto desde el año 2017 y un 10% por encima de la adherencia total.

Mientras que el primer año, de un total de 38 equipos que iniciaron, solo 18 llegaron al final de la competencia; una diferencia notable con la edición del año 2024, en la que llegaron al final 26 de 31 equipos inscriptos.

Inversión por participante

Para evaluar la inversión por participante debe tenerse en cuenta que cada participante que llegó al final del dispositivo atravesó tres talleres sobre factores de

Gráfico 1. Participación relativa anual

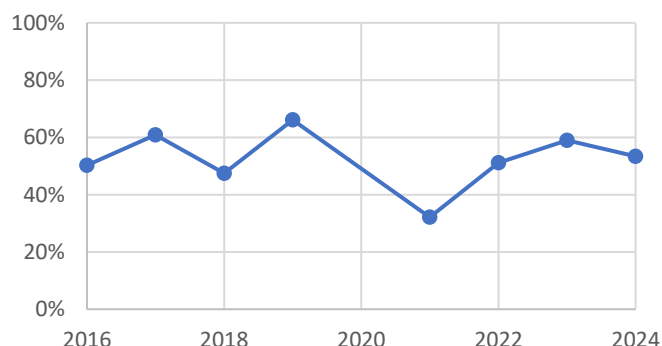


Gráfico 2. Participación de calidad anual

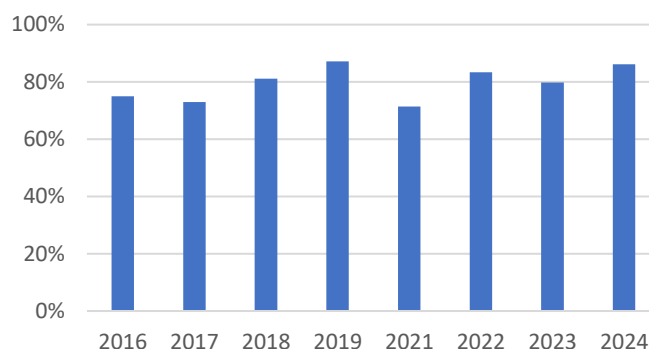


Gráfico 3. Adherencia anual relativa

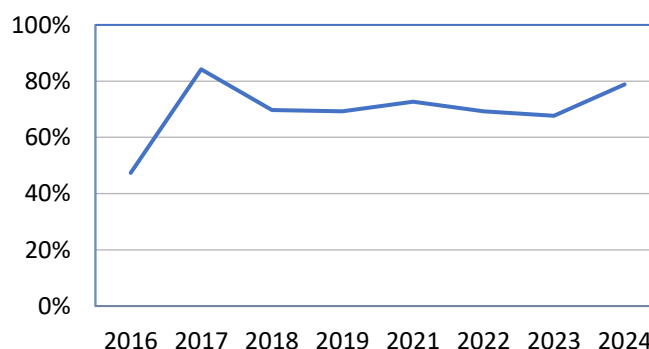
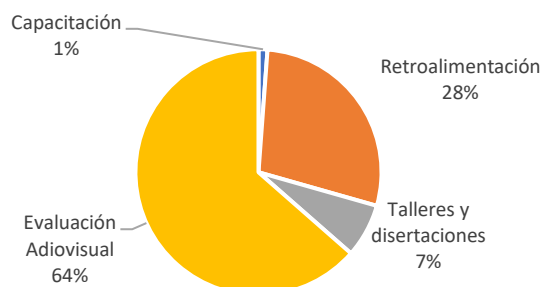
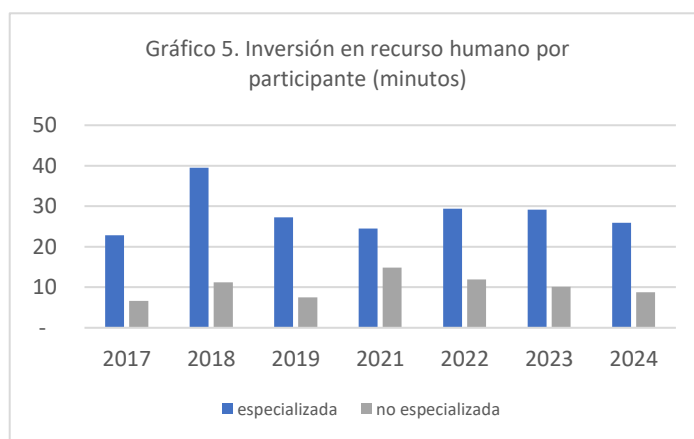


Gráfico 4. Distribución de inversión en horas de recurso humano especializado



riesgo de suicidio adolescente, tres talleres de producción audiovisual, un taller de retroalimentación, un taller de cierre.

La inversión en horas de recurso humano especializado se midió anualmente sumando las horas destinadas a las actividades de capacitación, talleres y disertaciones en el marco de los encuentros intercolegiales, evaluación de audiovisuales y talleres de retroalimentación. En el promedio de las últimas siete ediciones, la distribución porcentual de las horas de recurso humano especializado destinadas a cada tarea se ve en el gráfico 4.



La inversión media en recurso humano especializado por participante fue de treinta minutos, mientras que la inversión en recurso humano especializado anual más baja fue de veintitrés minutos y la mayor fue de cuarenta minutos por estudiante que llegó al final del dispositivo. En materia de recurso humano no especializado, la inversión es menor, con una media de diez minutos.

La inversión en recursos materiales proviene del gasto que se realiza en premios para los equipos y docentes. Las primeras ediciones del dispositivo estos gastos eran iguales a cero, por lo que se toman en cuenta para esto las últimas tres ediciones del dispositivo. La inversión bruta promedio en recursos materiales es de USD\$ 1167. Con una inversión media en recursos materiales por participante inversión de USD\$ 1,64.

En resumen, la inversión media anual por participante asciende a: 28 minutos de recurso humano especializado, 10 minutos de recurso humano no especializado y USD\$ 1,64 en gastos de recursos materiales.

Tabla 1: Tiempo de recurso humano especializado en salud mental expresado en minutos.							
Período	A Capacitación inicial	B Retroalimentación	C Talleres y disertaciones	D Evaluación Audiovisual	E Total $E=A+B+C+D$	H Participantes que finalizaron la competencia $H = F \times G$	I Tiempo de Recurso humano especializado $I = (E / H)$
2017	240	6840	1440	14580	23100	1013	23
2018	240	7740	1440	16020	25440	643	40
2019	240	7020	1440	14880	23580	865	27
2021	240	1980	1440	7260	10920	445	25
2022	240	4680	1440	11340	17700	602	29
2023	240	6120	1440	13500	21300	731	29
2024	240	5940	1440	13200	20820	804	26
Total	1680	40320	10080	90780	142860	5103	28

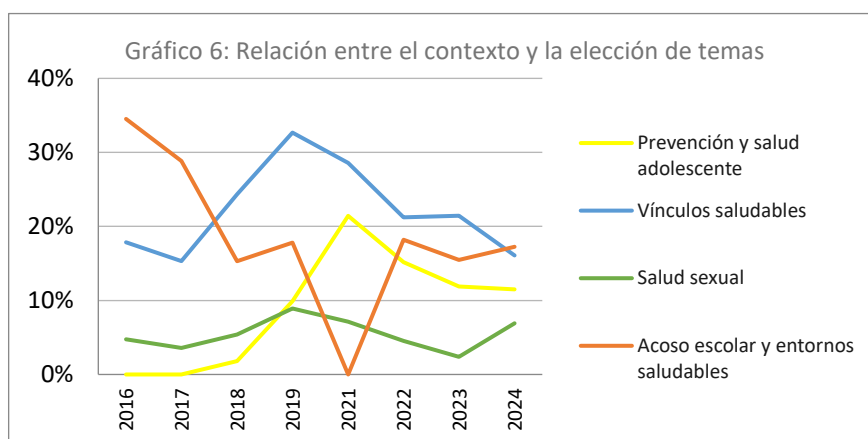
Evaluación cualitativa del programa

A lo largo de los años se ha tenido que dar cada vez mayor espacio a los momentos destinados socializar de forma comunitaria las producciones audiovisuales, tanto en los encuentros intercolegiales como en los momentos de cierre. El momento de verse y ser vistos por el auditorio en la pantalla gigante desata numerosas emociones colectivas. Los adolescentes que participan del programa tienen acceso casi irrestricto a teléfonos inteligentes y es habitual que en su cotidianeidad registren en imágenes y videos lo que quieran decir o mostrar. Lo que antes se expresaba por la palabra, hoy se expresa en video; lo que antes debía ser escuchado, ahora reclama por ser visto.

El dispositivo aborda el suicidio adolescente sin requerir la imposición del tema, en cambio propone trabajar directamente sobre sus factores de riesgo. El programa dura 7 meses, pero no se centra directamente en hablar de suicidio, lo cual podría quitarle el espíritu festivo y colaborativo a la dinámica. En cambio, el enfoque está en trabajar sobre los factores de riesgo del suicidio; su inherente efecto negativo sobre la salud adolescente, independiente de su asociación al suicidio, permite dos resultados terapéuticos concatenados: reducir su efecto negativo sobre la

salud adolescente y disminuir sus consecuencias como factor de riesgo del suicidio. De esta forma, se mantiene un ambiente positivo y colaborativo, evitando que la competencia pierda su carácter motivador.

Los videos colaborativos producidos son de gran utilidad para difundir los temas abordados en la comunidad adolescente, muestran su mirada situada, cercana a las características y realidades locales, lo que contribuye a que el espectador se sienta identificado con la narrativa audiovisual.



Elección del tema y contexto: Desde el año 2016 se presentaron 698 videos participativos, un promedio de 87 por año. Los temas elegidos año a año pueden observarse en la tabla 2. Puede estimarse cierta permeabilidad a la Influencia del contexto en la selección de temas (gráfico 6). En el año 2019 dos hechos atravesaron el contexto nacional en relación a la salud sexual y la violencia de género: la presentación del proyecto de ley por la interrupción voluntaria del embarazo el 28 de mayo y la cuarta movilización nacional del movimiento “Ni una menos” en contra de la violencia machista el 3 de junio. Ese año se registró el pico histórico en producciones audiovisuales sobre vínculos saludables (que incluye violencia de pareja, intrafamiliar, noviazgos -excluyendo acoso escolar y relaciones institucionales-), un 33% de las producciones, casi duplicando el 18% promedio de todas las otras ediciones. En el mismo sentido se registró un aumento de en la elección de la temática salud sexual (9%) por encima del doble del promedio de todas las otras ediciones (4%). Un comportamiento similar ocurrió luego de que el país registrara una de las cuarentenas más largas del mundo debido a la pandemia de COVID-19. Al año siguiente (2021), no se trató el acoso escolar en ninguna de las producciones audiovisuales (0%) y hubo un pico en la elección del tema salud adolescente (que incluía vinculados a COVID-19).

Tabla 2: Tiempo de recurso humano especializado en salud mental expresado en minutos.

Año	Prevención y salud adolescente	Cultura y educación Vial	Diversidad e inclusión	Consumos Problemáticos	Vínculos saludables y violencia.	Salud sexual	Acoso escolar y entornos saludables	Estereotipos y autoestima
2016	0%	15%	0%	25%	18%	5%	35%	2%
2017	0%	4%	4%	30%	15%	4%	29%	15%
2018	2%	4%	8%	27%	24%	5%	15%	14%
2019	10%	1%	3%	14%	33%	9%	18%	13%
2021	21%	4%	7%	14%	29%	7%	0%	18%
2022	15%	2%	5%	21%	21%	5%	18%	14%
2023	12%	6%	6%	19%	21%	2%	15%	18%
2024	11%	5%	5%	23%	16%	7%	17%	16%
Total	7%	5%	4%	23%	22%	5%	20%	14%

Discusión

Aunque las investigaciones y guías sobre video colaborativo halladas aseguran que es utilizado en todo el mundo y se ha aplicado para la habilitación de una mayor participación en proyectos de desarrollo y entorno comunicativo (Lunch & Lunch, 2006; Montero y Moreno, 2020), no se han hallado investigaciones sobre su influencia en la participación cuantitativa de la comunidad, ni se ha profundizado en la convocatoria que genera este tipo de intervenciones en comparación con otras o grupos de control. En este sentido la investigación presente muestra que convoca al 53% de la población objetivo, lo que podría considerarse alto en función del carácter voluntario de la participación y las dificultades en la generación de motivación en este grupo etario.

Sucede algo similar con el uso de la competencia en equipos como estrategia participativa convocante y sus resultados en términos de adherencia. Los estudios relevados sobre competencias en equipo, las analizan en otros términos y aquellos sobre adherencia la analizan en materia del sostenimiento de tratamientos indicados, por lo que la comparación se hace difícil.

En cambio, en términos cualitativos de participación, el involucramiento que genera en la comunidad es contundente, atestiguado en los talleres y los altos valores de participación de calidad (80%).

Respecto a la inversión por participante, estudios como el de McRoberts C et al (1998), muestran que existen alternativas más eficaces que la atención individual. En este sentido, el dispositivo presentado muestra que con una muy baja inversión logra una elevada cantidad de talleres, horas de investigación participativa en equipo y desarrollo de guiones, grabación de videos, momentos de socialización y encuentro con pares.

Nota sobre la elección de indicadores: Hemos decidido utilizar indicadores que representen el enfoque planteado en el marco teórico (participación, participación de calidad, adherencia, inversión por participante). Es posible encontrar en otros estudios indicadores similares bajo el nombre *cobertura*, *deserción*, *costo por beneficiario*, entre otros. Estos indicadores tienen connotaciones paternalistas, adultocéntricas o enfoques que ponen a la salud como un beneficio, sesgos economicistas o apartan la responsabilidad del sistema de salud en la generación de participación y las centra en las voluntades individuales.

Conclusiones

La media anual de 985 estudiantes que participan del dispositivo atraviesa 8 talleres, la inversión por participante para efectuarlo es de 28 minutos de recurso humano especializado, 10 minutos de recurso humano no especializado y USD\$ 1,64 en recursos materiales. Si bien no se ha efectuado un estudio comparativo con los recursos de deberían haberse asignado para obtener resultados similares mediante dispositivos individuales o grupales de menor escala, los resultados sugieren que este dispositivo utiliza una cantidad muy baja de recursos en relación a la población que aborda y la cantidad de intervenciones que atraviesan.

En adición a lo anterior, el dispositivo permite una participación activa poco habitual, que se manifiesta en la investigación de las temáticas propuestas, el desarrollo de guiones para los audiovisuales, su grabación y edición, el encuentro de retroalimentación colaborativo y la posterior exposición ante sus pares.

El dispositivo de atención descrito es innovador, da a los adolescentes un espacio de participación y expresión libre y acompañada por docentes y profesionales de salud mental. La competencia no solo pretende trabajar sobre su resiliencia, sino que permite que su presente se modifique reorganizando los vínculos dentro del equipo resignificando las habilidades individuales en función de la corresponsabilidad e interdependencia. Utiliza las herramientas al alcance de la mano de los adolescentes para generar espacios de investigación y aprendizaje, mediante canales intelectuales y corporales, sobre los factores de riesgo del suicidio. Para ello canaliza sus intereses a través de la producción de contenidos que tienen la posibilidad de cambiar su entorno. En ese camino fortalecen su red de contención, pues involucran a las familias y la comunidad educativa. Esta participación prosocial va más allá de la realización de una actividad limitada, les permite percibir que están haciendo una contribución para mejorar su entorno ayudando a sus pares, a la vez que son reconocidos y sostenidos por los adultos que los acompañan.

Futuras investigaciones

Un objetivo del dispositivo es el fortalecimiento de la red social que contiene al adolescente, para ello pretende la resignificación de las habilidades individuales, promoviendo que la corresponsabilidad, interdependencia y los objetivos basados en el bien común generen una modificación de los vínculos hacia adentro del equipo. En el mismo sentido apunta al involucramiento de la familia y la comunidad educativa en el proceso (investigación, desarrollo del guion, grabación, socialización posterior). Deben efectuarse futuras investigaciones para medir el impacto en el fortalecimiento de la red social del adolescente participante.

El efecto generado por los audiovisuales al ser socializados no ha sido medido, tampoco el efecto de las campañas de prevención hacia adentro de las instituciones educativas utilizando los audiovisuales generados o incluso su socialización en redes sociales.

Los indicadores de participación de este documento asumen que todos los estudiantes inscriptos tuvieron igual participación en la producción de los audiovisuales, pero se desconoce la distribución del trabajo hacia adentro de

cada equipo. Aunque un docente capacitado es responsable de esa acción, es necesario investigar la distribución de la participación entre los integrantes de los equipos.

La competencia en equipos con utilización de video colaborativo puede extenderse a otras problemáticas y a otros grupos etarios. Se requieren futuras investigaciones en este sentido.

Recomendaciones para la implementación

El carácter fílmico y artístico del dispositivo puede opacar por momentos los objetivos específicos de la política de salud. La producción de cortos cinematográficos de alta calidad, la edición meticulosa y los argumentos con golpes de efecto bien ejecutados, muestran un alto contraste con audiovisuales desarrollados con poca preparación, investigación pobre o mal orientada. Es usual que docentes y miembros del equipo de salud mental intenten tomar una postura crítica en contra de estos últimos. Es necesario fortalecer en el equipo que la finalidad de las producciones es la generación de instancias de aprendizaje y el aprovechamiento de las mismas.

La circulación de la palabra y la priorización de los intereses emergentes ha sido fundamental al momento de los encuentros de retroalimentación y los talleres de los encuentros intercolegiales. El dispositivo es generador de múltiples instancias de aprendizaje sobre factores de riesgo del suicidio adolescente, esas instancias surgen en el diálogo, no son impuestas por disertantes.

La competencia en equipos no funciona en sí misma como dispositivo de atención para la prevención del suicidio, para ello debe reunir ciertas características: No se promueve abiertamente como una política de prevención del suicidio, sino como un certamen de prevención de problemáticas de salud adolescente; la participación es voluntaria y en equipo; el equipo debe estar acompañado por adultos con preparación; deben existir instancias de talleres que aborden factores de riesgo del suicidio adolescente; la selección del factor asociado al suicidio debe ser participativa y democrática; debe adoptarse un enfoque preventivo o descriptivo; deben efectuarse retroalimentaciones, educativas, orientadoras y terapéuticas sobre el material presentado; debe estimularse la utilización de las producciones en proyectos institucionales transversales que las socialicen; debe existir un reconocimiento a los trabajos destacados en un evento general que de participación a la comunidad educativa y de salud.

Agradecimientos

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a Cecilia Acciardi, y Eleonora Penovi, quienes trabajaron en la creación e implementación del programa y prestaron colaboración en la confección del presente trabajo. Agradezco también a María Victoria Carbone y a Lourdes María Aranda, quienes estuvieron involucradas en las evaluaciones de los videos y la revisión crítica del manuscrito.

Referencias

- ABC. (s. f.). *Series estadísticas*. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado el 24/01/25, de <https://abc.gob.ar/secretarias/areas/subsecretaria-de-planeamiento/informacion-y-estadistica/informacion-y-estadistica/series>
- Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(1), 50-63. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1987.tb00061.x>
- Equinet, L., Enthoven, C., Jansen, P. W., & Rodriguez-Ayllon, M. (2025). La asociación longitudinal entre la participación en deportes y la autoestima en la juventud en los Países Bajos: El papel del tipo de deporte. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 28(2), 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2024.09.008>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2023). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: Resultados provisionales (1a ed.). INDEC. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf

- Krauskopf, D. (1998). Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes. En S. Balardini (Comp.), *La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo* (p. 124). Fondo de Población de Naciones Unidas. Recuperado de <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/11970/1/Sergio-Balardini.pdf>
- Lenz, A. S. (2016). Teoría relacional-cultural: fomento del crecimiento de un paradigma a través de la investigación empírica. *Journal of Counseling & Development*, 94(4), 415-428. <https://doi.org/10.1002/jcad.12100>
- Lunch, N., & Lunch, C. (2006). *Insights into participatory video: A handbook for the field*. InsightShare. ISBN 0-9552456-0-5. Recuperado de <https://childprotectionforum.org/wp-content/uploads/2020/03/Insights-into-Participatory-Video-A-Handbook-for-the-Field-English.pdf>
- McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2), 101-117. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.2.2.101>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: Lineamientos para equipos de salud* (1a ed.). Ministerio de Salud de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría; UNICEF. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordajeintegraldelsuicidioenlasadolescencias.pdf>
- Montero Sánchez, D., & Moreno Domínguez, J. M. (2020). Explorando el campo de conocimiento del video participativo. Un recorrido por las principales aportaciones teórico-prácticas. *Revista Internacional De Comunicación Y Desarrollo (RICD)*, 3(11), 92-108. <https://doi.org/10.15304/ricd.3.11.6345>
- Mościcki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 1-10. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.1.21376>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. Recuperado de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>
- OMS (2022, marzo 2). *La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Zimmerman, M. A., Stoddard, S. A., Eisman, A. B., Caldwell, C. H., Aiyer, S. M., & Miller, A. (2013). Adolescent resilience: Promotive factors that inform prevention. *Child Development Perspectives*, 7(4), 215-220. <https://doi.org/10.1111/cdep.12042>