



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

**La formación del acompañante terapéutico frente a la problemática
del suicidio: un estudio en las tecnicaturas Mar Del Plata**

Autores:

**Basualdo, María Paula- N° DNI 30682141
Medina, Claudia Alejandra- N° DNI 20040729**

Director:

Dr. Silva Gustavo

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

27/07/2026

Firma autor/es

Two handwritten signatures in black ink are positioned below the 'Firma autor/es' label. The signature on the left is more complex, with a large loop and a cross-like mark in the center. The signature on the right is simpler, consisting of a single, fluid, sweeping stroke.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer profundamente a mi compañera Claudia con quien compartí no solo este proyecto, sino también años de estudio, aprendizajes y desafíos. Su presencia constante, su mirada crítica y su compromiso hicieron de este camino una experiencia compartida que me enriqueció en lo académico pero sobre todo en lo humano.

A mis hijas, Valen y Sofí que me enseñan día a día el sentido profundo de acompañar y que son la inspiración más grande de mi vida. A mi marido Pablo, por su apoyo incondicional y por recordarme que el estudio también se nutre del amor y la confianza.

A mi tutor Dr. Gustavo Silva, por su guía paciente y rigurosa, por abrir preguntas y señalar caminos posibles, por sostener con claridad y respeto cada instancia de este proceso

Y especialmente, a quienes participaron en las entrevistas, por compartir sus voces y experiencias: sin ellas, este trabajo no tendría vida ni sentido.

Basualdo M. Paula

A mis dos amores, Mai y Fran, por acompañarme, confiar en cada uno de mis proyectos y estar a mi lado en este camino.

Al papá de mis hijos, Augusto, por su presencia constante.

A mi compañera, Paula, quien se sumó y transitó conmigo todos los escenarios y desafíos, tanto los posibles como los que parecían inalcanzables.

A todas las personas que nos brindaron su tiempo para las entrevistas; su generosidad hizo posible el desarrollo de esta investigación.

Un agradecimiento especial a nuestro tutor, el Dr. Gustavo Silva. Gracias por su acompañamiento constante en la elaboración de este Trabajo Integrador Final, por su exigencia y por el interés genuino en cada devolución. Sus reflexiones y su mensaje sobre la excelencia académica han sido fundamentales en nuestra formación profesional.

Medina Claudia A.

RESUMEN

Este trabajo analiza la formación que ofrecen las Tecnicaturas Superiores en Acompañamiento Terapéutico en la ciudad de Mar del Plata, y cómo preparan a sus egresados para intervenir en la prevención y posvención del suicidio. A partir de un enfoque cualitativo con un diseño exploratorio- descriptivo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a ocho egresados de cuatro tecnicaturas de la ciudad, complementada con una revisión bibliográfica de aportes teórico vinculados al acompañamiento terapéutico, la salud mental, la subjetividad y el suicidio. Los resultados revelan que la currícula incluye muy pocos contenidos específicos sobre el suicidio. Sin embargo, los egresados rescatan herramientas clave de su formación como la escucha activa, el vínculo terapéutico, la contención y el enfoque interdisciplinario. En conclusión, advertimos una distancia clara entre las demandas reales de la salud mental y la formación técnica actual, lo que vuelve urgente la incorporación de recursos teóricos y prácticos sobre esta problemática.

Palabras claves: Acompañamiento Terapéutico, suicidio, salud mental, subjetividad, prevención y posvención.

INDICE

Agradecimientos.....	Pág.2
Resumen.....	Pág.3
1. Introducción.....	Pág.6
1.1. Planteamiento del tema y problema.....	Pág.9
1.2. Objetivos generales y específicos.....	Pág.9
1.3. Fundamentación.....	Pág.10
1.4. Metodología.....	Pág.11
1.5. Estructura de la investigación.....	Pág.13
2. Marco Teórico.....	Pág.15
2.1. El acompañamiento terapéutico como dispositivo.....	Pág.16
2.2. Formación del Técnico Superior en AT.....	Pág.17
2.3. Herramientas teóricas y prácticas en la formación.....	Pág.18
2.4. Conceptualización del suicidio.....	Pág.20
2.4.1. Perspectiva sociológica (Durkheim).....	Pág.21
2.4.2. Perspectiva subjetiva (Bleichmar).....	Pág.22
2.4.3. Perspectiva narrativa (Bruner).....	Pág.23
2.4.4. Perspectiva integral (Stolkiner).....	Pág.25
2.5. El proceso suicida y las estrategias de intervención.....	Pág.27
2.6. Prevención.....	Pág.29
2.7. Posvención.....	Pág.30
2.8 .Cierre del marco teórico.....	Pag.31
Desarrollo.....	Pág.32
Capítulo 3: Herramientas teóricas en la formación.....	Pág.32
3.1. Ausencia de formación específica: una recurrencia en las trayectorias formativas.....	Pág.33
3.2. Contenidos indirectos: salud mental, sufrimiento psíquico y crisis subjetiva.....	Pág.34

3.3. Vínculo terapéutico y escucha activa: herramientas centrales del acompañamiento terapéutico.....	Pág.35
3.4. Subjetividad y comprensión singular del sufrimiento.....	Pág.36
3.5. Heterogeneidad institucional y aprendizajes extracurriculares.....	Pág.38
3.6. Consideraciones finales del objetivo.....	Pág.39
Capítulo 4: Herramientas prácticas y experiencias profesionalizantes.....	Pág.40
4.1. Construcción del vínculo terapéutico.....	Pág.41
4.2. La escucha activa como herramienta fundamental.....	Pág.41
4.3. La observación dentro del rol AT.....	Pág.42
4.4. Intervención dentro de la práctica profesionalizante.....	Pág.43
4.5. La contención emocional y el trabajo interdisciplinario.....	Pág.44
4.6. Consideraciones finales del objetivo.....	Pág.45
Capítulo 5: Percepciones de los egresados.....	Pág.47
5.1. La percepción de insuficiencia formativa.....	Pág.47
5.2. La incertidumbre emocional frente a la incertidumbre del riesgo suicida.....	Pág.48
5.3. La búsqueda individual de formación complementaria.....	Pág.49
5.4. La necesidad de dispositivo de sostén profesional.....	Pág.50
5.5. Consideraciones finales del objetivo.....	Pág.51
6. Conclusión.....	Pág.53
7. Bibliografía.....	Pág.57
8. Anexos.....	Pág.59
Anexo 1: Formato de entrevista.....	Pág.59
Anexo 2: Datos de entrevistas.....	Pág.60

1. INTRODUCCIÓN

“Tengo el presentimiento que he de vivir muy poco. Esta cabeza mía se parece al crisol, purifica y consume, pero sin una queja, sin asomo de horror. Para acabarme quiero que una tarde sin nubes, bajo límpido sol/ nazca de un gran Jazmín/ una víbora blanca que dulce, dulcemente, me pique el corazón”

Alfonsina Storni

El presente trabajo de investigación surge de una preocupación situada y profundamente vigente: la problemática del suicidio como fenómeno social, sanitario y subjetivo y el lugar que ocupa la formación del Acompañante Terapéutico frente a su prevención y posvención. En un contexto donde las conductas suicidas constituyen una de las expresiones más complejas del sufrimiento humano, resulta indispensable interrogar si quienes se forman en el campo del Acompañamiento Terapéutico reciben, durante su trayecto académico, herramientas suficientes para intervenir de manera ética, crítica y profesional ante estas situaciones.

La elección de este tema responde, en primer lugar, a la necesidad de problematizar la relación entre formación académica y demandas sociales emergentes. En particular, se busca analizar si los egresados de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico, a lo largo de sus tres años de cursada, acceden a recursos teóricos y prácticos que les permitan intervenir en procesos de prevención y posvención del suicidio en la ciudad de Mar del Plata

La relevancia del estudio se sostiene en el reconocimiento de que el suicidio no puede ser abordado exclusivamente desde una perspectiva clínica individual, sino que exige miradas interdisciplinarias, comunitarias e integrales. En este sentido, el Acompañamiento Terapéutico, por su carácter vincular, territorial y subjetivante, constituye una práctica con potencialidad significativa para intervenir en escenarios de sufrimiento psíquico, crisis existenciales y vulnerabilidad social. Sin embargo, para que dicho potencial se traduzca en acciones concretas, es necesario que la formación

profesional contemple contenidos específicos, espacios de reflexión y experiencias que habiliten intervenciones responsables y contextualizadas.

En los últimos años, el aumento de debates públicos e institucionales sobre salud mental, así como la visibilización del suicidio como problemática de salud pública, han generado nuevas exigencias hacia las disciplinas vinculadas al cuidado y acompañamiento. A ello se suma la necesidad de construir estrategias de posvención, entendidas como acciones posteriores a la muerte por suicidio, destinadas a acompañar a familiares, allegados y comunidades afectadas, reduciendo riesgos de contagio y promoviendo procesos de elaboración colectiva (Paez, 2016). Estas dimensiones, muchas veces ausentes o escasamente desarrolladas en los trayectos formativos, invitan a explorar críticamente los planes de estudio y sus alcances.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) estima que en el mundo se suicidan cerca de 700000 personas por año y que esta modalidad se encuentra entre las principales causas de muerte en todo el mundo, además hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de otros 20 que intentaron suicidarse.

En Argentina, según los datos consolidados del 2024 suministrados por el sistema de alerta temprana¹, se registraron 4249 suicidios arrojando una tasa de 9,8 suicidios cada 100000 habitantes. Debido al persistente aumento de los casos durante los últimos cuatro años, desde 2023 es la principal causa de muerte violenta en el país, representando el 41,7 de los casos en 2024.

También se puede agregar como dato importante, que la mayor cantidad de suicidios se efectuaron en los primeros y últimos meses del año siendo los días domingos y lunes, en el horario de 8 a 12 los de mayor frecuencia. El 80,6 % de los suicidios se producen en hombres, el 19 % en mujeres y el 0,4 % sin determinar, siendo la franja etaria más afectada entre los 15 y 34 años.

La ciudad de Mar del Plata no es ajena a esta problemática, más allá que el sistema de alerta temprana no indica modificación de la tasa de suicidio, la información epidemiológica brindada por el SAME local indica que las lesiones autoinfligidas intencionalmente aumentaron de 185 en el 2024

¹ <https://cloud-snic.minseg.gob.ar>

a 209 en el 2025. En cuanto a las muertes se sabe del aumento no pudiendo verificar los números ya que dicha información es de uso restringido por las autoridades. Si bien el suicidio no constituye un delito su inclusión en el sistema Nacional de información criminal responde a la necesidad de registrar todas las modalidades de muertes violentas ante las que intervienen las fuerzas policiales. En este sentido, se debe tener en cuenta que el registro de suicidios provenientes de este sistema no es exhaustivo, ya que depende de la vinculación que establecen en cada jurisdicción, las instituciones de salud y de seguridad involucradas en su atención. Más allá de que el sistema no muestra la totalidad de los casos, si podemos resaltar la intencionalidad de cumplir con lo que establece la ley Nacional de Prevención al Suicidio N° 27130, en su artículo 6:

Crear un sistema de registro que contenga información estadística de los intentos de suicidio cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados. (Ley 27.130, 2015, art. 6.inc. e)).

Por todo esto, es que este estudio pretende aportar al fortalecimiento del campo del Acompañamiento Terapéutico como disciplina comprometida con las problemáticas contemporáneas de salud mental y políticas públicas. Analizar críticamente la formación en torno al suicidio no implica únicamente detectar vacancias curriculares, sino también reconocer oportunidades de transformación pedagógica, institucional y profesional. En este sentido, la investigación se proyecta como un insumo valioso para futuras revisiones curriculares, proyectos de extensión, capacitaciones específicas y nuevas investigaciones académicas.

El desarrollo de esta tesina busca, entonces, contribuir a la reflexión sobre la responsabilidad formativa de las instituciones educativas y sobre el rol del Acompañante Terapéutico en escenarios de alta complejidad subjetiva. Frente a una problemática que interpela a toda la sociedad, resulta imprescindible formar profesionales capaces de sostener la escucha, intervenir con criterio ético y construir respuestas colectivas ante el sufrimiento humano.

En definitiva, esta investigación se inscribe en la convicción de que la prevención y la posvención del suicidio no son tareas exclusivas de determinados especialistas, sino desafíos compartidos que requieren formación, compromiso y sensibilidad profesional. Desde allí, se propone abrir preguntas, generar conocimiento y aportar al fortalecimiento de prácticas de cuidado que promuevan la vida, la dignidad y la construcción de sentido en contextos de vulnerabilidad.

1.1. Tema:

“Las herramientas formativas brindadas a los egresados de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico (Resolución Ministerial 1221/15) y su incidencia en la preparación para intervenir en la prevención y posvención del suicidio en Mar del Plata en los últimos cinco años, considerando el aumento de casos registrados”

- Problema:

¿Qué herramientas teóricas y prácticas se brindan a los Acompañantes Terapéuticos en la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico (Resolución Ministerial 1221/15) durante la formación para su intervención en la prevención y posvención del suicidio en la ciudad de Mar del Plata?

1.2. Objetivo general:

“Analizar las herramientas teóricas y prácticas brindadas en la formación de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico (Resolución Ministerial 1221/15) en Mar del Plata y su preparación para intervenir en la prevención y posvención del suicidio durante el periodo 2021-2025”.

- Objetivos específicos:

- **Explorar** las herramientas teóricas que se brindan en la formación de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico y su vinculación con la prevención y posvención del suicidio.

- **Describir** las herramientas prácticas que se implementan durante la formación, incluyendo las prácticas profesionalizante y las experiencias institucionales y evaluar como preparan a los futuros AT para intervenir en situaciones relacionadas con la prevención y posvención del suicidio.
- **Indagar** las percepciones de egresados acerca de la suficiencia, pertinencia y aplicabilidad de las herramientas teóricas y prácticas recibidas durante la formación, identificando fortalezas y posibles vacancias en relación con la problemática del suicidio.

1.3. Fundamentación

La problemática del suicidio constituye hoy una de las principales preocupaciones de la salud pública Argentina. En ese marco, detenernos a indagar qué herramientas reciben los Acompañantes Terapéuticos (AT) durante su formación en la ciudad de Mar del Plata resulta fundamental. Se trata de un campo de trabajo que, por la cercanía con la vida cotidiana de las personas, coloca a los AT en una posición privilegiada para advertir signos tempranos de riesgo y acompañar los procesos de posvención junto a las familias y comunidades.

Aparte de la dimensión clínica, la prevención del suicidio requiere de una mirada integral, que incluya lo social, lo cultural y lo subjetivo, desde un trabajo interdisciplinario. La formación de los AT debería contemplar estas dimensiones, porque son ellos quienes trabajan en la intersección entre la salud mental y la vida diaria de las personas. Stolkiner (2021), “propone entonces una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares” (p. 190). Esta perspectiva enfatiza que las intervenciones en torno al suicidio deben situarse en el entramado de los determinantes sociales y no restringirse a un abordaje individual.

El interés en este tema se vincula tanto a la necesidad social de fortalecer los dispositivos de escucha, como a los debates actuales sobre la calidad de las propuestas formativas en el área del acompañamiento terapéutico. En Mar del Plata existen diferentes trayectorias de capacitación, pero

en nuestra experiencia, no siempre queda claro si incluyen contenidos específicos sobre la prevención y la posvención del suicidio, a pesar de que la práctica cotidiana coloca a los AT frente a situaciones de gran vulnerabilidad.

En relación con el marco legal, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N.º 27.130 constituye un punto de referencia inevitable. Allí se reconoce que la capacitación de los recursos humanos vinculados a la salud y a otras áreas es una responsabilidad del Estado.

Como establece el artículo 15:

El Estado deberá garantizar la capacitación permanente de los recursos humanos de los servicios de salud, de educación, de seguridad y de los servicios sociales, en la prevención, detección, atención, tratamiento y posvención de la conducta suicida, en todos los niveles y en todo el país. (Ley 27.130, 2015, art. 15).

Esta definición normativa habilita a pensar la brecha entre lo que se legisla y lo que ocurre en la realidad formativa de los AT.

Los antecedentes en el campo de la salud colectiva, ponen de relieve la importancia de construir políticas de prevención sostenidas en el tiempo y con fuerte base comunitaria (Stolkiner, 2005). Desde este marco, estudiar cómo se forman los AT en Mar del Plata en relación con el suicidio nos permite visibilizar el estado actual del problema y fortalecer el rol de estos profesionales como agentes de prevención y cuidado en salud mental.

1.4. Metodología

El siguiente trabajo tiene un enfoque cualitativo, según Sabino (1992) este se centra en comprender la realidad social desde la perspectiva de los sujetos, privilegiando la interpretación, la subjetividad y la experiencia vivida, más que la medición numérica. Posee un diseño exploratorio-descriptivo orientado a conocer si los Egresados de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico en Mar del Plata reciben las herramientas teóricas y prácticas necesarias para intervenir en la prevención y posvención del suicidio.

En primer lugar, se realizarán entrevistas en profundidad a ocho egresados de las diferentes instituciones de formación de la ciudad (Instituto Superior Acontecer (ISA), Instituto Superior IDRA, Instituto Pedro Luro, y IFST 151), seleccionados mediante un muestreo intencional, en consonancia con el diseño cualitativo propuesto en la investigación.

Las personas entrevistadas presentan trayectorias formativas diversas, tanto en relación con la institución de egreso como con la antigüedad profesional. Las edades registradas abarcan un rango amplio comprendido entre los 26 y 57 años, lo que permite recuperar percepciones provenientes de diferentes momentos vitales, trayectorias educativas y experiencias laborales. Se entrevistaron profesionales de 26, 27, 30, 32, 45, 49, 56, 57 años, configurando un grupo heterogéneo desde el punto de vista generacional.

Respecto del género, si bien la entrevista no solicitó explícitamente la percepción del mismo como variable de identificación, del análisis de las respuestas y del uso lingüístico emergen predominantemente trayectorias correspondientes a mujeres profesionales.

Las entrevistas semiestructuradas (planteadas en el anexo) se organizarán en torno a cuatro dimensiones principales:

1- Formación teórica recibida: contenidos curriculares vinculados a la prevención y posvención del suicidio.

2-Formación práctica y experiencias profesionalizantes: espacios de práctica supervisada, institucional y comunitaria, y su pertinencia frente a situaciones de salud mental compleja, crisis subjetiva y riesgo suicida.

3-Percepción de suficiencia y pertinencia: valoración de los egresados sobre la adecuación de las herramientas teóricas y prácticas recibidas.

4-Propuestas de mejora: sugerencias de los egresados para fortalecer la formación en relación con la prevención y posvención del suicidio.

Las entrevistas se realizarán de manera presencial o virtual, las mismas serán grabadas para posteriormente ser desgrabadas y analizadas según los objetivos de investigación.

Se garantizará la confidencialidad de los participantes, el consentimiento informado y el respeto por la sensibilidad del tema, en consonancia con la Ley Nacional de Prevención del Suicidio Nº 27.130 y los principios éticos de la investigación en salud mental.

Por otro lado, luego de haber consultado la biblioteca virtual que nos brinda la institución (UGR) como así también trabajos de Jornadas y Congresos relacionados a nuestra profesión hemos observado la inexistencia de publicaciones de investigación científica dentro del campo disciplinar del Acompañamiento Terapéutico por lo que creemos pertinente efectuar una revisión bibliográfica que permita una recolección exhaustiva de datos que aporten el estado actual y antecedentes del tema.

1.5. Estructura de la investigación

El recorrido propuesto en esta investigación se organiza en cinco ejes fundamentales que permiten desandar la problemática planteada.

En el capítulo 2, el marco teórico, establece los cimientos conceptuales, integrando la especificidad del dispositivo del Acompañamiento Terapéutico con una visión multicausal del suicidio desde perspectivas sociológicas, subjetivas y narrativas. A partir de este andamiaje, se inicia el análisis del material empírico dividido en tres dimensiones de análisis.

El capítulo 3 aborda la dimensión teórica, analizando la tensión entre la currícula formal y los contenidos "indirectos" que los egresados recuperan de su formación.

El capítulo 4 se adentra en la dimensión técnica, evaluando cómo las herramientas de intervención, como el vínculo y la escucha activa, y las experiencias en las prácticas profesionalizantes preparan (o no) al profesional para el abordaje de crisis graves.

En el capítulo 5, el foco se desplaza hacia la dimensión subjetiva, recuperando las percepciones de los egresados sobre su propia idoneidad y los sentimientos de incertidumbre que emergen ante el riesgo suicida.

Finalmente, en el capítulo 6, las conclusiones sintetizan los hallazgos, resaltando la invisibilidad de la posvención en la formación actual y la necesidad de repensar el rol del AT como un agente ético y político en el campo de la salud mental.

2. MARCO TEORICO

El presente capítulo tiene como objetivo construir un marco conceptual que permita comprender el fenómeno del suicidio desde una perspectiva integral, articulando aportes teóricos provenientes del campo del Acompañamiento Terapéutico, la salud mental y las ciencias sociales.

En primer lugar, se abordará el Acompañamiento Terapéutico como dispositivo de intervención, realizando un breve recorrido por su surgimiento y desarrollo en el campo de la salud mental, a fin de situar su especificidad y su relevancia en el abordaje de situaciones de sufrimiento psíquico. A continuación, se retomará su formalización en el ámbito de la formación técnica, en el marco de la Resolución 1221/15, con el propósito de delimitar las incumbencias, alcances y herramientas propias del rol.

En una segunda instancia, se avanzará sobre la conceptualización del suicidio, partiendo de los aportes de E. Durkheim, quien lo sitúa como un fenómeno social, para luego complejizar esta mirada desde la perspectiva de la subjetividad desarrollada por Silvia Bleichmar, poniendo el acento en los procesos de constitución psíquica y las condiciones que pueden derivar en situaciones de vulnerabilidad.

Asimismo, se incorporarán los desarrollos de Jerome Bruner, en relación con la construcción narrativa de la experiencia, entendiendo que la posibilidad de que el sujeto pueda narrarse constituye un elemento central en la elaboración del sufrimiento psíquico. Esta perspectiva se articulará con los aportes de Alicia Stolkiner, quien desde el campo de la salud mental y la salud pública introduce la importancia de la interdisciplina y de los abordajes integrales, situando el padecimiento en el entramado de condiciones sociales, institucionales y comunitarias.

Finalmente, el capítulo se orienta a delimitar el concepto de proceso suicida, sus distintas fases y las estrategias de intervención posibles, incorporando las nociones de prevención y posvención en el marco de la Ley Nacional N.º 27.130. De este modo, se busca ofrecer un andamiaje teórico que permita fundamentar las prácticas de acompañamiento terapéutico en situaciones de riesgo, desde una perspectiva ética, situada y centrada en el sujeto.

2.1. El acompañamiento terapéutico como dispositivo

Es un recurso que surge a principios de la década del '70 en Argentina, se origina en el campo de los tratamientos en salud mental, en un contexto de búsqueda de nuevas herramientas terapéuticas para abordar patologías que anteriormente se consideraban intratables o condenadas al confinamiento asilar (psicosis, demencias, adicciones, etc.), etapa también caracterizada por la aparición de recursos alternativos, tales como hospitales de día o las comunidades terapéuticas.

Surge de la mano de las ideas que evitan la marginación y la estigmatización del sujeto, en un intento de evitar la internación psiquiátrica o haciendo que la misma sea más acotada. Estas ideas generaron nuevos paradigmas de salud mental reflejados en la normativa actual que pone en relieve el dispositivo del acompañamiento terapéutico a partir de su mención en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Según Faria y González:

El dispositivo será entonces una estructura que se construye, en la que se ensamblan diferentes piezas de modo estratégico para alcanzar objetivos terapéuticos y en donde los engranajes se irán incorporando en la medida en que las necesidades del caso lo demanden.

Por lo tanto, nunca van a soldarse puntos de apoyatura estancos, sino que la estructura necesaria del dispositivo estará marcada por la dinámica del devenir singular. (Faria y González, 2023, p. 87)

El acompañamiento terapéutico es un dispositivo, que permite señalar una estrategia adecuada a la singularidad de cada paciente, se inserta en la vida cotidiana de la persona y compartirá con ella su cotidianeidad, trabaja inserto en un equipo terapéutico, colaborando, siguiendo y expandiendo la estrategia terapéutica. En este sentido, “el acompañante terapéutico es un operador que interviene en la cotidianeidad del paciente, sosteniendo un vínculo que posibilita la emergencia de nuevas formas de subjetivación” (Kuras & Resnizky, 2008, p.27).

Entre las múltiples funciones que puede cumplir, se destacan la de la contención y socialización. La contención a través del vínculo posibilita que el sujeto no sea segregado de la trama social y relacional a la que pertenece.

Tanto la complejidad de sus intervenciones como la responsabilidad que asume en los tratamientos de salud mental, hacen indispensable una formación específica que posibilite un buen desempeño del rol en el marco de la ética y la técnica de esta profesión. Esta instrucción debe contemplar contenidos teóricos, pero también incluir la posibilidad de transitar por una práctica supervisada. Los contenidos teóricos tienen que permitir comprender la complejidad de las patologías mentales, las circunstancias por la que se atraviesa en los distintos momentos de la vida, como así también todo lo referente al ejercicio del rol, su especificidad y sus aspectos tanto técnicos como éticos.

Una capacitación específica, adecuada y oficial garantiza la idoneidad de la persona que tendrá a cargo la responsabilidad de acompañar en sus tratamientos a sujetos vulnerables.

Si bien el acompañamiento terapéutico surge del abordaje de las adicciones y la psicosis, con el devenir del tiempo su campo de acción se fue ampliando a diversas patologías y diferentes contextos, sin perder la particularidad del rol.

A medida que los campos de trabajo se van ampliando, los acompañantes terapéuticos son requeridos para problemáticas en las que no han trabajado con anterioridad y que requieren una adecuada formación específica y en este caso nos centramos tanto en la prevención como en la posvención del suicidio.

2. 2. Formación del Técnico Superior en AT

La formación del Técnico Superior en Acompañamiento Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires se rige por las Resoluciones N° 1014/14 y N° 1221/15, que establecen una secuencia de actividades educativas que incluyen el establecimiento de una primera etapa de certificación de formación hasta un nivel superior de conocimiento técnico y comprensión.

Además de establecer el contenido y la organización de los planes de estudio, este marco regulatorio establece un concepto definido de cómo opera el acompañamiento terapéutico en el campo de la salud mental, en un sentido comunitario, interdisciplinario y basado en derechos. Además, la Resolución N° 1014/14 es la primera etapa educativa, que en última instancia desencadenará la certificación de Acompañante Terapéutico, y la Resolución N° 1221/15 lleva este camino más allá para continuar profundizándolo con el Título Técnico Superior.

El Título Técnico Superior tiene su perfil profesional volviéndose más teórico, técnico, así como ético en alcance y es más complejo. El diseño curricular se construye sobre una visión holística del sujeto, alejándose de modelos reduccionistas y biomédicos, y hacia una perspectiva que articula aspectos biológicos, psicológicos y sociales del tema.

Desde esta perspectiva, el acompañamiento terapéutico se enmarca como una práctica que excede la asistencia y participa en procesos de producción de subjetividad, vínculos sociales e inclusión.

Además, la formación es coherente con las disposiciones de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en las áreas de: desinstitucionalización, atención comunitaria, énfasis en los derechos humanos.

2.3. Herramientas teóricas y prácticas en la formación de la tecnicatura

La formación del Técnico Superior en Acompañamiento Terapéutico se organiza en distintos campos que buscan articular teoría y práctica, ofreciendo al futuro profesional un andamiaje integral para intervenir en la vida cotidiana de los sujetos.

Campo de formación general: Esta área expone al estudiante a los conceptos más amplios de salud pública, salud mental e investigación. No es solo al principio para iniciar una práctica, sino como una condición previa para ayudar a situar la práctica del acompañamiento terapéutico dentro de la política pública, las estructuras institucionales y los contextos socio-históricos.

Campo de formación fundacional: Este es un campo donde se enfoca la mayor parte del conocimiento disciplinario en apoyo de la práctica, incluidos aquellos extraídos de la psicología, la

psicopatología, la ética, la psicofarmacología, etc. Y es dentro de este campo donde se construye una visión clínica más amplia, permitiendo al futuro profesional explicar e interpretar las complejidades del sufrimiento subjetivo de una manera que evite reducirlo a categorías diagnósticas estrechas. Simultáneamente, propone las herramientas conceptuales que permiten la lectura de eventos desde una perspectiva crítica que no respalda prácticas estandarizadas o descontextualizadas.

Campo de formación específica: Este se centra en el aprendizaje de competencias inherentes a intervenciones en diversos contextos (hogar, institucional y comunitario). El conocimiento en estos contextos se construye en estrecha relación con la práctica para el desarrollo de estrategias situadas que atiendan específicamente al sujeto y su red relacional.

Campo de formación de las prácticas profesionalizantes: Las prácticas profesionalizantes constituyen un eje estructurante en la formación de técnicos superiores, en tanto posibilitan la articulación entre los saberes teóricos y las situaciones reales de intervención. No se reducen a una instancia de aplicación de contenidos, sino que implican un proceso complejo de construcción de conocimiento situado, donde el estudiante se inserta en escenarios concretos del campo profesional.

En el marco de la formación del Técnico Superior en Acompañamiento Terapéutico, estas prácticas se configuran como espacios pedagógicos donde se ponen en juego competencias técnicas, éticas y relacionales, en interacción con sujetos, instituciones y equipos interdisciplinarios. De este modo, favorecen el pasaje de una lógica de aprendizaje abstracto a una lógica de intervención situada, característica central del campo de la salud mental.

Desde una perspectiva formativa, estas prácticas permiten: La construcción de una posición subjetiva profesional, más allá de la adquisición de técnicas. El desarrollo de la capacidad de lectura de la complejidad de las situaciones clínicas y sociales. La incorporación de criterios de intervención basados en la singularidad del sujeto. La reflexión crítica sobre la propia práctica, en articulación con marcos teóricos.

Asimismo, las prácticas se inscriben en el paradigma de la salud mental comunitaria, en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promoviendo intervenciones que priorizan la inclusión social, el trabajo en red y el respeto por los derechos humanos.

Según la Ley 26.058 de Educación Técnico Profesional, los contenidos teóricos constituyen el conjunto de saberes conceptuales, científicos, técnicos y humanísticos que fundamentan la formación profesional y orientan a la comprensión de las prácticas específicas de una disciplina. Asimismo, en su artículo 22 señala que “la formación técnico profesional estará constituida por campos de formación general, científico-tecnológica, técnica específica y prácticas profesionalizantes” (Ley 26.058, 2005, art. 22). Desde esta perspectiva, los contenidos teóricos en la formación del AT permiten comprender los fundamentos psicológicos, sociales, sanitarios y éticos que sostienen la intervención profesional, favoreciendo la integración entre teoría y práctica en los distintos ámbitos de actuación.

La identificación de todas estas herramientas que recibe el profesional dentro de su formación se supone que deberían brindar la capacidad de sostener intervenciones concretas, tanto en la prevención del suicidio como en la posvención dirigidas a familiares, allegados y personas afectadas por una pérdida suicida.

Finalmente, parafraseando a Vygotsky (2000), la percepción no constituye únicamente un proceso sensorial, sino también una construcción influida por los conocimientos previos, las experiencias y los marcos culturales incorporados por el sujeto. Por su parte Bruner, sostiene que las personas organizan e interpretan la realidad a través de categorías aprendidas. Podemos decir entonces, que la percepción de los Técnicos Superiores en Acompañamiento Terapéutico se encuentra influida por las herramientas teóricas y prácticas adquiridas durante su formación profesional. Kuras y Resnizky (2008) destacan que la observación, la escucha y la lectura de la cotidianeidad constituyen herramientas centrales para la intervención del AT.

2.4. Conceptualización del suicidio

2.4.1. Perspectiva sociológica (Durkheim)

El suicidio siempre fue abordado por investigadores de diferentes disciplinas, pero no solo ha sido visto de manera más crítica desde los ángulos de la medicina y la psicología. Durkheim representa un punto de inflexión al posicionar el tema como algo visto en la esfera social. En su libro "El suicidio" (1897), el autor sugiere considerar el suicidio como un fenómeno social, reorientando las explicaciones de ser únicamente en términos de subjetividad individual al nivel estructural, para buscar el problema del suicidio como una realidad social.

En el capítulo introductorio define el suicidio como "cualquier caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo realizado por la propia víctima, sabiendo que produciría ese resultado". Esta definición amplía el examen para abarcar no solo actos realizados directamente, sino también omisiones y comportamientos igualmente significativos que representan la exposición consciente al riesgo de muerte. Por lo tanto, el enfoque está en la intencionalidad y la conciencia del sujeto que actúa. Es en este sentido que el aspecto social del suicidio surge del reconocimiento de regularidades estadísticas que van más allá de las elecciones individuales.

También señala que las tasas de suicidio son estables en cada sociedad a largo plazo, pero difieren dramáticamente de grupo social a grupo social, de cultura a cultura y de época a época. Esta continuidad facilita afirmar que el suicidio puede ser una función de ciertos factores sociales, más que solo de factores individuales o contingentes. Dentro de esta narrativa, expone dos principios (integración social y regulación social) que sustentan su análisis. La integración es la profundidad de la asociación que una persona tiene con los grupos sociales a los que pertenece, y la regulación es el conjunto de normas y límites que moldean el comportamiento. Basado en su articulación forma una tipología en la que se pueden clasificar diferentes formas de suicidio.

El suicidio egoísta ocurre en contextos de baja integración social, donde los lazos comunitarios tienen poca o inadecuada participación. Tal ausencia de pertenencia y aislamiento social crea vacío e impotencia.

El suicidio altruista, en contraste, está asociado con entornos excesivamente integrados en los que el individuo está subyugado al grupo, lo que a menudo termina en sacrificarse por el grupo.

El suicidio anómico es un tipo de suicidio que surge cuando las normas de la vida social que definen su estructura, o la falta de ellas, se debilitan o son insuficientes. Este tipo de suicidio a menudo se asocia con períodos de crisis o transformaciones sociales abruptas, donde ocurre una ruptura en el orden normativo, generando desorientación y frustración en los individuos.

Su teoría es crítica para comprender la realidad de que el suicidio es un fenómeno muy complejo que no puede representarse en la perspectiva individual. Su examen enfatiza las condiciones sociales que moldean la formación del comportamiento, incluso los actos más extremos.

Desde este punto de vista, entonces, el suicidio se convierte en una medida del tipo de organización social, niveles de cohesión y regulación que una sociedad atraviesa en un momento determinado de la línea histórica. Es en esta forma de ver el problema que se abre la puerta para hablar de cuestiones contemporáneas sobre el suicidio: el sufrimiento psíquico y los problemas psicológicos en las condiciones sociales contemporáneas.

2.4.2. Perspectiva Subjetiva (Bleichmar)

La autora plantea que el sufrimiento psíquico no puede reducirse a una dimensión exclusivamente intrapsíquica, sino que debe comprenderse como efecto de la intersección entre las condiciones sociales y los procesos de constitución subjetiva. Por lo que advierte que las transformaciones socioeconómicas contemporáneas han generado nuevas formas de padecimiento, caracterizadas por la fragilización de los soportes simbólicos y la dificultad para construir proyectos de vida sostenibles (Bleichmar, 2005).

Desde su punto de vista, la subjetividad se constituye en un entramado de relaciones donde el otro cumple un papel fundamental como sostén simbólico. Cuando este entramado se ve deteriorado, ya sea por exclusión social, precarización o ruptura de los lazos comunitarios, se incrementa la vulnerabilidad psíquica. En este marco, el suicidio puede pensarse no sólo como un

acto individual, sino como la expresión extrema de un sufrimiento que no ha encontrado vías de simbolización ni espacios de tramitación.

Además, introduce el concepto de “subjetividad en riesgo” para dar cuenta de aquellos sujetos cuyas condiciones de vida obstaculizan la inscripción de experiencias en marcos simbólicos que otorguen sentido. Este riesgo no refiere únicamente a patologías estructuradas, sino a procesos en los cuales se debilitan las capacidades de elaboración psíquica frente a situaciones traumáticas o de desamparo (Bleichmar, 2005). En este sentido, el suicidio puede aparecer como una salida ante la imposibilidad de sostener la existencia dentro de coordenadas significantes que la hagan habitable.

Asimismo, resalta la importancia de diferenciar entre dolor psíquico y sufrimiento elaborado. Mientras que el primero puede quedar encapsulado, sin mediaciones simbólicas, el segundo implica la posibilidad de ser ligado, narrado y compartido. La ausencia de esta elaboración incrementa el riesgo de pasajes al acto, entre los cuales el suicidio constituye una de sus formas más extremas.

Otro aspecto fundamental es la crítica a las lecturas reduccionistas del padecimiento subjetivo. La autora advierte sobre los riesgos de medicalizar o psicopatologizar de manera aislada fenómenos que tienen profundas raíces sociales. En este sentido, propone una ética de la intervención que contemple la restitución de condiciones de simbolización y la reconstrucción de lazos sociales como elementos fundamentales en la prevención del suicidio.

Para la autora, el suicidio no puede comprenderse sin atender al modo en que las condiciones sociales impactan en la constitución subjetiva. El sufrimiento psíquico que lo antecede se configura en la intersección entre la historia singular del sujeto y los contextos de precarización simbólica. Por ello, su abordaje exige intervenciones que no sólo apunten al individuo, sino también a la reconstrucción de tramas sociales que hagan posible la vida en común.

2. 4. 3. Perspectiva narrativa (Bruner)

El enfoque narrativo desarrollado por Bruner (1990, 2002) propone una comprensión del sujeto como una construcción simbólica que se organiza a través del lenguaje y, particularmente,

mediante relatos. La identidad no constituye una esencia estable o preexistente, por el contrario es el resultado de un proceso interpretativo mediante el cual los individuos otorgan sentido a sus experiencias. Sostiene que la construcción del yo adopta inevitablemente una forma narrativa: “será inevitablemente una narración: su forma será tan reveladora como su contenido” (Bruner, 1990, p.100).

Este planteo implica un desplazamiento epistemológico fundamental, el sujeto no es entendido como una entidad fija, sino como una configuración dinámica que se construye en el tiempo a partir de la organización narrativa de la experiencia vivida.

Bruner (2002) profundiza la centralidad de la narrativa en la vida humana, afirmando que los sujetos se encuentran inmersos en estructuras narrativas que organizan su percepción del mundo. En este sentido, señala: “la existencia humana está inevitablemente atravesada por relatos que configuran la experiencia”. (Bruner, 2002, p. 12)

Sostiene que: “las historias no cumplen únicamente una función descriptiva, sino constitutiva de la realidad” (Bruner, 2002, p. 89). Desde esta perspectiva, la narrativa no refleja la realidad de manera pasiva, más bien que participa activamente en su construcción simbólica.

Esto permite comprender que la experiencia humana no se organiza como una sucesión caótica de eventos, sino como una trama significativa que articula pasado, presente y futuro.

Bruner (1990, 2002) enfatiza también en que la construcción narrativa del yo no ocurre en el vacío, sino dentro de marcos culturales que proporcionan formas disponibles de significación. La cultura ofrece los recursos simbólicos mediante los cuales los sujetos organizan sus experiencias, seleccionan eventos relevantes y los integran en relatos coherentes.

En este sentido, la identidad es simultáneamente individual y cultural, ya que los relatos personales se construyen a partir de modelos narrativos socialmente disponibles. De este modo, el yo no solo narra su experiencia, además lo hace dentro de límites simbólicos y lingüísticos que estructuran lo que puede ser dicho y comprendido.

Las narraciones cumplen, entonces una función central en la organización de la experiencia, particularmente en la integración de eventos inesperados o disruptivos. Las historias permiten transformar lo caótico o traumático en secuencias dotadas de sentido, posibilitando la continuidad del yo.

Sin embargo, cuando esta capacidad narrativa se ve comprometida, la experiencia puede perder su coherencia organizadora. En estos casos, los acontecimientos dejan de integrarse en una trama significativa, generando fragmentación del sentido y dificultades en la construcción de identidad.

Bruner (2002) sugiere que las narraciones son el principal recurso humano para lidiar con las desviaciones de lo esperado, lo que implica que su debilitamiento afecta directamente la capacidad de reinterpretar la experiencia.

El sufrimiento psíquico puede ser interpretado como una alteración en la capacidad narrativa del sujeto, es decir, como una dificultad para organizar la experiencia en relatos coherentes que permitan sostener continuidad identitaria y proyección de futuro.

En este marco, el suicidio puede comprenderse como una forma extrema de quiebre narrativo, en la cual el sujeto pierde la posibilidad de inscribir su existencia en una historia significativa. No se trata únicamente de un acto individual aislado, sino de la expresión de una crisis en la producción de sentido, donde el relato personal se vuelve cerrado, empobrecido o incapaz de proyectar alternativas.

Podemos decir entonces que el autor permite desplazar la comprensión del fenómeno desde una perspectiva exclusivamente individual o biológica hacia una concepción simbólica y cultural de la subjetividad, en la cual la narración ocupa un lugar central en la constitución del yo y en la posibilidad de sostener la vida psíquica.

2.4.4. Perspectiva integral (Stolkiner)

Incorporar la perspectiva de Alicia Stolkiner permite complejizar el análisis del suicidio al inscribirlo en el campo de la salud pública y la salud mental colectiva. Desde este enfoque, el

padecimiento subjetivo no es concebido como un fenómeno aislado ni exclusivamente individual, sino como parte de procesos sociales más amplios que involucran condiciones de vida, acceso a derechos y modos de organización institucional.

Propone pensar los procesos de salud–enfermedad–atención como construcciones históricas y sociales, atravesadas por relaciones de poder, desigualdades estructurales y lógicas institucionales. En este sentido, el sufrimiento psíquico, particularmente el que puede derivar en conductas suicidas, debe comprenderse en relación con contextos de vulnerabilidad, exclusión social y debilitamiento de redes de sostén. Tal como sostiene la autora, estos procesos “se producen en sujetos situados, en condiciones concretas de existencia” (Stolkiner, 2005, p. 4).

Un aporte central es su desarrollo sobre la interdisciplina. La autora la define como un proceso que no implica la simple suma de saberes, sino una construcción conjunta que requiere articulación y diálogo entre diferentes campos disciplinares. En este sentido, señala que “la interdisciplina supone un trabajo de articulación que produce transformaciones en los saberes que intervienen, generando un nuevo campo de problemas” (Stolkiner, 2005, p. 5). Esta concepción resulta especialmente relevante para el abordaje del suicidio, siendo una problemática tan compleja que no puede ser abordada desde una única perspectiva.

Asimismo, enfatiza la necesidad de pensar la salud mental desde un enfoque de derechos, en el cual los sujetos no sean reducidos a su padecimiento, por el contrario reconocidos en su condición de ciudadanos. Esto implica que las intervenciones no deben limitarse a la atención de la urgencia, sino orientarse también a la restitución de derechos vulnerados, el acceso a recursos y la inclusión social.

Otro aspecto a tener en cuenta, es su crítica a los procesos de medicalización del sufrimiento, advirtiendo que muchas veces se tiende a individualizar problemáticas que tienen raíces sociales. Por lo tanto, propone fortalecer dispositivos comunitarios y territoriales que permitan alojar el malestar, promover la participación y reconstruir lazos sociales, aspectos fundamentales en la prevención del sufrimiento psíquico grave.

2. 5. El proceso suicida

Se construye en la trama de la historia de la persona, a partir de la forma de vivir, la forma de resolver problemas y como se relaciona con su entorno, de su propia mirada, en cuanto a su construcción de sí mismo, las conductas heredadas, como así también de las predisposiciones genéticas.

En el DSM-V encontramos la presencia de una aproximación a definir como proceso suicida desde una mirada clínica, encuadrándolo en un trastorno de la conducta.

Cuando se habla de una historia personal hablamos de una persona como un ser bio-psico-social, que en su desarrollo ha ido adquiriendo formas de enfrentar los problemas, transitar las crisis, resolver o no los conflictos de una manera particular y en relación con su entorno.

Este proceso se va construyendo y planificando paso a paso, identificando distintas fases que pueden tener una temporalidad diferente, variando de persona a persona, siendo cada caso particular, según la interacción con el medio, las fortalezas y debilidades, estos son factores influyentes que dilatan o apresuran dichas fases.

El proceso suicida es multicausal, ante un intento de suicidio por lo general, se conoce o sale a la luz la última causa o la causa que desencadeno la decisión final, pero hay que considerar que este proceso no está dado por un solo factor y que si hay otros elementos que no son tan visibles, pero están presentes o contribuyendo a la toma de decisión y la ejecución del acto suicida, que con mucha cautela y respeto hay que investigar.

La persona construye un proceso suicida, a través de preguntas que guían su pensamiento, a saber: cómo, cuándo y dónde. De estas tres preguntas directrices, la que define y nos muestra el riesgo inminente es cuándo. Este es el momento en que la persona tiene la fecha, hora, día, o época del año fijada. Estas preguntas son un mensaje en clave, que está ahí para ser descifrado.

El proceso suicida se describe como una sucesión de etapas que comienzan con dificultades cotidianas y pueden culminar en la muerte. A continuación, se detallan las dos primeras fases en la

cuales el AT puede detectar señales de alarma y dar aviso al equipo interdisciplinario y ofreciendo además un panorama general de las siguientes:

Fase 1: Acumulación de problemas sin resolver

Esta es la etapa inicial donde el proceso comienza a gestarse y construirse desde los aspectos cognitivos y emocionales. Se caracteriza por la aparición de problemas de la vida diaria que generan dificultades tanto en la percepción de uno mismo como en la relación con el entorno más cercano. En este punto, la persona empieza a experimentar una carga debido a situaciones que no logra solucionar de manera efectiva.

Fase 2: Acumulación de conflictos

En esta fase es fundamental distinguir entre un "problema" y un "conflicto". Mientras que el problema es una situación que busca resolución, el conflicto implica la manifestación de intereses opuestos, ya sea una disputa interna (con uno mismo) o externa (con otros). La falta de capacidad para resolver estas situaciones, sumada a la incertidumbre constante, suele derivar en sentimientos de angustia y frustración.

Fase 3: Crisis: Los conflictos acumulados llegan a su punto máximo, provocando un estado temporal de desorganización emocional y nerviosismo. Se percibe la situación como un callejón sin salida donde todo está mal.

Fase 4: Pensamientos negativos: La persona magnifica lo negativo y desvaloriza lo positivo. Aparece el dolor emocional y una "mentalidad de víctima" donde se siente que no hay nada que se pueda hacer para mejorar.

Fase 5: Ideación suicida: Se entra en una fase crítica donde el pensamiento se orienta a desaparecer. Comienzan a tomar forma tres preguntas directrices: ¿Cómo?, ¿Cuándo? y ¿Dónde?

Fase 6: Crisis por intento de suicidio: El pensamiento se lleva al acto específico a través de una autolesión o ingesta de medicamentos. A menudo se ve como un "ensayo" o un aprendizaje para aliviar un dolor intolerable.

Fase 7: Suicidio: Es el acto final por el cual el individuo se causa una lesión con intención de morir.

Es importante destacar que el estudio de estas fases permite reconocer que es posible intervenir en cualquiera de ellas para detener el proceso.

2.6. Prevención

Según la Ley N° 27.130 de Prevención del Suicidio, que entró en vigor en 2015, establece el marco regulatorio en Argentina para un enfoque integral del problema del suicidio, entendido como un problema de salud pública que requiere acción interdisciplinaria, intersectorial y persistente.

Desde este lugar, la prevención del suicidio se ve como un conjunto de enfoques estructurados que tienen como objetivo prevenir la aparición y prevalencia del comportamiento suicida, así como su manifestación, incluyendo, pero no limitado a la ideación, intentos y suicidio consumado. La ley propone un cambio de puntos de vista puramente clínicos o individualistas a determinantes sociales, culturales, económicos y comunitarios.

- Ejes Conceptuales de la Prevención Según la Ley

Enfoque Integral y Comunitario: La prevención no se limita solo al tratamiento del individuo, sino que se realiza a través de la articulación de políticas públicas que aborden los factores de riesgo y fortalezcan los factores de protección en diversos campos como la salud, la educación, el empleo y la comunidad.

Perspectiva de Derechos Humanos: Las personas en riesgo son vistas como sujetos de derechos, promoviendo el acceso equitativo a la atención de salud mental, no estigmatizando el comportamiento y respetando la dignidad y la confidencialidad.

Interdisciplinariedad e Intersectorialidad: La ley también apoya la participación conjunta de profesionales de diferentes disciplinas (salud, educación, trabajo social, acompañamiento terapéutico, etc.) y organizaciones estatales y sociales.

Prevención en Niveles: Se reconocen varios niveles de intervención de la siguiente manera:

-Prevención primaria: trabajo para apoyar la salud mental y fortalecer las redes de apoyo social para prevenir la aparición del comportamiento suicida.

-Prevención secundaria: detección e intervención temprana para proteger a las personas en riesgo.

-Prevención terciaria: apoyo posterior al intento de suicidio y apoyo para familiares y amigos (posvención).

Acceso a la Atención y Dispositivos de Atención: Promover el desarrollo y refuerzo de dispositivos de atención (líneas de ayuda, servicios de emergencia, equipos especializados, etc.)

Registro y Producción de Información: La legislación enfatiza la necesidad de producir buenos datos epidemiológicos para diseñar políticas públicas óptimas.

Rol del Estado en la Prevención: El Estado asume un papel central como garante de la salud; la responsabilidad de: Diseñar e implementar políticas públicas particulares. Capacitar a los equipos de salud y educación. Desarrollar campañas de concienciación. Hacer accesibles los servicios de atención en crisis.

2.7. Posvención

Siguiendo el enfoque integral de la Ley N° 27.130, la posvención se integra como uno de los pilares fundamentales. Se utiliza para describir las intervenciones proporcionadas después de un suicidio o intento, con el objetivo de reducir las consecuencias psicológicas, sociales y comunitarias del suicidio o intento, así como reducir la incidencia de otros suicidios e intentos de suicidio.

A diferencia de las medidas preventivas, la posvención entiende que el suicidio no es un evento aislado per se, es un acontecimiento que afecta las redes relacionales (familia, amigos cercanos, instituciones) de otros, lo que presenta desafíos que conducen a una variedad de necesidades de vulnerabilidad que requieren apoyo especial.

- Ejes conceptuales de la posvención.

Responder a las consecuencias psicosociales: La posvención está destinada a abordar las consecuencias emocionales y afectivas en las víctimas de un suceso suicida. Estas involucran el duelo

complicado, la culpa, la estigmatización y el riesgo elevado que presentan en conductas suicidas (efecto de contagio o imitación).

Prevención de nuevos eventos: Como tal, su objetivo principal es mitigar el riesgo de suicidio para los sobrevivientes (miembros de la familia, personas cercanas o incluso la comunidad) que representan una población particularmente vulnerable.

Apoyo en el duelo: se discute específicamente por sus formas particulares en las que se distingue de otros tipos de duelo (la presencia de preguntas sin respuesta o preguntas por resolver; responsabilidad, culpa, estigma y normas sociales).

Intervención comunitaria e institucional: la ley también exige una intervención a nivel institucional (escuelas, trabajo, comunidades), particularmente cuando el suicidio tiene consecuencias colectivas y busca espacios para la contención y el procesamiento.

Perspectiva interdisciplinaria: En línea con la prevención, la pos-intervención necesita la cooperación de varios actores: equipos de salud, educación, trabajo social y dispositivos comunitarios.

2.6. Cierre del marco teórico

Este marco teórico no solo organiza los aportes conceptuales, sino que habilita la transición hacia el análisis empírico: las voces de los egresados y sus experiencias formativas. Ellas permitirán evaluar en qué medida las herramientas recibidas dialogan con las demandas reales de la salud mental en Mar del Plata, y qué transformaciones curriculares resultan urgentes para fortalecer la práctica del acompañamiento terapéutico frente al suicidio.

DESARROLLO

Capítulo 3: Herramientas teóricas en la formación

Al iniciar el análisis de los resultados, surge un hallazgo de especial relevancia que atraviesa la totalidad de los testimonios: la ausencia absoluta del concepto de posvención del suicidio en los relatos de los entrevistados. Mientras que las voces de los profesionales se centraron de manera casi exclusiva en las vacancias y dificultades de la formación para la prevención y la intervención ante el riesgo inminente, no se registraron menciones espontáneas a herramientas, conocimientos o experiencias vinculadas al acompañamiento posterior a una muerte por suicidio.

Esta omisión inicial pone de manifiesto que, si la prevención ya ocupa un lugar limitado y fragmentario en la currícula, la posvención resulta prácticamente invisible en los trayectos formativos analizados.

Esta ausencia absoluta en los relatos no solo representa un vacío pedagógico, sino que genera una importante tensión en relación a las incumbencias profesionales del AT. De acuerdo con la Resolución 1221/15, el perfil del egresado exige una formación orientada al abordaje integral del sufrimiento psíquico. Sin embargo, la invisibilidad de la posvención entra en conflicto directo con las responsabilidades que la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N.º 27.130 asigna a los recursos humanos de salud y servicios sociales, quienes deben estar capacitados obligatoriamente en prevención, detección y posvención.

Esta desconexión produce un desajuste ético y técnico, mientras que la ley y el potencial del dispositivo sitúan al AT como un actor privilegiado para el acompañamiento en la cotidianeidad, la falta de herramientas específicas deja al profesional en una posición de incertidumbre sobre los límites y alcances de su rol ante una muerte por suicidio. En definitiva, se evidencia una tensión entre el vasto campo de intervención que el AT podría ocupar por su carácter vincular y territorial, y la preparación restringida que efectivamente recibe, la cual termina limitando su capacidad de respuesta ante la complejidad del fenómeno suicida.

En este capítulo se analizan las herramientas teóricas que brindan la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico y su vinculación con la problemática del suicidio. Se encontrará un desglose de las categorías surgidas de las entrevistas, donde se problematiza la ausencia de formación específica en el currículo formal y cómo esta vacancia es compensada, en parte, por contenidos indirectos relacionados con el sufrimiento psíquico, la subjetividad y la escucha activa. Asimismo, se exploran las diferencias institucionales y la relevancia de autores como Bleichmar y Frank para pensar la singularidad del padecimiento y el rol del AT en la prevención.

Del análisis de las entrevistas emergieron distintas categorías significativas vinculadas al modo en que la problemática del suicidio es abordada dentro de la formación académica del acompañante terapéutico. Entre las categorías principales se destacan: la ausencia de formación específica, la presencia de contenidos indirectos asociados a salud mental y sufrimiento psíquico, la importancia atribuida a la escucha activa y al vínculo terapéutico, las diferencias institucionales en el tratamiento de la temática y la construcción de herramientas por fuera del currículo formal.

3.1. Ausencia de formación específica: una recurrencia en las trayectorias formativas

La categoría de mayor presencia en los discursos de los entrevistados refiere a la limitada incorporación de contenidos específicos sobre prevención e intervención en situaciones relacionadas con el riesgo suicida.

Las respuestas muestran un patrón reiterado de vacancia formativa. Algunos entrevistados expresan de manera categórica no haber recibido herramientas académicas vinculadas a la temática. Una participante egresada del Instituto 151 responde simplemente: “Ninguna” (E1) al ser consultada por la formación recibida para intervenir en situaciones de riesgo suicida. En términos similares, un egresado del Instituto Pedro Luro afirma: “No recibí ningún tipo de formación específica” (E7), mientras que otro participante de ISA sostiene: “No recibí formación específica para intervenir en situaciones relacionadas con el riesgo de suicidio” (E4).

Incluso entre quienes reconocen algún acercamiento al tema, éste aparece descrito como superficial o periférico respecto de la estructura curricular. Otra entrevistada de ISA refiere que

“hemos tocado el tema pero muy por encima” y aclara que las actividades disponibles se realizaban mediante “charlas por fuera de la formación obligatoria” (E2). Del mismo modo, una participante de IDRA señala que “la formación específica sobre riesgo suicida fue bastante limitada durante la carrera”, indicando que la temática fue abordada únicamente “de manera general dentro de salud mental” (E6).

Los relatos permiten advertir que, pese a la creciente relevancia del suicidio como problemática sanitaria y social, su incorporación a la formación del acompañamiento terapéutico continúa presentándose de manera fragmentaria, desigual y, en muchos casos, insuficiente.

Este hallazgo adquiere relevancia si se considera que la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N.º 27.130 establece la necesidad de promover acciones de capacitación permanente para los equipos vinculados a salud, educación y ámbitos comunitarios. Asimismo, la Resolución 1221/15, que regula en la provincia de Buenos Aires, el perfil profesional del Técnico Superior en Acompañamiento Terapéutico, plantea una formación orientada al abordaje integral del sufrimiento psíquico desde perspectivas interdisciplinarias, comunitarias y centradas en derechos.

En este sentido, los discursos relevados permiten problematizar una tensión entre las demandas actuales del campo de la salud mental y los contenidos efectivamente ofrecidos durante la formación técnica.

3.2. Contenidos indirectos: salud mental, sufrimiento psíquico y crisis subjetiva

Aunque predomina la ausencia de formación específica, el análisis de las entrevistas permite identificar la presencia de contenidos indirectos vinculados a la comprensión del sufrimiento psíquico, las crisis subjetivas y las problemáticas de salud mental.

Entre los contenidos más mencionados aparecen psicopatología, psicofarmacología, Ley de Salud Mental, subjetividad, acompañamiento interdisciplinario, escucha activa y construcción del vínculo terapéutico.

Una egresada de IDRA refiere que, si bien no recibió capacitación específica sobre suicidio, durante su formación trabajaron “la escucha activa, la detección temprana de señales de alarma y la

importancia de trabajar siempre en equipo y construir redes de sostén” (E5). Otra entrevistada de Idra recuerda como centrales los contenidos relacionados con “salud mental, escucha activa, construcción del vínculo terapéutico y acompañamiento interdisciplinario”, agregando la importancia de comprender “cómo los factores sociales y familiares influyen en la salud mental” (E6).

Estas respuestas permiten observar que la problemática suicida aparece frecuentemente subsumida dentro de contenidos más amplios vinculados al padecimiento subjetivo y la salud mental, sin constituirse necesariamente como objeto específico de enseñanza.

En este punto resulta pertinente recuperar los aportes de María Laura Frank, quien plantea que el acompañamiento terapéutico se sostiene en una práctica esencialmente vincular, construida desde la presencia, la escucha y el trabajo sobre la cotidianidad del sujeto. La autora sostiene que el acompañante ingresa “con su presencia real, corporal y subjetiva” en el mundo del otro, constituyéndose el vínculo en una herramienta central del dispositivo (Frank, 2022, pp. 11–13).

Desde esta perspectiva, la reiterada aparición de categorías como escucha activa, redes de sostén, acompañamiento interdisciplinario y construcción del vínculo terapéutico en las entrevistas adquiere una relevancia particular. Aunque los participantes no hayan recibido formación específica en suicidio, identifican herramientas clínicas que podrían constituirse en recursos fundamentales para el abordaje preventivo de situaciones de sufrimiento subjetivo intenso.

3.3. Vínculo terapéutico y escucha activa: herramientas centrales del acompañamiento terapéutico

Una de las dimensiones más significativas emergentes del análisis se relaciona con la centralidad otorgada a la escucha y al vínculo terapéutico.

En varias entrevistas aparece la idea de que comprender el sufrimiento psíquico no depende exclusivamente del dominio de categorías diagnósticas o protocolos de intervención, sino también de la capacidad de construir espacios de escucha, sostén y reconocimiento de la singularidad subjetiva.

Esta dimensión dialoga con los desarrollos de Frank (2022), quien entiende al acompañamiento terapéutico como una práctica que opera en el borde de lo subjetivo, produciendo intervenciones desde la presencia, la disponibilidad y la construcción de lazo. El vínculo terapéutico no constituye únicamente una técnica complementaria, sino una condición de posibilidad para alojar el padecimiento y acompañar procesos de crisis.

Los relatos analizados muestran precisamente esta orientación. Los entrevistados que mencionan herramientas como escucha activa, detección de señales, construcción de redes o acompañamiento interdisciplinario parecen reconocer, aun sin nombrarlo explícitamente, la potencia clínica de la dimensión vincular propia del dispositivo AT.

En consonancia con ello, Kuras y Resnizky (2008) sostienen que el acompañamiento terapéutico desarrolla su especificidad en la construcción de intervenciones situadas, sostenidas en la cotidianeidad, el lazo social y la producción de espacios de sostén subjetivo. Desde esta perspectiva, el trabajo del acompañante terapéutico excede la mera observación o asistencia, involucrando una práctica activa de acompañamiento sobre procesos de sufrimiento complejos.

3.4. Subjetividad y comprensión singular del sufrimiento

Otra categoría significativa emergente refiere a la noción de subjetividad como herramienta para comprender las experiencias de sufrimiento.

Una participante de Pedro Luro sostiene que “las personas sentimos y recibimos el mundo cada cual de una manera diferente” y agrega que “cada persona tiene su propia subjetividad” (E7). Este planteo resulta relevante porque introduce una comprensión no homogeneizante del sufrimiento psíquico.

Esta valoración de la singularidad en la experiencia subjetiva permite recuperar los aportes de Najmanovich, quien cuestiona las concepciones esencialistas del sujeto propias de la modernidad y propone pensar la subjetividad desde una lógica compleja, dinámica y vincular. La autora sostiene que “no nacemos sujetos sino que devenimos tales en y a través del juego social” (Najmanovich, s.f., p. 1), entendiendo la subjetividad como una construcción emergente producida en la interacción con

otros, con las instituciones y con el mundo sociocultural. Desde esta perspectiva, comprender el sufrimiento psíquico y las conductas suicidas requiere alejarse de explicaciones lineales para considerar las múltiples dimensiones relacionales, históricas y contextuales que atraviesan la experiencia subjetiva.

Si bien los entrevistados no desarrollan formulaciones teóricas extensas sobre el concepto, sus discursos muestran una valoración de la singularidad subjetiva y de las diferencias en las maneras de experimentar, significar y atravesar situaciones críticas.

Esta dimensión resulta especialmente pertinente para pensar la prevención del suicidio, ya que permite alejarse de explicaciones lineales o reduccionistas y comprender la complejidad de las experiencias subjetivas implicadas.

Asimismo, algunos participantes mencionan autores trabajados durante la carrera, entre ellos Freud, Frank, Kuras y Resnizky y Bustos, asociados a contenidos vinculados “al borde de lo subjetivo”. Aunque no recuerden textos específicos ni espacios curriculares precisos, estas referencias sugieren la presencia de aproximaciones conceptuales orientadas a pensar el padecimiento desde perspectivas relacionales y no exclusivamente patologizantes.

La comprensión de la singularidad del padeciente no puede dissociarse de las coordenadas de género que atraviesan su historia. Los datos del sistema de alerta temprana revelan que el 80,6 % de los suicidios en Argentina corresponden a varones. Esta desproporción estadística puede leerse desde la perspectiva de Bleichmar (2005), quien advierte sobre la 'subjetividad en riesgo' cuando fallan los soportes simbólicos que permiten tramitar el dolor. En el caso de las masculinidades, los mandatos sociales suelen operar como obstáculos para la narración del sufrimiento, dificultando que el dolor psíquico sea ligado y compartido en lugar de quedar encapsulado.

Asimismo, un abordaje integral desde los estudios de género requiere considerar no solo la posición del padeciente, sino también la singularidad de los profesionales y sus voces. Como señala Frank (2022), el AT interviene con su presencia real, corporal y subjetiva. En un campo profesional predominantemente femenino, según se observa en las trayectorias de las entrevistadas de este

estudio, la voz del profesional debe ser problematizada como parte del dispositivo. La escucha del AT no es neutra; es una herramienta situada que debe ser capaz de descifrar los mensajes en clave del proceso suicida masculino, reconociendo al mismo tiempo sus propias implicaciones subjetivas en el vínculo.

3.5. Heterogeneidad institucional y aprendizajes extracurriculares

Otro aspecto relevante surgido del análisis refiere a las diferencias institucionales en el abordaje de la temática.

Mientras algunos egresados manifiestan no haber trabajado nunca contenidos vinculados al suicidio durante la carrera, otros describen experiencias puntuales asociadas a materias específicas o iniciativas docentes particulares.

Una entrevistada del Instituto 151 (E8), refiere que recién en tercer año, dentro de la materia “Organización y Gestión de los Servicios de Salud Mental”, abordaron contenidos vinculados a la problemática suicida, estrategias preventivas e intervenciones posibles según grupos etarios. Menciona además la influencia de un docente con formación en primeros auxilios psicológicos, cuya experiencia profesional incidió en el tratamiento del tema dentro del espacio curricular.

Este hallazgo permite advertir que el acceso a herramientas teóricas sobre prevención y posvención no aparece distribuido homogéneamente entre instituciones, cohortes o recorridos formativos, sino frecuentemente condicionado por iniciativas particulares, intereses docentes o actividades extracurriculares.

Finalmente, algunos relatos muestran que parte del aprendizaje vinculado al sufrimiento psíquico y las crisis subjetivas se construyen por fuera del currículo formal. Una entrevistada de Pedro Luro refiere haber atravesado “una situación cercana” donde pudo intervenir “aplicando funciones básicas del rol”, aun sin haber recibido formación específica (E3).

Este aspecto resulta significativo porque evidencia cómo muchos saberes profesionales terminan configurándose desde la práctica, las experiencias personales o los recorridos laborales posteriores al egreso.

3.6. Consideraciones finales del objetivo

El análisis realizado permite afirmar que los contenidos teóricos vinculados específicamente a la prevención y posvención del suicidio ocupan un lugar limitado y heterogéneo dentro de las trayectorias formativas relevadas.

Si bien los entrevistados reconocen contenidos importantes vinculados a salud mental, subjetividad, escucha activa, psicopatología, interdisciplinariedad y construcción del vínculo terapéutico, éstos aparecen predominantemente como herramientas indirectas para pensar el sufrimiento psíquico, más que como una formación sistemática orientada al abordaje del riesgo suicida.

En este escenario, la escucha activa, el vínculo terapéutico, la construcción de redes y el trabajo interdisciplinario emergen como recursos clínicos centrales del dispositivo AT, aunque frecuentemente desarticulados de una enseñanza específica sobre prevención y posvención.

Los resultados obtenidos permiten problematizar la necesidad de fortalecer la incorporación curricular de contenidos específicos sobre suicidio dentro de la formación del acompañamiento terapéutico, considerando no sólo las demandas contemporáneas del campo de la salud mental sino también la responsabilidad ética, sanitaria y profesional implicada en la preparación de futuros trabajadores del área.

Capítulo 4: Herramientas prácticas y experiencias profesionalizantes

Este capítulo se propone describir y evaluar las herramientas prácticas y las experiencias en espacios de prácticas profesionalizantes que los egresados consideran clave en su preparación profesional. A través del análisis de los relatos, se podrá identificar instrumentos fundamentales como el vínculo terapéutico, la observación y la contención emocional. Se examinan también los escenarios institucionales recorridos por los estudiantes y la brecha existente entre la formación práctica general y la preparación específica para intervenir en situaciones de crisis subjetiva grave o riesgo de suicidio.

El presente objetivo específico propone describir herramientas prácticas implementadas durante la formación de los Acompañantes Terapéuticos que contribuyen a su preparación para intervenir en situaciones de sufrimiento psíquico y, particularmente, en el campo del riesgo suicida.

La formación de técnico superior en acompañamiento terapéutico contempla la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos orientados a la intervención en diversos ámbitos de salud, la educación y la comunidad. La Resolución N° 1221/15 establece que el futuro profesional debe desarrollar competencias que le permitan acompañar a personas en situación de vulnerabilidad psicosocial, integrándose a equipos interdisciplinarios y participando en estrategias de promoción, prevención y atención de la salud mental (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2015). En este sentido, las prácticas profesionalizantes constituyen una instancia fundamental dentro de la formación, ya que posibilitan el acercamiento a escenarios reales de intervención y articulación entre los contenidos académicos y la experiencia concreta.

A partir del análisis de las entrevistas realizadas, se observa que las principales herramientas prácticas adquiridas durante la formación se vinculan con la construcción del vínculo terapéutico, la escucha activa, la observación, la contención emocional, el trabajo interdisciplinario y, en algunos casos, la incorporación de recursos específicos como los primeros auxilios psicológicos. Sin embargo, también emerge una percepción compartida acerca de las limitaciones de la formación para intervenir específicamente en situaciones de riesgo suicida.

4.1. Construcción del vínculo terapéutico

Uno de los aspectos más destacados por los entrevistados es la construcción del vínculo terapéutico. Una entrevistada de Pedro Luro señala que las herramientas recibidas durante la formación fueron “Las básicas, primero crear un vínculo que es fundamental en el acompañamiento, la escucha activa y el presta el yo, creo que son las fundamentales” (E7). Esta afirmación permite reconocer que la dimensión vincular ocupa un lugar central dentro de la práctica del acompañamiento terapéutico.

El vínculo constituye la principal herramienta de trabajo del acompañante terapéutico, ya que posibilita la construcción de una relación de confianza desde la cual el sujeto puede expresar emociones, pensamientos y conflictos que forman parte de su experiencia vital. En este sentido, Ulloa (1995) destaca la importancia de las prácticas de cuidado y de sostén subjetivo, entendiendo que la escucha y la disponibilidad constituyen elementos esenciales para acompañar a personas que atraviesan situaciones de sufrimiento psíquico. Desde esta perspectiva, el acompañamiento terapéutico se configura como una práctica que busca alojar al sujeto en su singularidad, favoreciendo espacios donde la palabra pueda circular y adquirir sentido.

4.2. La escucha activa como herramienta fundamental

La escucha activa aparece asociada a esta función de sostén. Todos los entrevistados la identifican como una de las herramientas más importantes adquiridas durante su formación. Una entrevistada de ISA, relata una experiencia particularmente significativa al referirse a una persona que le compartió aspectos relacionados con una planificación suicida: “Trate el tema con mucha delicadeza y con mucho apoyo del equipo. Escuche lo que ella quería contarme y pensé muy bien cada una de mis respuestas” (E2).

Asimismo, la misma entrevistada señala que una de las herramientas más importantes consiste en “mantener la calma sin mostrar sorpresa o preocupación exagerada”.

Estas expresiones evidencian la relevancia de una escucha respetuosa, libre de juicios y capaz de sostener situaciones emocionales complejas. En el campo de la prevención del suicidio, la

escucha constituye una herramienta fundamental para favorecer la expresión del sufrimiento y detectar indicadores de riesgo que podrían pasar inadvertidos en otros contextos.

4.3. La observación dentro del rol del AT

Otra herramienta práctica mencionada por los entrevistados es la observación. Una entrevistada de Pedro Luro, refiere haber adquirido durante su formación “herramientas de escucha, contención, observación, trabajo en equipo e identificación de situaciones de vulnerabilidad” (E6).

La observación constituye una herramienta esencial dentro del rol del AT ya que posibilita conocer a la persona en su contexto cotidiano, registrar cambios en su conducta, identificar factores de riesgo y reconocer señales de malestar emocional.

Podemos relacionar la importancia de la observación del AT en las primeras fases del proceso suicida donde podemos identificar: manifestación de estrés persistente, comentarios frecuentes sobre preocupaciones, cambios en los hábitos cotidianos, alteraciones en el sueño o la alimentación, aislamiento progresivo, disminución de interés por actividades que antes eran placenteras.

Cuando los problemas sin resolver persisten se pueden transformar en conflictos internos y externos. La persona comienza a experimentar sentimientos de frustración, enojo, culpa y fracaso.

El AT puede observar mayor irritabilidad, dificultades para relacionarse, soledad y pensamientos negativos.

La observación no implica solamente mirar o registrar conductas, sino comprender su significado, a través de una presencia cercana empática y profesional. El AT puede detectar señales tempranas de vulnerabilidad, favorecer espacios de escucha y transmitir información relevante al equipo interdisciplinario.

En la fase 1 y 2 del proceso suicida, la observación constituye una herramienta preventiva de mucho valor, ya que permite intervenir antes que el sufrimiento avance hacia etapas más críticas del proceso.

El AT contribuye a fortalecer los factores de protección, promover recursos para afrontar los conflictos y sostener a la persona en momentos de especial vulnerabilidad.

4.4. Intervención en prácticas profesionalizantes

Las entrevistas también permiten analizar las características de las prácticas profesionalizantes realizadas durante la formación. Los participantes describen experiencias desarrolladas en la escuela, centros de día, hospitales generales, instituciones psiquiátricas, geriátricos y dispositivos comunitarios de salud mental. Sin embargo, la mayoría manifiesta no haber tenido contacto directo con situaciones de riesgo suicida durante dichas prácticas.

Una de las entrevistada de la 151 señala: “Fui a un dispositivo de salud mental comunitario y a instituciones escolares, no me enfrente a situaciones complejas” (E1).

Por su parte, la entrevistada de Pedro Luro expresa: “No me enfrente a ninguna situación de crisis, por suerte, porque no me sentía capacitada” (E3).

Estos testimonios muestran que, aunque las prácticas permitieron el acercamiento a diferentes problemáticas de salud mental, no necesariamente posibilitaron experiencias concretas vinculadas con el abordaje de conductas suicidas o crisis subjetivas graves.

Parafraseando a Galende (1994), la Salud mental debe comprenderse como un proceso complejo atravesado por factores subjetivos, sociales, culturales e institucionales. El autor plantea que el sufrimiento psíquico no puede reducirse a una dimensión individual, sino que debe analizarse en relación con los contextos en los que se desarrolla la vida de las personas. En este sentido, las prácticas profesionalizantes adquieren un valor fundamental, ya que permiten a los futuros acompañantes terapéuticos conocer la complejidad de los escenarios institucionales y comunitarios donde posteriormente desarrollaran su actividad profesional.

Un aspecto particularmente significativo surge de la experiencia relatada por la entrevistada de la 151 en el dispositivo de arte comunitario Crisálida, describe una modalidad de trabajo centrada en la singularidad de las personas participantes: “Cada uno tenía su nombre, entonces trabajamos con José, Juan o el que sea, pero no teníamos en cuenta la patología, era un punto secundario”. (E8)

Heidegger (1987) advierte que se puede hablar mucho y no decir nada, que “decir significa: mostrar, dejar aparecer, dejar ver y oír” (P 217). Nombrar a otro es reconocer su existencia, también es trabajar el vínculo.

Esta experiencia puede analizarse a partir de los aportes de Bleichmar (2005), quien sostiene que la subjetividad constituye una construcción singular que no puede reducirse a clasificaciones diagnósticas. Desde esta perspectiva, cada sujeto debe ser comprendido en función de su historia, sus vínculos y los modos particulares en que construye sentido a la experiencia. El relato de la entrevistada evidencia una práctica centrada en la persona y no exclusivamente en la enfermedad, promoviendo formas de intervención que reconocen la singularidad de cada trayectoria subjetiva.

4.5. La contención emocional y el trabajo interdisciplinario

Las herramientas expresivas también aparecen como recursos relevantes dentro de algunas experiencias formativas. La entrevistada de la 151, menciona haber recibido capacitación en “primeros auxilios psicológicos, técnicas de mindfulness, técnicas de sensibilización” (E8), además de estrategias orientadas a favorecer la puesta en palabras de las experiencias subjetivas.

Estas herramientas contribuyen a la regulación emocional, la contención y la elaboración de situaciones de sufrimiento, ampliando los recursos disponibles para la intervención profesional.

Otro hallazgo importante se relaciona con el trabajo interdisciplinario, diversos entrevistados destacan la necesidad de intervenir en articulación con otros profesionales y de contar con espacios de supervisión. La entrevistada de IDRA sostiene: “Herramientas prácticas: trabajar siempre en equipo, supervisar, terapia personal, capacitación continua profesional” (E5).

Del mismo modo, la entrevistada de ISA remarca que pudo sostener una situación compleja gracias al acompañamiento del equipo tratante. Estos testimonios reflejan la importancia de las intervenciones colectivas frente a problemáticas complejas.

En este punto resultan especialmente relevantes los aportes de Stolkiner (2005), quien sostiene que la interdisciplina implica la articulación de diferentes saberes y prácticas para abordar problemáticas que exceden las posibilidades de una única disciplina.

Desde esta perspectiva, el acompañante terapéutico forma parte de redes de trabajo que favorecen una comprensión integral del sujeto y posibilitan intervenciones más eficaces frente a situaciones de vulnerabilidad.

No obstante, junto con el reconocimiento de las herramientas adquiridas, los entrevistados expresan ciertas limitaciones respecto de la preparación específica para intervenir en situaciones de riesgo suicida. La Entrevistada de la 151, respondió de manera contundente que no había recibido “ninguna” herramienta para intervenir en crisis subjetivas (E1). De forma similar, el entrevistado de ISA manifestó: “Para este tipo puntual de crisis, intento de suicidio, no ninguna” (E4). Asimismo, la entrevistada de IDRA considera que: “Falto mayor formación tanto teórica como practica sobre cómo actuar específicamente ante un riesgo suicida” (E6).

Por su parte la entrevistada de IDRA reconoce: “Fue en mi primer caso de acompañamiento que estuve en un situación real de crisis, dándome cuenta que me faltaba capacitación” (E5).

Estas expresiones permiten inferir que aunque la formación brinda herramientas generales valiosas para el acompañamiento de personas en situación de sufrimiento psíquico, los propios egresados identifican la necesidad de fortalecer la capacitación específica vinculada a la prevención, detección e intervención frente al riesgo suicida.

4.6. Consideraciones finales del objetivo

En síntesis, los resultados obtenidos muestran que las principales herramientas prácticas implementadas durante la formación de los entrevistados fueron la construcción del vínculo terapéutico, la escucha activa, la observación, la contención emocional, la identificación de situaciones de vulnerabilidad y el trabajo interdisciplinario. Estas competencias constituyen recursos fundamentales para el ejercicio profesional y permiten al acompañante terapéutico intervenir desde una perspectiva centrada en la singularidad del sujeto. Sin embargo, los testimonios también evidencian la necesidad de profundizar la formación específica relacionada con el riesgo suicida, incorporando mayores instancias de capacitación teórica y práctica que preparen a los futuros

profesionales para afrontar situaciones de alta complejidad dentro de los diversos ámbitos de intervención.

Capítulo 5: Percepciones de los egresados

En el presente capítulo se indagan las percepciones de los egresados respecto de la suficiencia y pertinencia de la formación recibida frente a la complejidad del suicidio. Se encontrará un análisis cualitativo que revela sentimientos de incertidumbre e inseguridad profesional ante situaciones de riesgo, así como la tendencia de los profesionales a buscar capacitación complementaria por fuera del ámbito institucional. Finalmente, se presentan las demandas y propuestas de mejora del colectivo de egresados, quienes enfatizan la necesidad de supervisión, trabajo interdisciplinario y la urgencia de romper el tabú sobre el suicidio en los planes de estudio.

Pudimos detectar a partir del análisis de las entrevistas, cinco categorías principales: la percepción de insuficiencia formativa, la incertidumbre profesional frente a situaciones de riesgo suicida, la búsqueda individual de formación complementaria, la necesidad de dispositivos de sostén profesional y la persistencia del suicidio como temática escasamente abordada en la formación.

5.1. La percepción de insuficiencia formativa

La categoría que aparece con mayor frecuencia en los relatos es la percepción de insuficiencia de la formación recibida para intervenir ante situaciones vinculadas al suicidio. Los entrevistados describen trayectorias educativas en las cuales la temática estuvo ausente o fue abordada de manera superficial.

La Entrevistada de la 151, definió su experiencia formativa como "totalmente nula", señalando además que los contenidos recibidos se limitaron a diagnósticos clínicos (E1). De manera similar, la entrevistada de Pedro Luro manifestó: "No me siento preparada ya que no recibí formación" (E3), mientras que la otra entrevistada de la misma institución, afirmó de manera categórica: "No recibí formación para intervenir en situaciones vinculadas al suicidio" (E7). Asimismo, El Entrevistado de ISA sostuvo que la formación recibida fue "prácticamente nula" (E4) y la entrevistada de la 151, la describió como "floja, muy floja" (E8).

Parafraseando a Bruner (1990), estas expresiones pueden comprenderse como narrativas mediante las cuales los sujetos organizan y dotan de significado a sus experiencias formativas. Los relatos construyen una representación compartida de la formación como insuficiente para responder a las demandas que implica el abordaje del riesgo suicida. Más allá de las diferencias institucionales y generacionales entre los entrevistados, las narrativas convergen en la percepción de una preparación limitada para enfrentar esta problemática.

Resulta significativo que la insuficiencia percibida no se vincule únicamente con la ausencia de contenidos teóricos, sino también con la falta de herramientas específicas de intervención. En este sentido, los entrevistados no cuestionan solamente qué se enseñó, sino también cómo se enseñó y qué recursos concretos pudieron construir durante su formación.

5.2. La incertidumbre profesional frente a incertidumbre de riesgo suicida

Una segunda categoría emergente se relaciona con los sentimientos de incertidumbre e inseguridad que los entrevistados manifiestan al imaginar su intervención frente a situaciones de crisis suicida.

El entrevistado de ISA expresó: "Si se encerrara en el baño y se podría estar lastimando, no sé cómo intervenir, no sé si tengo que llamar a la policía, al equipo, si romper la puerta, no sabría cómo actuar" (E4).

De manera similar, la entrevistada de Pedro Luro sostuvo que únicamente podría "estar y escuchar", pero que no sabría cómo intervenir ante una situación de riesgo suicida (E3). La entrevistada de la 151, por su parte, afirmó que no se siente capacitada para acompañar personas que presenten este tipo de riesgo (E8).

Estas narrativas permiten observar que la falta de formación no solo es percibida como una carencia de conocimientos, sino también como una fuente de inseguridad subjetiva frente al ejercicio profesional. Los entrevistados anticipan escenarios de intervención y, al hacerlo, ponen de manifiesto dudas respecto de los límites de su rol, las decisiones que deberían tomar y los recursos institucionales a los cuales recurrir.

Esta situación puede analizarse desde el concepto de apuntalamiento desarrollado por Kaës (1992), quien sostiene que la constitución y el ejercicio de las funciones profesionales requieren apoyos institucionales, grupales y simbólicos que permitan sostener al sujeto frente a las exigencias de la tarea. Cuando estos soportes son percibidos como insuficientes, pueden emerger sentimientos de vulnerabilidad, incertidumbre y desamparo profesional. En este sentido, la inseguridad expresada por los entrevistados puede interpretarse como una consecuencia de la fragilidad de los apuntalamientos formativos disponibles.

5.3. La búsqueda individual de formación complementaria

Otra dimensión relevante que surge de los relatos es la percepción de que la capacitación específica en prevención e intervención ante el suicidio depende, en gran medida, de iniciativas personales posteriores al egreso.

El entrevistado de ISA, señaló que el conocimiento sobre esta temática proviene principalmente de "capacitaciones externas o talleres específicos que uno opte hacer por fuera de la institución" (E4) En la misma línea, la Entrevistada de IDRA manifestó que, luego de la formación inicial, "queda más en la búsqueda personal el informarse si queremos trabajar en este contexto" (E6).

Estos testimonios evidencian un desplazamiento de la responsabilidad formativa desde las instituciones educativas hacia los propios profesionales. Ante la percepción de vacíos en la formación inicial, los egresados consideran necesario recurrir a cursos, capacitaciones y espacios de actualización externos para adquirir herramientas específicas.

Según Bruner (1990), esta construcción discursiva resulta significativa porque ubica al sujeto en un rol activo respecto de su propio aprendizaje, aunque al mismo tiempo pone en evidencia las limitaciones percibidas en los procesos formativos institucionales. La búsqueda individual aparece como una estrategia para compensar aquello que los entrevistados consideran ausente en su formación de base.

Los entrevistados no solo demandan más contenidos específicos, sino también la creación de espacios que permitan sostener y elaborar las experiencias que surgen en la práctica profesional.

La entrevistada de la 151 propuso incorporar "prácticas, contenidos teóricos y talleres sobre el tema" (E1). La Entrevistada de Pedro Luro, sugirió revisar los planes de estudio para incluir herramientas prácticas y talleres específicos (E3). Por su parte, la entrevistada de Idra destacó la importancia de generar "espacios de supervisión y análisis de casos reales" (E6).

Particularmente significativa resulta la respuesta de la entrevistada de Idra, quien recomendó: "Actualización profesional constante, supervisión, trabajo en equipo, terapia personal, experiencia de campo, análisis de casos reales y articulación con dispositivos de salud mental"(E5).

Estas respuestas permiten analizar la relevancia que adquieren los dispositivos colectivos de trabajo para el abordaje de problemáticas complejas como el suicidio.

5.4. La necesidad de dispositivo de sostén profesional

Los aportes de Kuras y Resnizky (1985) resultan especialmente pertinentes para comprender esta demanda. Las autoras sostienen que la práctica clínica requiere espacios que permitan compartir, elaborar y pensar colectivamente las situaciones que generan impacto emocional en los profesionales. Desde esta perspectiva, la supervisión, el trabajo interdisciplinario y el análisis de casos constituyen dispositivos fundamentales para sostener la tarea y evitar que el profesional quede aislado frente al sufrimiento de los sujetos acompañados.

Los relatos analizados muestran que los egresados reconocen la necesidad de estos espacios como recursos indispensables para el ejercicio profesional, especialmente cuando se trata de intervenciones vinculadas al riesgo suicida.

Finalmente, las entrevistas permiten identificar una percepción compartida respecto de la escasa presencia de la temática del suicidio dentro de los planes de estudio.

La entrevistada de ISA sostuvo que "tendríamos que hablar un poco más del suicidio y dejar de tratarlo como un tema tabú" (E2). Asimismo, diversos entrevistados propusieron incorporar

contenidos específicos, materias optativas, talleres, seminarios y análisis de casos vinculados a esta problemática.

Un aspecto particularmente significativo surge de las reflexiones finales realizadas por los entrevistados al concluir las entrevistas. Lejos de constituir comentarios accesorios, estas apreciaciones condensan preocupaciones compartidas respecto de la formación profesional y permiten identificar demandas concretas del colectivo de egresados.

En primer lugar, aparece la necesidad de visibilizar y desnaturalizar el suicidio como temática de formación, favoreciendo espacios donde pueda ser abordado sin tabúes ni silenciamientos. Los participantes destacan que el acompañante terapéutico ocupa un lugar privilegiado en la cotidianeidad de las personas y, por lo tanto, requiere herramientas que le permitan reconocer situaciones de sufrimiento subjetivo muchas veces invisibles para otros actores.

Asimismo, los entrevistados manifiestan la necesidad de incorporar capacitaciones específicas vinculadas a la prevención del suicidio, los primeros auxilios psicológicos, el manejo de crisis y los recursos institucionales disponibles. Estas demandas evidencian una percepción compartida acerca de la insuficiencia de la formación actual para afrontar situaciones de alta complejidad emocional.

5.5. Consideraciones finales del objetivo

Finalmente, emerge una crítica recurrente hacia los planes de estudio vigentes, considerados por algunos participantes como desactualizados frente a las problemáticas contemporáneas que atraviesan la práctica profesional. En este sentido, proponen la incorporación de contenidos específicos sobre suicidio, análisis de casos, talleres prácticos y espacios de especialización que permitan fortalecer la preparación de los futuros acompañantes terapéuticos.

Estas reflexiones finales permiten concluir que la necesidad de ampliar la formación en prevención y posvención del suicidio no constituye una preocupación aislada de algunos entrevistados, sino una demanda transversal que atraviesa gran parte de las trayectorias analizadas

y que interpela directamente a las instituciones formadoras y a los organismos responsables del diseño curricular.

6. CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo analizar los contenidos teóricos, las herramientas prácticas y las percepciones de los Técnicos Superiores en Acompañamiento Terapéutico respecto de su formación para intervenir en situaciones vinculadas a la prevención y la posvención del suicidio.

A partir del análisis realizado, pudimos observar que existe una marcada coincidencia entre los entrevistados respecto de las limitaciones presentes en su formación académica para abordar esta problemática. Si bien la mayoría reconoce haber recibido contenidos relacionados con la salud mental, la subjetividad, el sufrimiento psíquico, la escucha activa, el vínculo terapéutico y el trabajo interdisciplinario, estos conocimientos aparecen principalmente como herramientas generales para el ejercicio profesional y no como una preparación específica para intervenir frente al riesgo suicida.

Los testimonios recogidos muestran que la temática del suicidio ocupa un lugar reducido dentro de las trayectorias formativas. En algunos casos se menciona de manera superficial, en otros aparece vinculada a materias específicas o jornadas aisladas y, en varios relatos, directamente se señala la ausencia de contenidos relacionados con la prevención y la posvención. Esta situación genera que muchos egresados perciban que las herramientas adquiridas durante la carrera resultan insuficientes para afrontar situaciones que podrían presentarse en el ejercicio cotidiano del rol profesional.

Asimismo, observamos que las prácticas profesionalizantes, pese a constituir uno de los espacios más valiosos de la formación, tampoco parecen ofrecer oportunidades frecuentes para aproximarse a intervenciones relacionadas con el riesgo suicida. En consecuencia, gran parte de los conocimientos que los entrevistados consideran necesarios para intervenir en estas situaciones terminan siendo adquiridos posteriormente mediante capacitaciones externas, experiencias laborales, búsquedas personales o formación continua.

Sin embargo, uno de los hallazgos más significativos de esta investigación no se relaciona únicamente con la ausencia de contenidos específicos, sino con algo que aparece de manera reiterada en los discursos de los participantes: la necesidad de hablar más sobre el suicidio.

A lo largo de las entrevistas emergieron expresiones que hacen referencia a la importancia de visibilizar la problemática, generar espacios de formación, brindar información, incorporar talleres, analizar casos reales y abandonar las lógicas de silencio que históricamente han rodeado al suicidio. Los entrevistados no sólo reclaman más herramientas técnicas; también manifiestan la necesidad de que esta temática deje de ocupar un lugar marginal dentro de los ámbitos de formación.

Este aspecto resulta particularmente relevante si consideramos que el acompañante terapéutico desarrolla gran parte de su tarea en la cotidianeidad de las personas, acompañando situaciones de vulnerabilidad, sufrimiento subjetivo y crisis vitales. La proximidad que caracteriza al dispositivo de acompañamiento terapéutico convierte al profesional en un actor privilegiado para la detección temprana de situaciones de riesgo, pero también exige una preparación acorde a la complejidad de dichas intervenciones.

Otro aspecto de especial atención que surge del análisis de las entrevistas es la ausencia absoluta del concepto de posvención en los relatos de los egresados. A pesar de que esta investigación se propuso indagar tanto la prevención como la posvención, las voces de los profesionales se centraron de manera casi exclusiva en las vacancias en la formación para la prevención y la intervención ante el riesgo inminente, sin registrarse menciones a herramientas o experiencias vinculadas al acompañamiento posterior a una muerte por suicidio.

Esta omisión no es casual y genera una importante tensión en relación a las incumbencias profesionales del AT. Existe una contradicción evidente entre la formación recibida y las exigencias de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N.º 27.130, la cual establece la capacitación obligatoria en prevención, detección y posvención para todos los recursos humanos de salud. Al ser el AT un

actor privilegiado por su cercanía vincular y cotidiana con el sujeto y su comunidad, la falta de herramientas en posvención lo sitúa en una posición de incertidumbre y desajuste ético.

En definitiva, consideramos que la invisibilidad de la posvención en las trayectorias académicas analizadas constituye un hallazgo relevante que pone de manifiesto la distancia crítica entre la formación técnica actual y las responsabilidades reales que la normativa legal y la salud pública contemporánea le exigen al profesional.

Es por esto, que consideramos que fortalecer la formación en prevención y posvención del suicidio no implica únicamente incorporar nuevos contenidos curriculares. También supone promover espacios de reflexión, discusión y problematización que permitan abordar la temática desde una perspectiva crítica, ética y comprometida con el cuidado de la vida.

Los resultados obtenidos permiten pensar que la escasa presencia del suicidio dentro de algunas trayectorias formativas no constituye un fenómeno aislado, sino que posiblemente refleje dificultades más amplias presentes en nuestra sociedad para abordar esta problemática. A pesar de los avances normativos, del crecimiento de las estrategias de prevención y de la creciente visibilidad que ha adquirido el tema en los últimos años, el suicidio continúa generando incomodidad, temor, prejuicios y silencios.

Tal vez allí radique uno de los principales aportes de esta investigación, evidenciar que la necesidad de fortalecer la formación profesional se encuentra estrechamente vinculada con la necesidad de generar mayores espacios sociales para hablar del suicidio, comprenderlo y problematizarlo.

Porque si quienes se están formando para acompañar el sufrimiento humano manifiestan sentirse insuficientemente preparados para intervenir en estas situaciones, quizás sea necesario ampliar la mirada y preguntarnos qué lugar ocupa realmente esta problemática en nuestras instituciones educativas, en los servicios de salud, en los medios de comunicación, en las familias y en la comunidad en general.

Como conclusión central, esta investigación evidencia que la formación del AT debe trascender la técnica para convertirse en una práctica ética y situada. No es posible ignorar que las condiciones concretas de existencia, como los determinantes de género, moldean el proceso suicida: la cifra del 80,6 % de muertes masculinas interpela directamente la eficacia de los dispositivos de escucha actuales.

De acuerdo con la perspectiva integral de Stolkiner (2005), el padecimiento se produce en sujetos situados; por ello, la prevención y posvención del suicidio masculino requieren que el AT desarrolle competencias para intervenir en la fragilización de los lazos sociales que afecta específicamente a los varones. Reafirmamos que pensar el suicidio desde el género implica también rescatar la voz y la subjetividad del profesional. Solo mediante la reflexión crítica sobre la propia práctica y la incorporación de marcos teóricos que incluyan la complejidad de las masculinidades, el acompañamiento terapéutico podrá consolidarse como un dispositivo capaz de alojar la singularidad del sufrimiento y promover la reconstrucción de tramas de sentido que hagan posible la vida.

Lejos de pretender ofrecer respuestas definitivas, este trabajo busca contribuir a la reflexión sobre una problemática compleja actual que requiere abordajes interdisciplinarios, comunitarios y sostenidos en el tiempo. Asimismo, esperamos que los resultados obtenidos puedan constituir un aporte para futuras revisiones curriculares y para el fortalecimiento de la formación de los acompañantes terapéuticos frente a una de las problemáticas más sensibles y urgentes de la salud mental contemporánea.

Finalmente, luego del recorrido realizado y de las voces escuchadas a lo largo de esta investigación, surge un interrogante que continúa abierto y que invita a seguir pensando, investigando y construyendo respuestas colectivas:

¿Qué nos está pasando como sociedad que, frente a una problemática tan presente como el suicidio, todavía nos resulta tan difícil hablar de ella?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bleichmar, S. (2005). *Subjetividad en riesgo: Herramientas para su rescate*. Topía.
- Bleichmar, S. (2021). *Aportes del psicoanálisis para una teoría de la inteligencia*. Noveduc.
- Bruner, J. S. (1990). *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Bruner, J. (2002). *La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bruner J. (1957). On Perceptual Readiness. *Psychological Review*, 64 (2), 123- 152.
- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. (2015). *Resolución Nº 1221/15*. La Plata: Autor.
- Durkheim, E. *El suicidio*. (Trabajo original publicado en 1897). Terramar.
- Faria, I. G & González, K. L. (2023). Acompañamiento terapéutico virtual: desafíos de una experiencia en contexto de pandemia. *En Acompañamiento Terapéutico de lo clínico a lo Comunitario*. (pp. 85- 91) Noveduc.
- Frank, M. (2022) “Lo vincular en el acompañamiento terapéutico” en Inscribir el Psicoanálisis 17. Asociación Costarricense para la Investigación y Estudio del Psicoanálisis. Ediciones Perro Azul. ISSN 1659-1917
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y salud mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Heidegger, M. (1987). *De camino al habla*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kaës, R. (1992). Apuntalamiento múltiple y estructuración del psiquismo. Buenos Aires: *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Grupo. Vol. 2, 15
- Kuras, M., & Resnizky, S. (2008). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico-clínica*. Letra Viva.
- Kuras, M., & Resnizky, S. (1985). *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*, Ediciones Nueva Visión.

- Ministerio de Seguridad de la Nación Argentina (2025). *Sistema de Alerta Temprana. Sistema de Nacional de Información Criminal*. <https://cloud-snic.minseg.gob.ar>
- Najmanovich D, Pensar la Subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia.
<http://www.denisenajmanovich.com.ar/>
- Páez, E. (2016). *Fases del proceso suicida*. Módulo 1, Diplomatura en Suicidología, Universidad de Flores (UFLO).
- República Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657*.
- República Argentina. (2015). *Ley Nacional de Prevención del Suicidio N.º 27.130*.
- Stolkner, A. (2021). *Prácticas en salud mental*. Noveduc.
- Stolkner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*.
- Stolkner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Vygotsky, L.S (2000). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Editorial Crítica (trabajo original publicado en 1978). Crítica.

ANEXO 1

Formato de entrevista

Edad:

Institución donde te recibiste:

Año de egreso:

- 1- ¿Qué formación recibiste para intervenir en situaciones relacionadas con el riesgo suicida?
- 2- ¿Qué contenidos teóricos recordás como más importantes para comprender situaciones de sufrimiento psíquico o crisis subjetivas?
- 3- ¿Cómo fueron las practicas profesionalizante o experiencias institucionales en relación con situaciones de salud mental complejas?
- 4- ¿Qué herramientas prácticas recibiste en tu formación para intervenir en crisis subjetiva?
- 5- ¿Cómo describirías tu experiencia formativa en relación con la preparación para intervenir antes situaciones vinculadas al suicidio?
- 6- Sentís que la formación recibida fue suficiente para enfrentar este tipo de problemáticas, ¿por qué?
- 7- Que recomendación harías para mejorar la formación de los futuros AT en esta temática
- 8- Deseas agregar algo que consideres importante y no hayamos mencionado

ANEXO II**Datos de entrevistas**

N° de entrevista	Edad	Institución	Año de egresos	Genero
Entrevista 1	26	151	2025	Femenino
Entrevista 2	27	Acontecer	2025	Femenino
Entrevista 3	56	Pedro Luro	2021	Femenino
Entrevista 4	30	Acontecer	2024	Masculino
Entrevista 5	57	Idra	2024	Femenino
Entrevista 6	32	Idra	2022	Femenino
Entrevista 7	49	Pedro Luro	2023	Femenino
Entrevista 8	45	151	2024	Femenino