



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Análisis de Dispositivos de Prevención, Asistencia y Postvención del Suicidio de la República Argentina

Estudiante: Leguizamón, Santiago Adrián

Legajo: 27.720

Director: Nahmod, Gustavo

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha [X]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Buenos Aires, 19 de septiembre de 2025

Firma y aclaración del autor:



Santiago Leguizamón

Índice

1. Resumen.....	5
2. Introducción	6
2.1 Delimitación del objeto de estudio.....	6
2.2 Planteo del problema.....	6
2.3 Objetivo general	7
2.4 Objetivos específicos.....	7
2.5 Justificación.....	8
3. Estado del arte.....	10
4. Marco teórico	16
4.1 Suicidio.....	16
4.2 Prevención, asistencia y postvención del suicidio	21
4.3 Acerca de la noción de Dispositivo en Salud Mental.....	23
4.4 Marco normativo en la República Argentina	26
4.5 Intersectorialidad, abordaje interdisciplinario y modelo comunitario de atención de la salud	29
4.5.1 Intersectorialidad	29
4.5.2 Abordaje interdisciplinario	31
4.5.3 Modelo comunitario de atención de la salud.....	34
5. Método	36
5.1 Diseño.....	36
5.2 Participantes	36

5.3 Instrumento.....	36
5.4 Procedimiento.....	38
6. Resultados.....	39
6.1 Eje 1: Datos Sociodemográficos	39
6.2 Eje 2: Abordaje de la problemática del suicidio.....	40
6.3 Eje 3: Características del abordaje	44
6.4 Eje 4: Uso y registro de datos estadísticos	47
7. Discusión.....	50
8. Conclusión	56
9. Aportes y contribuciones de la investigación.....	58
10. Limitaciones de la investigación.....	60
11. Referencias.....	61
12. Anexo	70

Análisis de Dispositivos de Prevención, Asistencia y Postvención del Suicidio de la República Argentina

1. Resumen

El suicidio constituye un fenómeno complejo y multicausal. La presente investigación tuvo como objetivo indagar el abordaje de la problemática del suicidio en los dispositivos públicos de la República Argentina, en base a los lineamientos establecidos por el marco normativo. Se realizó un estudio de tipo cualitativo fenomenológico, recolectando datos a través de entrevistas semiestructuradas a doce profesionales de la salud mental de distintas provincias del país. Los resultados muestran que los dispositivos públicos adoptan los lineamientos establecidos en las leyes, trabajando en prevención, asistencia y postvención del suicidio de manera intersectorial, a través de equipos interdisciplinarios y privilegiando el modelo de atención comunitaria de la salud. Además, el uso de datos estadísticos permite diseñar y evaluar acciones, como así también detectar zonas críticas y poblaciones con mayor vulnerabilidad. Los principales hallazgos de la investigación muestran que la prevención se realiza principalmente de manera inespecífica, que la aproximación al fenómeno del suicidio desde la perspectiva de vulnerabilidad permite una comprensión global e integral, que la postvención en caso de un suicidio consumado de un/a niño/a o adolescente debe comenzar entre las 24 y 72 horas posteriores al hecho, y por último el papel fundamental que cumple la capacitación vinculada al programa mhGAP de la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave: Salud mental, República Argentina, Suicidio, Prevención, Postvención, Intersectorialidad, Interdisciplinariedad, Atención comunitaria.

2. Introducción

2.1 Delimitación del objeto de estudio

El presente trabajo se centra en identificar cómo es el abordaje del suicidio en la República Argentina, fenómeno que en el país se enmarca como una manifestación de la problemática de las violencias (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022).

Se entiende por abordaje del suicidio a aquellas acciones realizadas en prevención, asistencia y postvención, y el foco está puesto en los dispositivos de salud mental estatales que intervienen en dichas acciones. Para esta investigación, el término dispositivo refiere a toda estrategia creada de forma deliberada para obtener un resultado y alcanzar objetivos determinados (Sotelo et al., 2014).

Las dimensiones que orientan este abordaje son la intersectorialidad, la interdisciplina y la atención comunitaria de la salud, como así también se destaca el uso de datos estadísticos en el diseño y evaluación de las acciones.

La investigación consideró las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Jujuy, San Juan, Misiones y Neuquén de la República Argentina, y se contó también con la participación de actores de organismos públicos con alcance nacional. El estudio se centró en la experiencia proporcionada por profesionales de la psicología y la psiquiatría con al menos seis meses de antigüedad trabajando en la problemática, recolectando la información a través de entrevistas semiestructuradas entre los meses de marzo y junio de 2025.

2.2 Planteo del problema

El suicidio representa un fenómeno complejo debido a la multicausalidad de factores a nivel individual, social, familiar y comunitario que interactúan en su producción (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2025), más de 720.000 personas al año mueren por suicidio, lo que determina que la reducción de la

tasa de suicidios forme parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), así como del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 y del Programa General de Trabajo de la OMS (OMS, 2025).

En la República Argentina, las cifras oficiales muestran una tendencia ascendente en los últimos años. Según el Ministerio de Seguridad de la Nación (2025), las muertes por suicidio fueron 3.262 en 2020, 3.648 en 2021, 3.959 en 2022, 4.195 en 2023, alcanzando 4.249 en 2024, siendo esta la cifra más alta de la última década.

En este contexto, se observa que existen diversos lineamientos proporcionados por entidades públicas para el funcionamiento de dispositivos de salud mental, tanto a nivel nacional como provincial. Sin embargo, en los antecedentes relevados se evidencian escasos estudios que describan cómo es el abordaje de la problemática del suicidio, especialmente en lo que respecta a la prevención, la asistencia a personas en riesgo suicida y las acciones de postvención.

Esta ausencia de estudios, en consonancia con la fragmentación en las intervenciones institucionales observadas en torno al abordaje de la problemática, marca un vacío relevante en el campo de la salud mental respecto al tema de estudio.

En este marco, la pregunta de investigación que guiará el presente trabajo es: **¿cómo es el abordaje del suicidio en la República Argentina?**

2.3 Objetivo general

- Indagar acerca de las modalidades de abordaje de la problemática del suicidio en los dispositivos públicos de la República Argentina.

2.4 Objetivos específicos

- Identificar las acciones de prevención, asistencia y postvención del suicidio.

- Analizar el trabajo intersectorial, interdisciplinario y comunitario en las intervenciones vinculadas al abordaje del suicidio.
- Relevar de qué manera se registran y utilizan datos estadísticos vinculados al suicidio.

2.5 Justificación

Tal como lo expresa la agenda internacional de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización de las Naciones Unidas (OMS, 2025), el suicidio es un fenómeno complejo y multicausal vinculado al campo de la salud mental que necesita ser abordado con carácter de urgente. En la República Argentina se evidencia una creciente incidencia en la cantidad de las muertes por esta causa, cuya tendencia ascendente ha sido confirmada por datos oficiales en los últimos 5 años, llegando a cifras récord para el país (Ministerio de Seguridad de la Nación, 2025).

Los marcos normativos de Argentina, particularmente la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), Ley de Prevención del Suicidio N° 27.130 (2015) y sus respectivos decretos reglamentarios, enmarcan el abordaje de esta problemática mediante dispositivos de salud mental que se fundan en tres grandes pilares: trabajo interdisciplinario, intersectorialidad y atención comunitaria de la salud. Asimismo, se destaca la importancia del registro estadístico que contribuya a la vigilancia epidemiológica (Ley N°27.130, 2015).

Los antecedentes relevados muestran que hay poca evidencia en el estudio de este abordaje, es decir, de cómo se materializan las acciones de prevención, asistencia de personas en riesgo y postvención del suicidio en el ámbito público. De igual manera, la información es escasa sobre la sistematización del abordaje intersectorial, interdisciplinario y comunitario, y de cómo se registra y utiliza los datos estadísticos vinculados al suicidio.

La presente investigación busca aproximarse a la problemática de estudio mediante un enfoque fenomenológico, recuperando la experiencia de distintos profesionales de la salud mental (psicólogos/as y psiquiatras) que trabajan en distintas provincias del país. Se espera obtener conocimiento acerca del abordaje del suicidio desde la mirada integral propuesta por el marco legal del país, y servir de antecedente para futuras investigaciones en la temática.

3. Estado del arte

En el presente apartado se hará referencia a investigaciones que hayan trabajado sobre temáticas relacionadas al abordaje del suicidio. De la búsqueda realizada, surge que existen pocos antecedentes en la República Argentina, por lo que se incluyeron trabajos realizados en Chile, en México y en España.

Se realizó la búsqueda en las bases de datos de Google Académico, Scielo y Redalyc. Se seleccionaron estudios de tipo cualitativo que hayan sido presentados en revistas científicas, y que tengan fecha de publicación en los últimos cinco años, aunque debido a la escasez mencionada se incluyó un estudio del año 2019.

La investigación realizada por Kaplan y Szapu (2019) buscó comprender la construcción social de las emociones en la escuela y la relación que esto tenía con la producción de violencia. La metodología utilizada fue cualitativa interpretativa, con carácter exploratorio, buscando aproximarse a los fenómenos de autoagresiones físicas y tentativas de suicidio desde los propios actores. La técnica de recolección de datos fue una entrevista en profundidad y grupos focales, siendo la muestra 40 alumnos de escuelas secundarias de La Plata, divididos en 20 de 2do año y 20 de 5to año, provenientes de poblaciones de nivel socioeconómico bajo predominantemente.

Entre los resultados obtenidos, encontraron que las principales causas para producirse lesiones o consumir el suicidio están atravesadas por el sentimiento de exclusión y falta de reconocimiento por partes de los otros, particularmente adultos y pares. En lo que importa al presente trabajo, los autores destacan la necesidad de accionar desde las instituciones brindando contención y escucha en lo que respecta a las vivencias de desigualdad, y que la escuela tiene responsabilidad de actuar en esta línea y no colaborar en la profundización del problema (Kaplan y Szapu, 2019).

Socha-Rodríguez et al. (2021) realizaron una investigación que tuvo como objetivo una revisión de literatura sobre la temática de prevención de suicidio en niños y adolescentes en contextos de Atención Primaria de la Salud (APS). Para ello, revisaron documentos oficiales y artículos en las bases de datos de Web of Science, Clinicalkey, PubMed y Science Direct. La muestra estuvo compuesta por 35 documentos que contenían datos relevantes sobre prevención de suicidio e intentos de suicidio en niños y adolescentes en Atención Primaria.

Los principales resultados relevados fueron la necesidad de educar al personal que trabaja en Atención Primaria de la Salud sobre estrategias de prevención que integren la atención médica con el entorno familiar, escolar y comunitario, a fin de potenciar los factores protectores y responder rápidamente a las alertas de riesgo de suicidio. En cuanto a la APS, se destaca que lo más importante es que establezca si existe riesgo para conducta suicida y que, cuando se detecte, se pueda determinar las características de la ideación suicida (Socha-Rodríguez et al., 2021).

Otro estudio es el que realizaron Basílico et al. (2021), quienes estudiaron la aplicación de los lineamientos de la Ley de Salud Mental N°26.657 de la República Argentina respecto a los pacientes con uso problemático de drogas. Los ámbitos estudiados fueron hospitales generales y efectores del primer nivel de atención. La metodología utilizada fue cualitativa exploratoria-descriptiva, realizando entrevistas semidirigidas a quince profesionales que trabajaban en dichas instituciones, componiéndose la muestra de psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, médicos generalistas e infectólogos, que tuvieran tres años de experiencia en el servicio de salud.

El resultado encontrado fue que no se considera a los pacientes con consumo problemático de drogas como pacientes de salud mental, generando así dificultad para acceder a un tratamiento adecuado. Por otro lado, se evidenciaron prácticas aisladas en

concordancia con lo establecido en la ley, y ausencia de políticas públicas que acompañen su implementación, principalmente en lo referido a recursos, tanto humanos como materiales (Basílico et al., 2021).

Krmpotic y Barrón (2021) realizaron una investigación donde caracterizaron los consultantes que tuvieron contacto con un servicio de asistencia on-line del programa “Hablemos de Todo” que ofrecía el Instituto Nacional de Juventudes (INJUVE) en Argentina, entre los meses de enero y julio de 2019. La metodología utilizada fue interpretativa exploratoria, donde se sistematizaron las características de 477 personas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que solicitaron el servicio on-line.

Los resultados obtenidos fueron que la mayoría de los consultantes son del género femenino (47,8%), que fueron más los casos donde no se realizó derivación (53,89%) en comparación a los que si (35,22%), y donde el 95,81% que se comunicó no estaba en tratamiento con especialistas. El punto de mayor relevancia para el presente estudio es que la ideación o pensamiento suicida fue el principal motivo de consulta, siendo un 54,89% de los casos, seguido por el 7,11% de pedidos de orientación para asistir a terceros que manifiestan ideas suicidas (Krmptic y Barrón, 2021), datos que ayudan a poder relevar las características de la población afectada para pensar en programas de prevención y asistencia del suicidio.

Un estudio realizado en Chile por Fernández et al. (2021), se orientó a describir y comprender la experiencia de hospitalización psiquiátrica por intento de suicidio desde la perspectiva subjetiva de los y las adolescentes implicados, a fin de conocer la valoración de ese recurso terapéutico. La metodología utilizada fue cualitativa descriptiva, con un diseño de Teoría Fundamentada, utilizando como método de recolección de datos una entrevista semiestructurada, y componiendo la muestra por diez adolescentes, divididos en nueve mujeres y un hombre, con una edad promedio de 16,9 años.

Dentro de los resultados se observó que los adolescentes vivieron la hospitalización como un hito en sus vidas, describiéndolo como lo peor que les pasó pero que tuvo cosas buenas, y que una vez dados de alta les sirvió para cambiar. Se valoró positivamente la disponibilidad del apoyo profesional cercano y sentirse protegidos, y se reconceptualizó la condición de encierro como una situación límite que los obligó a tomar con seriedad lo emocional y activar lo conductual para estar mejor (Fernández et al., 2021).

En una investigación realizada en España, Sánchez-Muros Lozano (2022) exploró la asistencia sanitaria pública del suicidio, describiendo cómo accede la persona en riesgo al Sistema Nacional de Salud de Andalucía, cómo es atendida, cómo se registra esa información, además de recabar la opinión de familiares y allegados de los pacientes. Para tal fin, se utilizó una metodología cualitativa que combinó el diseño etnográfico con el narrativo. Como instrumentos de recolección de datos se realizaron entrevistas en profundidad y semiestructuradas a profesionales, personas en riesgo y sus familias o allegados, en conjunto con observaciones.

La muestra estuvo compuesta por 17 médicos, 4 pacientes y 4 familiares o allegados de los pacientes. Los resultados mostraron que existen contrariedades para acceder al sistema sanitario y representaciones estigmatizadas en los profesionales. También se encontraron limitaciones en el abordaje por falta de capacitación e incertidumbre en la gestión del riesgo. Se encontraron a su vez serias dificultades por la vulnerabilidad detectada en los pacientes y sus familiares para hacer frente a la estigmatización y tabúes que implica esta temática (Sánchez-Muros Lozano, 2022).

Haedo (2023) realizó una investigación en la cual se propuso estudiar el abordaje del suicidio en dispositivos de urgencia en salud mental de hospitales polivalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Utilizó una metodología cualitativa de teoría fundamentada,

recolectando datos a través de entrevistas semidirigidas realizadas a 18 profesionales de salud mental que se desempeñaban en instituciones hospitalarias públicas o privadas.

Los principales resultados obtenidos mostraron que los recursos humanos y la infraestructura de los hospitales generales relevados no son suficientes ni adecuadas, ya que, por ejemplo, no hay sectores específicos para la atención de salud mental o la posibilidad de alojar internaciones. Más aún, destaca que los casos de atención al suicidio encuentran mayor complicación debido a la presencia de materiales como bisturíes, agujas, medicación, entre otras, que representan particular peligrosidad para esta población (Haedo, 2023).

Carrizo (2024) se propuso investigar cómo aborda la musicoterapia los factores de riesgo y los factores protectores asociados con el comportamiento suicida. Para ello, realizó un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, a través de una revisión bibliográfica. La búsqueda realizada de variables fueron la musicoterapia junto con los cinco aspectos de medición incluidos en el Cuestionario de Orientación Suicida ISO 30, a saber: desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, aislamiento social e ideación suicida.

Los resultados relevados respecto a la musicoterapia y la ideación suicida es que este tipo de terapia permite a los pacientes que puedan dirigir la agresión hacia la música en lugar de hacia sí mismos, que puedan expresar ideas mediante un discurso con el cual se identifican sin tener que enunciarlas con su propia voz, y que la musicoterapia colabora en el alivio del padecimiento y el descubrimiento de aspectos flexibles de la personalidad y experiencias placenteras (Carrizo, 2024).

La investigación realizada por Grande Ratti et al. (2024) tuvo como objetivo actualizar la evidencia disponible sobre detección y prevención de riesgo suicida, para promover líneas de acción para el abordaje temprano e integral de la problemática. Utilizaron un método cualitativo descriptivo, realizando una revisión narrativa no sistemática, a fin de sintetizar la evidencia disponible en la página PubMed.

Entre los resultados más relevantes que obtuvieron, se destaca que la detección temprana implica identificar perfiles de riesgo, lo que puede guiar a intervenciones más efectivas. En cuanto a la prevención, se evidencia la necesidad de estrategias personalizadas y colaboración interdisciplinaria. Respecto a la atención de la persona en riesgo suicida, se expone lo imprescindible que resultan los servicios de urgencia y seguimiento ambulatorio tras la consulta en las centrales de emergencias. Y en lo que tiene que ver con acciones de postvención, las mismas contribuyen a la reducción de daños y a la mitigación de impactos negativos en el contexto cercano al fallecido (Grande Ratti et al., 2024).

Rosas-Fuentes et al. (2025) realizaron una investigación cualitativa de revisión sistemática que buscó identificar las intervenciones que fueron eficaces en el tratamiento de comportamientos suicidas. Los criterios de inclusión de estudios utilizados fueron aquellos que hablaran de intervenciones en comportamiento suicida y que la población participante sea del continente americano. Las bases de datos consultadas fueron Science Direct, Scielo, Spring, Wiley y Redalyc.

Las búsquedas realizadas arrojaron 3904 artículos, de los cuáles sólo se seleccionaron 17 para realizar la revisión sistemática, que cumplían con los criterios de inclusión descriptos. El 70% de los estudios seleccionados fueron realizados en Estados Unidos, y el restante 30% se dividió entre Brasil, Chile, Colombia y Puerto Rico. Los resultados encontrados refieren que aquellas intervenciones breves donde se hacen planes de seguridad y se brindan estrategias de afrontamiento a las personas con comportamiento suicida, son eficaces (Rosas-Fuentes et al., 2025).

4. Marco teórico

A continuación, se definirán los constructos teóricos que son fundamentales para la investigación. Se precisará el sentido que tendrá el término suicidio en el presente estudio y cómo se conceptualiza su abordaje, a través de las acciones de prevención, asistencia y postvención.

Por otro lado, se intentará dar claridad respecto al término “dispositivo” en salud mental, para luego hacer un recorrido por el marco normativo de la República Argentina relacionado al fenómeno del suicidio, y por último definir los conceptos de intersectorialidad, interdisciplina y atención comunitaria de la salud, pilares en el abordaje sobre dicha problemática.

4.1 Suicidio

Realizar un recorrido histórico sobre el término ubicando todos los autores que han teorizado sobre esta temática resultaría inabarcable y escapa a los fines de la presente investigación, ya que por ejemplo se encuentran evidencias que remontan a épocas muy antiguas de la historia como son la mitología griega y romana (Bauzá, 2018). De hecho, la primera vez que apareció el término en un diccionario de lengua inglesa fue en 1656, aunque ya a mediados de 1630 se utilizaba el vocablo, y en 1817 aparece definido formalmente en castellano (López Steinmetz, 2020).

La etimología del término suicidio proviene del latín *sui*, que significa “sí mismo”, y *caedere* cuyo significado es “matar”. Por lo tanto, se entiende etimológicamente al suicidio como “el acto de matarse voluntariamente a sí mismo” (Córdova Onsaya et al., 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida, para lo cual se pueden utilizar diferentes métodos (UNICEF, 2017). Respecto de sus causas, establece que son múltiples y que incluyen factores sociales,

culturales, biológicos, psicológicos y ambientales (OMS, 2025), resaltando así la multicausalidad de este fenómeno. Cabe aquí destacar que el marco legal de la República Argentina no establece una definición sobre suicidio.

Uno de los estudios más relevantes realizados vinculados al suicidio lo realizó Emile Durkheim en 1897, quien analizó este fenómeno desde un punto de vista sociológico. En su obra, definió al suicidio como todo caso de muerte resultante de manera directa o indirecta de un acto positivo o negativo llevado a cabo por la propia víctima, donde el sujeto sabe que producirá ese resultado. Es decir, una acción donde el propio sujeto conoce las consecuencias, para lo cual realiza un acto violento con un cierto despliegue de fuerza (acto positivo) o bien una simple abstención que tenga el mismo resultado (acto negativo), como puede ser una negativa a alimentarse (Durkheim, 2004).

Durkheim (2004) distingue tres tipos de suicidio, cuya explicación se basa no en el padecimiento psíquico, sino en las condiciones sociales que rodean al sujeto. Denomina suicidio *egoísta* a aquellas muertes que se producen debido a una individuación desmedida, donde no existe una cohesión social suficiente en los grupos de inserción del sujeto, favoreciendo así su aislamiento.

Por el contrario, llama suicidio *altruista* a la situación diametralmente opuesta: cuando la cohesión grupal es excesiva y el individuo pierde su individualidad, por lo tanto, morir es un deber o bien un acto digno de alabanza. Entonces, la muerte puede producirse tanto por estar marginado de la sociedad o por estar demasiado integrado a ella (Durkheim, 2004).

Por último, menciona una tercera categoría: el suicidio *anómico*. En este tipo de suicidio, ya no depende el nivel de integración social, sino de cómo la sociedad somete al sujeto, quien ve alterada su vida y sufre las consecuencias, pudiendo conducirlo a darse muerte (Durkheim, 2004).

Por otra parte, Pérez Barrero y Mosquera (2006) conceptualizan al suicidio como una de las formas de morir, donde el individuo se auto agrede utilizando un determinado método, con un resultado que lo lleva a la muerte. Altavilla expresa al respecto que un suicidio, o intento de suicidio, se define por el potencial de muerte del acto realizado, y no por si la persona llegó a morir (La Ciudad Revista, 2021).

Shneidman, considerado el padre de la suicidología moderna, definió al suicidio como “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (Shneidman, 1973, 1998, citado en Chávez-Hernández y Leenaars, 2010, p. 358).

Para este autor, el suicidio es más una reacción derivada de una crisis psicológica que una decisión. Introdujo el término *psychache*, neologismo creado por analogía a la palabra en inglés *headache* que significa dolor de cabeza, para describir el dolor psicológico insoportable que deriva de necesidades psicológicas insatisfechas, lo que termina conduciendo a una persona a suicidarse (Shneidman, 1971, 1993, citado en Chávez-Hernández y Leenaars, 2010).

En la República Argentina, la Mesa de Trabajo Intersectorial (2022) integrada por los ministerios de Desarrollo Social, Educación, Salud y Seguridad, definió al suicidio como un fenómeno complejo debido a la multicausalidad de factores que interactúan a nivel individual, social, familiar y comunitario, y destaca en su producción un aspecto tanto privado como social en simultáneo. Por un lado, el plano privado refiere a la intimidad y a la situación que vive la familia y el grupo de referencia de la víctima, y por otro, el aspecto social está vinculado al contexto que incide en su ocurrencia y al impacto que tiene en la comunidad.

A su vez, expone al suicidio como una manifestación de la problemática de las violencias, en este caso autoinfligida, utilizando la fuerza o el poder físico, pudiendo

ocasionar la muerte. Distingue entre violencia autoinfligida con y sin intención suicida, siendo la primera de ellas asociada a una ideación suicida franca (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022).

En relación a la violencia autoinfligida con intención suicida, las principales manifestaciones son: la *ideación suicida*, que refiere a pensamientos acerca de suicidarse, al sentimiento de estar cansado de la vida o que no vale la pena vivir; el *intento de suicidio*, que es aquella acción autoinfligida con el objetivo de generarse un daño potencialmente letal; y el *suicidio consumado*, siendo la máxima expresión de la violencia hacia sí mismo donde un sujeto produce su propia muerte (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022).

Esta forma de observar al fenómeno del suicidio tiene un estrecho vínculo con lo que denominan *perspectiva de vulnerabilidad* (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022). Al observarlo desde esa posición, se corre del enfoque de riesgo, centrado en el análisis probabilístico basado en la ocurrencia o no de un fenómeno, para aproximarse desde una mirada que pretende analizar escenarios complejos, en los que interactúan distintas dimensiones de manera dinámica y variable, considerando diversos eventos y contextos que rodean a la situación para poder desarrollar una comprensión global e integral, generando así modelos explicativos que vinculen los determinantes de la salud, el riesgo y la vulnerabilidad (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022).

En este punto se hace necesario establecer una distinción, y es no confundir el sentido que se le dará al suicidio en este trabajo en tanto problemática de salud mental, con el término de suicidio asistido, ya que son dos conceptualizaciones distintas.

En el suicidio asistido, la persona que desea morir pone fin a su vida de manera deliberada, pero siendo asistido por un profesional médico, que dispensa o prescribe un fármaco letal, siendo esta la forma más habitual en que sucede. Es también importante diferenciar aquí que no se habla de eutanasia, ya que no es el profesional el que provoca la

muerte a la persona que solicita ayuda para terminar con su vida, sino que es el mismo paciente quien toma la decisión y ejecuta la acción con la asistencia profesional necesaria (Bertolín-Guillén, 2021).

Aunque existen debates al respecto, el suicidio asistido se encuentra dentro de las prácticas que intentan que el fin de la vida sea dentro de lo que se establece como la muerte digna, es decir, aquella en la cual el enfermo, como individuo autónomo, puede elegir libremente como morir dentro de un abanico de oportunidades que le son ofrecidas, y los profesionales deben salvaguardar la libertad del paciente respetando su dignidad y su decisión (Aguiar et al., 2009).

Tal como exponen Aguiar et al. (2009), algunos sistemas sanitarios a nivel mundial están en condiciones de acercarse al ideal de la muerte digna. Así se encuentra que existen países como Bélgica, Luxemburgo, Países Bajos, Nueva Zelanda, Canadá, Colombia, como así también algunos estados de Australia y de Estados Unidos, donde el suicidio asistido está permitido y regulado legalmente (Bertolín-Guillén, 2021).

En la República Argentina, en cambio, la Ley N°26.742, que modifica los derechos de los pacientes en relación a los profesionales y las instituciones de salud, brindan a pacientes con enfermedades irreversibles, incurables o terminales, el respeto de su voluntad, estableciendo únicamente la posibilidad de rechazar terapias o procedimientos médicos cuando sean desproporcionados en relación a la perspectiva de mejoría (Ley N°26.742, 2012), pero no considera la asistencia para el paciente que desee terminar con su vida y tener una muerte digna por esa vía.

Cabe entonces destacar que la presente investigación se ocupa del suicidio categorizado como traumático (Sebastianini, 2023), que es aquel que está rodeado de dolor, sufrimiento e indignidad, y por lo general es un evento traumático que se da en soledad. Además, genera un impacto muy grande, ya que un suicidio de estas características afecta

enormemente no sólo a la persona que murió, sino también al entorno significativo del sujeto: sus familiares, grupos de pares y comunidad (DNSMyA, 2014, citado en Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022).

Se asocia así al suicidio desde esta perspectiva, con lo expuesto por Altavilla (2022), quien lo destaca como un suceso que fragmenta la historia, resultando fundamental volver a unirla a través de la asistencia al entorno de la víctima intentando recomponer el entramado social e identificando a las personas afectadas que presenten mayores signos de vulnerabilidad, todo ello debiendo ser abordado desde la asistencia profesional especializada (Altavilla, 2022).

4.2 Prevención, asistencia y postvención del suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define tres niveles de prevención de la salud. Importa para el presente trabajo destacar, en primer lugar, la llamada prevención primaria, que es aquella la cual se dirige a evitar la aparición de una enfermedad o dolencia (OMS, 1998).

De la misma manera, en cuanto a los niveles de intervención sobre la problemática de estudio, se destaca en primera instancia a la prevención del suicidio. Pérez Barrero y Mosquera (2006) la definen como todas las medidas tomadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas, pudiendo ser directas cuando ayudan a resolver el proceso suicida mediante soluciones no autodestructivas, o indirectas, como por ejemplo las medidas que tratan los trastornos físicos, mentales o de comportamiento que conllevan suicidio, o también la reducción al acceso a métodos que la persona puede utilizar para cometer ese hecho, entre otras.

Existe una propuesta de lineamientos internacionales para la prevención del suicidio de parte de la Organización Panamericana de la Salud (2021, citado en Sebastianini, 2023).

Dichos lineamientos se estructuran en base a cuatro estrategias, las cuales son la limitación del acceso a los medios de suicidio, como por ejemplo el acceso a armas o elementos muy peligrosos, estimular en adolescentes el desarrollo de competencias socioemocionales para la vida, la detección temprana, evaluación, gestión y seguimiento de personas con pensamiento y comportamientos suicidas, y la formación para la difusión de noticias relacionadas al suicidio de manera responsable para los medios de comunicación (OPS, citado en Sebastianini, 2023)

En un segundo nivel, podría destacarse que la OMS (1998) hace referencia a la prevención secundaria y terciaria de la salud, las cuales tiene por objetivo la detención o el retardo de los efectos de una enfermedad ya existente, a través de una detección precoz y el tratamiento adecuado.

En lo que respecta a la prevención secundaria, Vignolo et al. (2011) destacan el diagnóstico de la enfermedad incipiente que aún no presenta manifestaciones clínicas, y comprende las acciones tanto de diagnóstico como de tratamiento oportuno, objetivos que pueden ser cumplidos mediante exámenes y búsqueda de casos.

Respecto a la prevención terciaria, se incluyen allí las acciones relacionadas a la recuperación de una enfermedad clínicamente manifiesta, incluyendo además del diagnóstico y tratamiento, a la rehabilitación física, psicológica y social, contribuyendo a prevenir y reducir recidivas (Vignolo et al., 2011).

En relación a este segundo y tercer nivel de prevención de la salud, se puede considerar la asistencia o atención del suicidio, que tiene que ver con el abordaje necesario para las personas en riesgo e incluye la atención en la urgencia, aunque no se reduce solo a ella (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022). Se considera persona de riesgo a aquellas personas que posean factores de riesgo asociados a la conducta suicida, entre los cuales se encuentran: los personales, como ser trastornos mentales, consumo de alcohol y drogas,

desesperanza, orientación sexual, baja autoestima; los interpersonales, entre los que se destacan la disfunción familiar, abuso sexual, aislamiento y soledad, relación entre pares y bullying; y los socioeconómicos, como el desempleo, la falta de vivienda o migraciones (Böttcher y Garay, 2021).

Por último, en la problemática de estudio se incluye lo que se denomina postvención, el cual a priori no se podría relacionar con los niveles de prevención citados que determina la Organización Mundial de la Salud. De manera directa, la postvención del suicidio se puede entender como aquellas intervenciones posteriores a un evento autodestructivo o suicidio consumado (Morón, 1992 citado en Martínez, 2017; Girard, 2017), que tiene por objetivo trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona fallecida (Mosqueira et al., 2024).

También, la postvención refiere a la intervención orientada a brindar insumos para afrontar pérdidas inesperadas (Casullo et al., 2000 citado en Martínez, 2017), o al apoyo que necesita los familiares de quien se ha suicidado, para prevenir los daños (Pérez Barrero y Mosquera, 2006).

Por lo tanto, se verá a la postvención como las intervenciones que permiten acompañar y diagramar acciones en conjunto con los involucrados, apuntando a la reestructuración y fortalecimiento de los lazos afectivos conmovidos por la pérdida, lo que a su vez actúa como preventor de otros suicidios al permitir que emerjan pensamientos y sentimientos respecto al hecho de suicidio en un marco de atención profesional (Altavilla, 2022).

4.3 Acerca de la noción de Dispositivo en Salud Mental

Poder realizar una definición de dispositivo presenta una dificultad ya que no existe una uniformidad en el significado que tiene en el ámbito de la salud mental. Tal como

enuncian Salum et al. (2022), el término dispositivo tiene una proliferación heterogénea en su uso y por tal motivo, hay una pérdida de especificidad e incluso un vaciamiento de su sentido, apareciendo desligado de una definición específica. Se intentará, a través de una revisión de distintos estudios, dar cuenta del significado que tendrá el concepto en el marco del presente trabajo.

Un primer acercamiento a este concepto mediante la definición que provee la Real Academia Española (RAE) de la palabra dispositivo, enuncia que un dispositivo es un mecanismo o artificio para producir una acción prevista, o una organización para realizar una acción (RAE, s/f).

Salum et al. (2022) enumera distintos tipos de usos de este concepto en el campo de salud mental. Uno de ellos es el denominado de uso convencional, el cual está en línea con la definición de la RAE. En este caso, no hay una definición teórica sino más bien consensuada acerca de la utilización del término, refiriéndose a éste para definir distintos tipos de establecimientos como son hospitales, cooperativas, centros de capacitación, o tipo de tareas o servicios que se realizan, como por ejemplo, consulta ambulatoria, atención domiciliaria, admisiones, asistencia, guardias, residencias, entre otros.

Otro de los usos que enumeran es el llamado de tipo teórico, donde el dispositivo es utilizado como una respuesta ante el surgimiento de una necesidad, considerando tanto las estrategias que se dan en él como las relaciones interpersonales que lo constituyen (Salum et al., 2022).

Por último, nombran un uso del concepto de tipo vivencial, donde es definido a través de información recabada en entrevistas. En este uso, la palabra dispositivo tampoco tiene una delimitación clara, pero principalmente se puede observar que los entrevistados lo asocian con un lugar u organización, ya que es un lugar donde “se puede llegar”, “entrar y salir”, “a él

se puede asistir durante un tiempo breve o por más de treinta años”, “se puede derivar a otro”, “puede ser cercano a un pueblo o no serlo” (Salum et al., 2022, p. 40).

Estos usos se pueden corroborar en distintos estudios revisados que refieren a dispositivos de salud mental, donde no se establece una definición clara sobre el término, pero si es utilizado con distintos fines indicativos.

Se puede ver que se utiliza el término para nombrar a un establecimiento de salud mental, en donde se hace referencia específica al Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, a un Hospital de Día, o a casas donde se dio asistencia a niños/as con crisis subjetivas que no pudieran ser tratados de manera ambulatoria (Hurley et al., 2017; Papa e Irigoita, 2015; Faraone et al., 2015). O mismo en documentos públicos donde se establecen recomendaciones de organización y funcionamiento para los establecimientos de Salud Mental de todos los ámbitos del país (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

Otros estudios muestran la utilización de dispositivo como una figura o un tipo de atención, donde ya no se hace referencia a un establecimiento sino a un servicio dentro del mismo, como lo es un servicio de guardia (Rojas et al., 2014), o es utilizado para mencionar a un acompañante terapéutico en tratamientos ambulatorios (Martínez, 2015).

También entre estos distintos usos del término, se puede observar su utilización para nombrar a un emprendimiento productivo/terapéutico, a casas para personas usuarias de servicios de salud mental, a sistemas de atención, programas de desarrollo social, una ONG, talleres, entre otros (Sarmiento, 2018; Riccio, 2013).

Por último, se menciona lo expuesto por Sotelo et al. (2014), quienes destacan al término de dispositivo de salud mental como referencia a diversos procesos de asistencia. En palabras de estas autoras: “un dispositivo es un artificio que es construido de manera deliberada y que orienta acciones de las que se espera obtener un resultado calculable, con miras a alcanzar un objetivo determinado” (p. 143).

En suma, como se puede apreciar, la palabra dispositivo remite a una serie variada de conceptualizaciones sobre el uso que se le da al término en el campo de la salud mental. Es por ello por lo que, en la presente investigación, se utilizará el término dispositivo haciendo referencia a toda estrategia que tenga por objetivo la prevención, asistencia y postvención del suicidio.

4.4 Marco normativo en la República Argentina

La República Argentina cuenta con leyes en materia de salud mental y abordaje del suicidio. Se resaltarán los principales puntos sobre la legislación vigente que es de interés para este trabajo, que comprende la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en 2010 y su decreto reglamentario N° 603/13, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130 sancionada en 2015 con su decreto reglamentario N° 603/21, y la resolución 1717/2022.

En lo que hace al concepto de salud mental, la ley la reconoce como un proceso que está determinado por componentes históricos, socioeconómicos, biológicos y psicológicos (Ley N° 26.657, 2010), implicando para su preservación y mejoramiento una dinámica de construcción social en el marco de la vida en comunidad (Decreto 603, 2013). Aquí ya se nombra uno de los principales temas que propondrá el marco normativo, que es la atención comunitaria de la salud.

Al respecto de este tema, se reconoce el derecho a recibir tratamiento promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria a los equipos de asistencia, generando sistemas comunitarios de salud mental y procurando evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito de la comunidad (Art. 7 Ley N° 26.657, 2010; Art. 8 y 9 Decreto 603, 2013; Art. 9 Ley N° 27.130, 2015). En cuanto a la problemática del suicidio, la capacitación se realizará teniendo en cuenta el modelo comunitario de padecimiento mental y la modalidad comunitaria de

atención (Decreto 603, 2021). Este modelo comunitario asume que el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado se produce en el territorio donde se desarrolla la vida cotidiana, y dichos procesos sólo se comprenden si están contextualizados (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022).

Por otro lado, se establece que la atención en salud mental debe estar a cargo de equipos interdisciplinarios, incluyendo áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y toda disciplina pertinente (Art. 8, Ley N° 26.657, 2010; Art. 9 Ley N° 27.130, 2015). Estos equipos deben estar formados de acuerdo con las necesidades y particularidades de la comunidad (Art. 8 Decreto 603, 2013), y en lo que hace al tema de estudio, este equipo tendrá a cargo no solo la atención, sino también el seguimiento y la postvención en la red social y afectiva cercana de los pacientes (Art. 12 y 15 Decreto 603, 2021).

En dichos equipos interdisciplinarios, cualquier profesional con título de grado puede ocupar el cargo de conducción, no siendo exclusivo de un determinado título, sino que se valora la idoneidad y capacidad para desempeñar tal función (Art. 13 Ley N° 26.657, 2010). Incluso es potestad de estos equipos poder determinar las altas, externaciones o permisos de salud de los pacientes sin autorización de los jueces (Art. 23 Ley N° 26.657, 2010).

El abordaje, además de ser interdisciplinario, es intersectorial, implicando a los ámbitos de trabajo, educación, cultura, arte, deporte, y todos los necesarios para la atención y la inclusión social de los pacientes (Art. 9 Ley N° 26.657, 2010; Art. 9 Decreto 603, 2013; Art. 4° Ley N° 27.130, 2015). Los programas de capacitación sobre la temática de suicidio serán destinados a los responsables y trabajadores del sector educativo, laboral, recreativo, seguridad, justicia, salud, contextos de encierro, e incluso a los medios de comunicación sobre pautas para informar sobre el tema (Art. 7 y 15 Ley N° 27.130, 2015). También se

promueve la creación de mesas intersectoriales de trabajo para el abordaje del suicidio (Art. 4 Decreto 603, 2021).

Teniendo en cuenta que la ley establece a la internación como un recurso con carácter restrictivo y a la internación involuntaria como excepcional (Art. 14 y 20 Ley N° 26.657, 2010), en estos pacientes presenta un carácter especial ya que existe un riesgo cierto e inminente para sí, entendiéndose por tal al daño conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física (Art. 20 Decreto 603, 2013). Esto, sumado a que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales y a la prohibición de crear instituciones monovalentes (Art. 27 y 28 Ley 26.657, 2010), es un punto importante teniendo en cuenta las posibilidades de atención comunitaria.

Vinculado también al marco legal específico en lo que respecta a la temática del suicidio, en el año 2022 se dictó la resolución 1717, mediante la cual se crea el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio. Este plan focaliza el trabajo en cinco ejes: Rectoría, Prevención y Promoción, Atención y Postvención, Fortalecimiento del RRHH en Salud/Salud Mental, y Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica (Resolución 1717, 2022).

Por último, el marco normativo establece la creación de un sistema de registro con el fin de contener información estadística sobre suicidio (Art. 6 Ley 27.130, 2015) y la elaboración y actualización de un protocolo de atención de pacientes con riesgo o con intentos de suicidio (Art. 10 Ley 27.130, 2015).

Luego de este recorrido por el marco normativo, se resaltan algunos puntos importantes sobre las líneas de funcionamiento de los dispositivos de salud mental, que incluyen a los que incumben al presente trabajo, y sobre los cuales se indagará en la recolección de datos. Por ejemplo, la articulación de las internaciones y el uso de los sistemas de registro estadístico. Pero principal y fundamentalmente se establecen tres conceptos clave

respecto a la atención de la salud mental: la intersectorialidad, la interdisciplinariedad y el modelo comunitario de atención, que serán definidos en el próximo apartado.

4.5 Intersectorialidad, abordaje interdisciplinario y modelo comunitario de atención de la salud

4.5.1 Intersectorialidad

Tal como establece Cunill-Grau (2014), lo sectorial adopta distintos significados. El primero de ellos remite a la división del sector público, el sector mercantil privado, el sector privado no mercantil y las comunidades. Otra distinción de lo sectorial refiere a especialidades de conocimiento de los aparatos gubernamentales a través de su organización por sectores, como lo son la salud y la educación, entre otros (Cunill-Grau, 2014).

Siendo así, la intersectorialidad alude entonces tanto a las relaciones entre los sectores públicos y privados y sus diferentes modalidades de asociación, como a la relación entre los diversos sectores gubernamentales (Cunill-Grau, 2014).

La primera de dichas concepciones, es decir la relación entre el sector público y privado, se vincula a la posibilidad de mejora en la provisión de servicios públicos que no se produciría si la acción se desarrolla unilateralmente. Ahora bien, cuando se habla de intersectorialidad para hacer alusión a la relación entre distintos sectores del gobierno, se hace en pos de la integralidad en el abordaje de un problema multicausal que se presente a nivel social, entendiendo que la integración sectorial puede mejorar dicho abordaje (Cunill-Grau, 2014).

El marco legal de la República Argentina promueve que el abordaje de la salud mental, incluyendo a la problemática del suicidio, debe ser intersectorial, implicando a distintos ámbitos como son trabajo, educación, cultura, deporte, y a todos aquellos que se

necesiten para la atención y la inclusión social de los pacientes (Art. 9 Ley N° 26.657, 2010; Art. 9 Decreto 603, 2013; Art. 4° Ley N° 27.130, 2015; Art. 4 Decreto 603, 2021). Asimismo, establece que la capacitación respecto al suicidio será destinada a personas que se desempeñan en el sector educativo, laboral, recreativo, justicia, salud, seguridad, contextos de encierro y a los medios de comunicación (Art. 7 y 15 Ley N° 27.130, 2015).

Así, la intersectorialidad implica que los distintos sectores gubernamentales trabajen de manera articulada, siendo insuficiente que cada sector haga lo que corresponde a su mandato, sino que es necesario que actúen de manera conjunta para lograr el cambio social (Cunill-Grau, 2014). En esta misma línea, Borroto et al. (s/f, citado en Castell Florit Serrate, 2007), exponen que los distintos sectores realizan acciones para evitar el surgimiento de problemas sanitarios en los que estén involucrados, y no sólo accionan al momento de que surja un problema que afecte la salud.

Entonces, se puede establecer que al hablar de intersectorialidad se hace referencia a la integración de distintos sectores, principalmente gubernamentales, pero no solo ellos, mediante relaciones de colaboración para la solución de problemas sociales complejos, que tienen como característica fundamental la multicausalidad (Cunill-Grau, 2014), como se ha destacado acerca de la problemática del suicidio.

Otro punto que destaca Cunill-Grau (2014) sobre la intersectorialidad, es que su fundamento se basa en que esta forma de trabajo crea mejores soluciones comparativamente a la sectorialidad, ya que permite compartir saberes, experiencias y recursos propios de cada sector, de manera que puedan converger para atender los problemas sociales complejos y multidimensionales.

Ahora bien, en lo que refiere al ámbito de la salud, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), la intersectorialidad tiene sus bases en la Declaración de Alma Ata de 1978 de “Salud para Todos”, la Carta de Ottawa del año 1986 acerca de la

promoción de la salud, y de lo ocurrido en la Región de las Américas en torno a los Sistemas Locales de Salud. Se destaca este punto ya que muestra que esto no es un tema de reciente producción.

A través de esta forma de trabajo, se busca un abordaje basado en la equidad junto con la solidaridad y la justicia, refiriendo que la intersectorialidad conlleva la participación, además del sector sanitario, de sectores y campos de actividad implicados en el desarrollo nacional y comunitario, como la agricultura, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones, entre otros, exigiendo esfuerzos coordinados de todos ellos (OMS, 1978, citado en OPS, 2015).

A modo de síntesis, lo que se busca con la intersectorialidad es hacer converger las acciones en materia de educación, salud, empleo y de los demás participantes, para abordar de manera integral un problema social multidimensional, teniendo por objetivo la búsqueda de soluciones a través del trabajo en conjunto, permitiendo que las distintas incumbencias puedan usarse productivamente (Cunill-Grau, 2014). Es aquí donde se encuentra la relación entre el suicidio como una problemática social multicausal (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022; OMS, 2025) y la propuesta del trabajo intersectorial como respuesta a dichos problemas complejos y multicausales (Cunill-Grau, 2014).

4.5.2 Abordaje interdisciplinario

La Ley de Salud Mental de Argentina N° 26.657 establece la necesidad de la atención a cargo de equipos interdisciplinarios, los cuales deben incluir áreas no solo de la salud, como psicología, enfermería y psiquiatría, sino también otras áreas como trabajo social, terapia ocupacional y toda otra disciplina que sea pertinente para la atención y la inclusión social de los pacientes (Art. 8, Ley N° 26.657, 2010; Art. 9 Ley N° 27.130, 2015).

Al ahondar en el concepto de interdisciplina, se debe partir, tal como lo plantean de Lellis y Fotia (2019), de que el conocimiento científico especializado implicó una gran parcelación de las áreas y por ende una dificultad cada vez mayor en la coordinación e integración de los saberes, generando así una imposibilidad de dar respuestas a la interconexión que demandan los distintos saberes para resolver problemas concretos a nivel social. Por lo tanto, el concepto de interdisciplina intenta superar estos límites que impone cada disciplina en el análisis de los problemas sociales (de Lellis y Fotia, 2019).

Así, este enfoque promueve el enriquecimiento y transformación recíproco a partir de los intercambios entre las distintas áreas de conocimiento, que suponen cooperación entre los miembros del equipo que proceden de disciplinas heterogéneas, concretando prácticas convergentes (Elchiry, 2009). Los equipos interdisciplinarios se sustentan en un espacio compartido y un marco de referencia, donde el intercambio de saberes y prácticas suponen reconocer un estrecho vínculo entre ellos (de Lellis y Fotia, 2019).

La perspectiva interdisciplinar excede la suma de miradas disciplinares. Es un nuevo modo de construir conocimiento basado en los intercambios entre ellas, donde la integración de los enfoques se encuentra en la delimitación de la problemática de estudio (García, 2006, citado en de Lellis y Fotia, 2019). Es por ello que la interdisciplinariedad no es una suma de saberes o una actuación de grupo, sino que refiere a un modo de trabajo, al método que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas, para el abordaje de un fenómeno o problemática determinada (García López, 2004).

La interdisciplina entonces se puede entender como un método que adopta un equipo en el abordaje de problemas o situaciones complejas, que permiten a los miembros del mismo de poder comprenderlos desde su propia área y también las demás (García, 2011). La tarea interdisciplinar nace en la intersección de los conocimientos de las distintas áreas para crear un nuevo saber, suponiendo la interacción en una realidad determinada, entendiendo que una

sola disciplina resulta insuficiente para abordarla (Menéndez Osorio, 1998, citado en García López, 2004).

Respecto a la salud, Alcántara Moreno (2008) expone que los fenómenos y objetos de conocimiento complejos y multidimensionales, no pueden ser comprendidos desde perspectivas disciplinarias reduccionistas y fragmentadas. Es por ello que la interdisciplinariedad permite dar respuesta a la complejidad que representan, ya que para poder comprenderlos se necesita la interacción e integración de distintas disciplinas (Alcántara Moreno, 2008).

Un punto para destacar que emerge de la Ley de Salud Mental, es que existe una simetría entre los profesionales que componen los equipos, ya que cualquier profesional con título de grado puede ocupar el cargo de conducción, valorándose la idoneidad y capacidad para desempeñar tal función (Art. 13 Ley N° 26.657, 2010), por lo tanto, esta forma de trabajo supone comunicación entre los distintos campos y no totalitarismos o imposiciones (García López, 2004).

Para finalizar, se observa entonces que, gracias a este pensamiento interdisciplinar, la salud mental deja de ser un fenómeno del ámbito médico exclusivamente, conformando un tema que atañe a distintos actores de la sociedad y que requiere un abordaje con la participación de diversas disciplinas, por enmarcarse en la intersección de ciencias tanto naturales como sociales (Alcántara Moreno, 2008).

Las intervenciones de estos equipos entonces no serán solamente de servicios clínicos centrados en lo somático o lo psicológico, sino que a su vez son necesarias intervenciones de sectores como el de producción, distribución de la renta, trabajo, vivienda, entre otros (Navarro, 1998). Todo lo dicho permite comprender por qué el suicidio, fenómeno multidimensional y multicausal como se ha visto, requiere de equipos interdisciplinarios para su abordaje.

4.5.3 Modelo comunitario de atención de la salud

El marco legal de la República Argentina habla de tratamientos del padecimiento mental donde se promueva la integración familiar, laboral y comunitaria a los equipos asistenciales, para generar sistemas de salud mental comunitarios que eviten la derivación a la atención fuera de ellas (Art. 7 Ley N° 26.657, 2010; Art. 8 y 9 Decreto 603, 2013; Art. 9 Ley N° 27.130, 2015), y en la temática del suicidio, se hace explícito el considerar la modalidad comunitaria en la atención (Decreto 603, 2021).

La Mesa de Trabajo Intersectorial (2022) expone que el modelo comunitario de atención de la salud asume que el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado se realiza en el territorio y sólo puede comprenderse si están contextualizados. Este enfoque incluye un pensamiento social de la salud, por lo que se debe integrar a las instituciones y restantes sectores de la comunidad en las decisiones (Restrepo-Vélez, 2003).

Enfocando el proceso en el campo de la salud mental, una práctica de salud comunitaria deriva entonces en pensar a la salud mental como un bien colectivo, madurado desde la propia producción subjetiva de una comunidad particular. La intervención busca provocar un cambio producido por los propios sujetos que componen dicha comunidad (del Cueto, 2014).

Dentro de los enfoques de la salud comunitaria, Cotonieto-Martínez y Rodríguez-Terán (2021) destacan el enfoque de determinantes de salud, donde se definen a los determinantes como aquellas condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y envejecen, y que determinan su salud, su funcionamiento y su calidad de vida. Esto también incluye estructuras y sistemas en materia social, ambiental, alimentaria, política, de seguridad, educativa, económica, cultural, entre tantas otras (Cotonieto-Martínez y Rodríguez-Terán, 2021), con lo cual resalta la necesidad de que la atención sea en el nivel comunitario, permitiendo que se ajuste a las particularidades de cada lugar.

En cuanto a los pilares de la salud comunitaria, se detallan cinco: foco en la comunidad, abordaje intersectorial, participación de toda la comunidad, modelos integrados para la atención, y trabajo basado en equipos interdisciplinarios (Sobrino et al., 2018; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2011, OMS, 2008, citados en Cotonieto-Martínez y Rodríguez-Terán, 2021).

En síntesis, la salud comunitaria implica la utilización de prácticas y enfoques para la intervención en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de una comunidad específica, en donde es clave la participación de todos los miembros de la comunidad en el diseño, implementación y seguimiento de las estrategias de intervención, y donde se utilizan instrumentos que puedan detectar y priorizar las necesidades y problemas en materia de salud en las comunidades, para mejorarla (Cotonieto-Martínez y Rodríguez-Terán, 2021).

5. Método

5.1 Diseño

El diseño utilizado en esta investigación es cualitativo fenomenológico. Este tipo de aproximación permite entender los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes, comprendiendo las experiencias respecto a la problemática de estudio y descubriendo los elementos en común de ellas (Hernández Sampieri et al., 2014).

5.2 Participantes

Los participantes fueron profesionales de la salud mental de los ámbitos de la Psicología y Psiquiatría, de distintos organismos públicos que trabajan en la prevención, atención y postvención del suicidio. Los criterios de inclusión fueron poseer al menos 6 meses de experiencia en el tema y que al momento de la entrevista estuvieran trabajando efectivamente en la problemática. El área de trabajo se delimitó a las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Jujuy, San Juan, Misiones y Neuquén de la República Argentina.

La muestra estuvo compuesta por 12 (doce) profesionales, que fueron aquellos a los cuales se pudo tener acceso, siendo un tipo de muestra no probabilística de expertos (Hernández Sampieri et al., 2014), ya que la elección de los participantes responde a cuestiones relacionadas con las características de la presente investigación y son especialistas que se desempeñen en organismos que abordan la temática de estudio.

5.3 Instrumento

Se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos, lo que permite a través de las preguntas y las respuestas lograr la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998 citado en Hernández Sampieri et al., 2014).

Al ser semiestructuradas, están basadas en una guía de temáticas específicas de indagación, pero también brinda la posibilidad de profundizar en lo que sea necesario para recabar información adicional, precisar conceptos u obtener más información que los participantes consideren pertinente (Hernández Sampieri et al., 2014).

Las preguntas de la entrevista se agruparon en cuatro ejes, con el objetivo de indagar la información necesaria para dar respuesta a los objetivos de investigación. En el primero de ellos, se recolectaron los datos sociodemográficos de los/as participantes. Luego, en el segundo eje, se realizaron preguntas referentes al abordaje de la problemática del suicidio en tanto acciones de prevención, atención y postvención. El tercer eje se vinculó a las características del abordaje que emanan de la reglamentación legal, indagando acerca de intersectorialidad, interdisciplinariedad y atención comunitaria de la salud. Por último, en el cuarto eje se realizaron preguntas referidas al uso y registro de datos estadísticos en torno a la temática.

A continuación, se transcriben las preguntas realizadas:

-Eje 1: Datos sociodemográficos

Profesión

Organismo u organización donde se desempeña

Ubicación (localidad) del organismo u organización

Tiempo trabajando en la problemática

-Eje 2: Abordaje de la problemática del suicidio

¿Realizan acciones de prevención del suicidio? ¿Qué acciones realizan?

¿Qué características tiene el abordaje de intento de suicidio?

¿Sugieren internaciones como intervención? ¿Cómo determinan esta decisión?

¿Realizan acciones de postvención? ¿Cuáles?

-Eje 3: Características del abordaje

¿Realizan algún tipo de abordaje intersectorial? ¿Cuál o cuáles realizan?

¿Cómo está conformado el equipo de profesionales que forman parte de este dispositivo?

¿Trabajan de manera interdisciplinaria? ¿En qué consiste el trabajo interdisciplinario?

¿Desarrollan algún abordaje comunitario? ¿En qué consiste este abordaje?

-Eje 4: Uso y registro de datos estadísticos

¿Se realiza algún tipo de registro estadístico de los casos atendidos? ¿Qué se registra?

¿Para qué utilizan los datos estadísticos sobre suicidio?

5.4 Procedimiento

Se contactó a diferentes profesionales que fueron referenciados que trabajan en la temática, invitándolos a participar de la presente investigación, quienes a su vez brindaron referencias de otros/as colegas que cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra.

Luego, se pactaron vía e-mail y WhatsApp los encuentros, siendo los mismos a través de la plataforma Google Meet. Se especificó allí el consentimiento informado, delimitando la debida confidencialidad y anonimato de la información recabada, garantizando así el uso de los datos obtenidos bajo los lineamientos del Código de Ética del Psicólogo Ley N°10.306 (1985) y la Ley de Protección de Datos Personales N°25.326 (2000).

Se realizó una primera entrevista piloto para poder delimitar la pertinencia de las preguntas y que permitan recolectar toda la información necesaria. Una vez confirmado, se avanzó con las siguientes entrevistas, las cuales fueron realizadas entre los meses de marzo y junio de 2025, siendo todas ellas de manera virtual y de acuerdo con la conveniencia de los/as profesionales, teniendo una duración aproximada de 45 minutos cada una. Las mismas fueron grabadas con el consentimiento de los/as participantes, y luego transcritas para su análisis.

6. Resultados

A continuación, se detallan los resultados de la información recolectada por medio de las entrevistas, presentando los datos en cada uno de los ejes mencionados.

6.1 Eje 1: Datos Sociodemográficos

La muestra estuvo conformada por 12 (doce) profesionales de la salud mental, divididos en 11 (once) profesionales de la Psicología y 1 (un) profesional de Psiquiatría. En cuanto al ámbito de inserción, 10 (diez) de los profesionales ejercen su labor en el ámbito público, 1 (una) de ellas en una organización sin fines de lucro (Asociación Argentina de Salud Mental) y 1 (una) en una Fundación.

Se sintetizan los datos de los/as participantes en la siguiente tabla:

Participante	Profesión	Organismo u Organización	Ubicación	Experiencia en la problemática
Participante 1	Psicóloga	Secretaría de Salud municipal	Buenos Aires	2 años
Participante 2	Psicólogo	Ministerio de Salud	Nación	9 años
Participante 3	Psicóloga	AASM	Todo el país	23 años
Participante 4	Psicóloga	Ministerio de Salud	Mendoza	6 años
Participante 5	Psicólogo	Ministerio de Salud	Buenos Aires	6 años
Participante 6	Docente, Psicóloga	Ministerio de Educación	Jujuy	5 años
Participante 7	Psicóloga	Fundación	Todo el país (virtual)	5 años
Participante 8	Psicóloga	Ministerio de Salud	Jujuy	9 años
Participante 9	Psiquiatra	Ministerio de Salud	Buenos Aires	13 años
Participante 10	Psicóloga	Ministerio de Salud	San Juan	10 años
Participante 11	Psicóloga	Ministerio de Salud	Misiones	10 años
Participante 12	Psicólogo	Ministerio de Salud	Neuquén	8 años

6.2 Eje 2: Abordaje de la problemática del suicidio

En relación con el abordaje, la información provista por los participantes permitió identificar diferentes formas en que se llevan adelante las intervenciones, tanto en lo que refiere a prevención, como a la asistencia de intentos de suicidio y la postvención ante suicidios consumados.

Respecto a lo que concierne a la prevención, todos los entrevistados refirieron que las acciones se centran en lo que se denomina prevención inespecífica, es decir que se realizan acciones sin que la temática del suicidio sea el eje central de las mismas.

Esto se realiza a través de actividades comunitarias tales como talleres, actividades lúdicas, deportivas, y dispositivos de escucha, donde se estimula la participación de toda la comunidad y en donde se busca que circule la palabra, realizando principalmente conversatorios sobre salud mental para poder tomar conocimiento de lo que las distintas personas tienen para expresar. Refieren que el objetivo de estas actividades es la promoción y el fortalecimiento de lazos sociales y la generación de un sentimiento de pertenencia, a la vez que visibiliza la posible red de contención.

El Participante 5 refiere que *“En los dispositivos de escucha, aparece mucho diálogo sobre las violencias: entre pares, con parejas, con los padres, en la escuela. En la denuncia de la violencia, está la clave de la demanda”*, resaltando así el vínculo entre el suicidio como una manifestación de la problemática de las violencias.

Ahora bien, existen también acciones que los participantes las encuadran dentro de la prevención específica, como son campañas de sensibilización el día 10 de septiembre en conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, conversatorios específicos sobre la problemática, lo que aluden que también pueden ser considerados parte de la postvención, y la difusión de recursos que faciliten la consulta temprana ante situaciones de padecimiento, sin prejuicios ni estigmatizaciones. Esto último se realiza a través de distintos

recursos, como son la línea 107, líneas 0800 particulares de cada provincia, o un botón digital en la página web de la Dirección de Salud Mental.

Otro de los ejes fundamentales mencionados por los entrevistados en cuanto a la prevención es el de capacitación, que se brinda tanto a equipos de salud, a referentes comunitarios, al personal de las escuelas y, en algunos casos, a familiares de pacientes. La formación se centra en brindar herramientas para realizar una primera escucha, en la detección de señales de alarma y en los circuitos de derivación correspondientes.

También se mencionó en una de las provincias la capacitación a partir del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP) de la Organización Mundial de la Salud, que busca entrenar a no especialistas en salud mental, como así también a personal no profesional de las comunidades, para que puedan realizar una primera aproximación a un diagnóstico situacional, que tengan conocimiento de todos los recursos disponibles y que deriven a la persona con los servicios de salud correspondientes.

Por último, se mencionaron varios recursos, como por ejemplo documentos con lineamientos generales de actuación, guías para la comunicación de este tipo de noticias, o la realización de mapas de cuidado, en donde se ubica a la persona y todos los referentes a los que puede acudir en caso de tener algún problema no solo de salud mental, como estrategias dentro de la prevención.

Al respecto de la atención del intento de suicidio o de señales de alerta, se menciona la atención en guardia de hospitales generales como el dispositivo para afrontar estas situaciones, en donde se realiza una primera escucha, y través de un sistema de *triage* se determina la situación del paciente para evaluar los distintos pasos a seguir. Se realiza una articulación con salud mental, brindando turnos “protegidos”, es decir, urgentes y con seguimiento. Asimismo, se menciona que las escuelas y otros efectores de salud también

deben tener la posibilidad de articular con servicios de salud para una derivación ante casos de urgencia.

Estos dispositivos de primera escucha para la atención son de variadas características. En uno de los dispositivos relevados, la entrevista se lleva a cabo por una dupla donde uno de los profesionales debe ser de Psicología. En otro de los casos, se refiere que las ambulancias de emergencias del 107 cuentan con psicólogos/as ante una necesidad, o mismo en otro dispositivo la línea 0800 también tiene profesionales de la salud mental que realizan la primera contención.

Una idea central compartida por varios de los participantes es que se debe reducir el carácter expulsivo del hospital general para casos de salud mental, donde se aloje más fácilmente a la persona, y para lo cual refieren que la capacitación de los médicos de guardia resulta fundamental. Al respecto, el Participante 9 expone que *“Los médicos tienen que estar en condiciones de poder atender una crisis de salud mental. El ser humano tiene una dimensión subjetiva, tiene una dimensión de salud mental, no se puede dejar afuera tal como no se puede dejar afuera lo cardiológico o lo respiratorio”*.

Una vez estabilizado el paciente, se busca delimitar y conectar con la red de contención, intentando articular los recursos con los que cuenta la persona a nivel socio comunitario con el seguimiento ambulatorio en el servicio de salud que mejor pueda atender el caso, y planificando un “alta cuidada”, es decir, que el paciente pueda reinsertarse adecuadamente a las actividades que realizaba y a su vida habitual, y no, por ejemplo, que salga del hospital y vaya directamente a la escuela.

Vinculando la atención a una posible internación en una situación de riesgo suicida, todos los profesionales entrevistados refieren que debe ser en base a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental: en caso de ser necesaria, tiene que ser lo más breve posible y como último recurso. En caso de ser una internación involuntaria, se intenta que la red del

paciente se involucre lo más pronto posible para el acompañamiento y el seguimiento posterior al alta.

En algunas de las provincias, la internación ante una situación de riesgo por esta problemática se establece con carácter obligatorio, pero advierten que idealmente debe ser en hospitales generales, donde se evita la estigmatización ante una situación ya de por sí traumática. A su vez, que esto pueda ser dentro de la comunidad, ya que una separación del paciente de su lugar y sus anclajes a la vida puede ser iatrogénico.

En otra de las jurisdicciones relevadas, mientras el paciente está internado, se hace un análisis psicosocial del lugar donde vive y su red, pudiendo demorar el alta ante detección de factores que lo lleven a volver a exponerlo a la misma situación de intento suicida previa a la internación, como puede ser abuso intrafamiliar o situaciones de violencia. En dichos casos, se intenta buscar alternativas para que la persona pueda salir del hospital sin exponerse al riesgo de que nuevamente su situación lo empuje a conductas autolíticas y de autoeliminación.

Por último, en lo que concierne a la postvención, la misma es llevada a cabo de distintas formas, pero la contención y el acompañamiento de todas las personas afectadas es el hilo transversal a todas ellas.

Por ejemplo, en los casos de ser necesaria una acción en las escuelas, refieren que debe iniciar casi de inmediato, entre 24 y 72 horas posteriores al acontecimiento suicida, para poder organizar la comunicación, realizar un diagnóstico de situación que lleve a determinar a las personas más afectadas, y así poder evitar posibles replicas o situaciones de autoagresión concatenadas. Esto se resalta ya que, en palabras del Participante 12, manifiesta que en caso de un suicidio en niños/as o adolescentes, los afectados llegan a ser entre 120 y 170 personas.

Generalmente refieren que la postvención suele realizarse de manera grupal, a veces en grupos específicos como pueden ser grupos de viudos/as, hermanos/as, padres y madres, todos ellos coordinados por profesionales de la salud mental, dándose los encuentros de manera presencial o virtual y también abriendo la posibilidad de que haya soporte entre pares.

Otras herramientas utilizadas son documentos que establecen lineamientos, protocolos para educación, y equipos provinciales especialistas en la temática. También destacan los entrevistados que el proceso de postvención también puede ser considerado como una acción preventiva, esta vez ya más específica y focalizada.

6.3 Eje 3: Características del abordaje

En cuanto las características que tiene el abordaje de la problemática del suicidio surgieron elementos en común en todas las provincias, marcados por lo establecido en el marco normativo.

Se destaca, en primer lugar, la intersectorialidad como el eje fundamental de las acciones. Los dispositivos trascienden el campo del sector de Salud, integrando en todos los casos las áreas de Educación, Desarrollo Social, Seguridad, Justicia, y en algunas de las provincias también se incluyen en las mesas intersectoriales la articulación con universidades y organizaciones sociales. En todos los casos, quien coordina el encuentro es la dirección de Salud Mental del área de Salud.

Estos encuentros en algunas provincias tienen una periodicidad definida, por ejemplo, de reunirse una vez por mes y donde se establece la obligatoriedad de que todos los sectores participen. En dichos encuentros, se planifican, se dan instrucciones para la ejecución y se monitorean las intervenciones para el abordaje de la problemática. La Participante 8 destaca *“La clave para nosotros es intersectorial. Hacer sinergia entre todos y poner los recursos*

disponibles de cada uno sobre la mesa para acompañarnos.”, lo que expone la forma en que es llevado a cabo el trabajo.

Según algunos de los participantes, la participación del área de Educación es sumamente relevante, siendo la escuela uno de los lugares clave en el trabajo en esta problemática, como lugar de detección y de corresponsabilidad en la atención. Esto resulta así debido a que, como manifiestan que surge de los datos estadísticos, la población adolescente es la más afectada por este fenómeno.

Los equipos para el abordaje de esta problemática en todas las provincias son interdisciplinarios. La mayoría de los participantes mencionaron el trabajo en conjunto de psiquiatras, psicólogos/as y trabajadores/as sociales. En algunas de ellas, además se suman al equipo enfermeros/as y acompañantes terapéuticos, considerando también a médicos/as clínicos/as, y resaltaron que idealmente deberían trabajar sociólogos/as para la vigilancia epidemiológica, y abogados/as que puedan colaborar con asesoría legal para las cuestiones referidas a internaciones.

Estos equipos interdisciplinarios, además de corresponder con los lineamientos que proponen los marcos normativos, los participantes manifiestan que trabajan de manera integrada para la toma de decisiones clínicas, por ejemplo, si es necesario realizar una internación, si sólo con el fortalecimiento de la red es suficiente, si se debe demorar el alta hasta tanto se puedan resolver aspectos vinculados al contexto psicosocial del hogar, entre otras cuestiones mencionadas.

Los participantes manifiestan que las intervenciones son realizadas vinculando los recursos disponibles con los distintos casos que se presentan, por lo que, si bien hay estrategias que podrían considerarse básicas, las acciones varían en el caso por caso. Aun así, la mirada interdisciplinaria es indispensable, tal como manifiesta el Participante 9: “*Es un*

equipo interdisciplinario el que puede tener una lectura completa sobre esta problemática y el que puede llegar a tomar una decisión”.

En cuanto al enfoque comunitario de atención de la salud, los participantes refieren la importancia de construir diagnósticos situacionales que permitan conocer los recursos locales con los que cuenta cada población, para de esta manera visibilizar las redes de apoyo y fortalecer las que sean necesarias.

Según lo que surge de las entrevistas, son considerados como recursos comunitarios los clubes sociales y deportivos, las iglesias, los referentes barriales y las organizaciones sociales, entre otras. También manifiestan que una práctica de mucha relevancia son los conversatorios donde participan los adolescentes, ya que permite una detección precoz, y además ayuda a desestigmatizar las cuestiones vinculadas a la salud mental. En dichos espacios se busca que intervengan personas de todas las edades, desde adolescentes hasta personas de la tercera edad, para que toda la comunidad aporte aquello que crea relevante y se fortalezcan los lazos sociales.

Nuevamente los participantes mencionan la importancia de la capacitación en primera escucha y detección de signos de alarma para los distintos agentes comunitarios mediante la estrategia mhGAP. Esto permite que profesionales no especializados en salud mental, como ser médicos clínicos, odontólogos o enfermeros, puedan llevar a cabo intervenciones iniciales seguras, que habiliten a una indagación, primera contención y derivación, y también la notificación de intentos de suicidio para una mejor intervención. A su vez, en una de las provincias, se realizan este tipo de capacitaciones, aunque con un contenido más básico, para personal no profesional de la comunidad, con el fin de una detección temprana y derivación a los servicios de salud.

Por último, se mencionan diferentes dificultades con las que se encuentran en distintas poblaciones, como son la escasez de psiquiatras en el servicio público de salud, la

persistencia de lógicas “hospitalocéntricas” en algunos territorios, el subregistro estadístico cuando no interviene la dirección de Salud Mental, y barreras geográficas en zonas rurales o apartadas de la ciudad. Por ello, resaltan la necesidad de formación de otros actores sociales, como son las fuerzas de seguridad, los bomberos voluntarios o algún otro referente comunitario.

6.4 Eje 4: Uso y registro de datos estadísticos

En relación con los datos estadísticos, los participantes refieren la coexistencia de distintas fuentes de datos sobre la problemática del suicidio. Algunas fuentes provienen del Sistema Integrado de Salud Argentina (SISA) y de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), ambos pertenecientes al ámbito de Salud. Otras provienen de fuente policial y judicial, como son el Sistema Nacional de Información Criminológica (SNIC) y el Cuerpo Médico Forense, o también las reportadas por el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME).

Como correlato de los diferentes orígenes, los participantes manifiestan que trae aparejado diferentes problemas, como ser el tiempo de demora en poder acceder a los datos, los diferentes criterios para la registración, y la dificultad para categorizar a una muerte como suicidio consumado en aquellas que implican algún tipo de proceso judicial. Todo esto refieren que culmina muchas veces en un subregistro de los casos ligados a la problemática, y discrepancias entre los registros de fuentes oficiales y los registros locales de las jurisdicciones.

Ahora bien, de lo relevado se observa que hay provincias en donde se da prioridad en la provisión de recursos para el observatorio epidemiológico, teniendo un funcionamiento eficiente, tomando como punto de partida la información que les provee, desde la cual

planifican, elaboran y llevan a cabo distintas acciones vinculadas a la problemática del suicidio.

Otro punto relevado es que en varias de las provincias rige la notificación obligatoria de eventos vinculados a la problemática del suicidio. Para ello, se relevan por ejemplo intentos de suicidio, ideación suicida, persona en riesgo, suicidios consumados, e incluso conductas autolíticas no vinculadas a una ideación. También, se incluyen datos sociodemográficos, información clínica relevante como ser antecedentes familiares, antecedentes médicos, intentos previos, entre otros, y las redes de apoyo con las que cuenta la persona.

El uso de los datos estadísticos es variado. Se utiliza para delimitar lo que denominan “zonas rojas”, es decir, aquellos lugares donde hay mayor incidencia de esta problemática. A su vez, se utilizan para elaborar y direccionar estrategias hacia grupos etarios específicos, o también hacer mapas “estacionales”, destinando mayores intervenciones en momentos específicos del año. Estos datos también permiten poder visibilizar las redes y recursos con los que cuenta cada comunidad, y en base a ello poder realizar las mejores intervenciones posibles.

Un ejemplo claro de este uso lo podemos observar en una situación referida por la Participante 8. Manifiesta que pudieron comprobar que ciertas acciones realizadas de promoción y prevención fueron útiles, ya que gracias al observatorio pudieron relevar que, luego de una intervención realizada en el fin de semana de celebración del día de la madre, dónde habían registrado una mayor incidencia de intentos de suicidio o suicidios consumados en años anteriores, no hubo denuncias de que en la población se hayan realizado estas conductas.

Por último, los participantes manifiestan como una buena práctica la realización de capacitaciones de los distintos actores para unificar criterios en el registro de datos

vinculados a la problemática, la utilización de planillas estandarizadas, que todo sea a través de canales formales, la unificación de tipologías operativas para describir las situaciones, como son las de ideación suicida, intento de suicidio, suicidio consumado, entre otros, y la posibilidad de lograr un circuito de trabajo en común entre ministerios para acortar tiempos en las intervenciones territoriales.

7. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo conocer el abordaje de la problemática del suicidio en la República Argentina a través de dispositivos de salud mental, entendiendo por dispositivo a toda estrategia creada para alcanzar objetivos determinados y obtener resultados específicos (Sotelo et al., 2014).

Para tal fin, se realizaron entrevistas a distintos profesionales que trabajan en la temática, donde se focalizó en las acciones realizadas por dispositivos públicos en materia de prevención, asistencia y postvención del suicidio.

Los datos obtenidos en materia de prevención destacan acciones principalmente de prevención inespecífica, es decir, que no se pone en el centro de la discusión al suicidio, sino que se realizan distintas actividades, como ser talleres y conversatorios de salud mental, con el fin de promover y fortalecer los lazos sociales.

Esto difiere de lo planteado por Pérez Barrero y Mosquera (2006), ya que las acciones indirectas que mencionan estos autores tienen que ver con tratamientos de trastornos que están relacionados al suicidio sean físicos, mentales o comportamentales, y también con algunos de los lineamientos internacionales en cuestiones de prevención manifestados por la Organización Panamericana de la Salud (2021, citado en Sebastianini, 2023), como ser la limitación del acceso a los medios de suicidio, por ejemplo, las armas de fuego.

Ahora bien, los profesionales entrevistados manifestaron algunas acciones de prevención específica, tales como campañas de sensibilización, conversatorios específicos, y la difusión de recursos de consulta temprana como son las líneas telefónicas o chats. Esto tampoco está en línea con las acciones directas relevadas, las cuales consisten en mostrar formas alternativas de resolver los procesos suicidas, sin precisar cuáles (Pérez Barrero y Mosquera, 2006).

Un punto de coincidencia respecto a la prevención del suicidio tiene que ver con la capacitación, donde el relevamiento realizado marca que se capacita a equipos de salud, referentes comunitarios, personal de las escuelas e incluso también a familiares, brindando herramientas para la detección temprana de señales de alarma, en sintonía con uno de los lineamientos marcados por la OPS (2021, citado en Sebastianini, 2023), con los resultados de Socha-Rodriguez et al. (2020) en cuanto a la capacitación necesaria para el personal que trabaja en centros de Atención Primaria de la Salud, y por Grande Ratti et al. (2024), donde destaca que la detección temprana, que implica identificar perfiles de riesgo, produce mejores intervenciones.

Respecto a la atención del paciente que atraviesa una crisis, los entrevistados manifestaron la importancia de que la misma sea en hospitales generales, en donde se realice una primera escucha y derivación con salud mental, y luego de estabilizado, se pueda articular con la red de contención y el seguimiento ambulatorio en su comunidad. Esto está en línea con los hallazgos de Grande Ratti et al. (2024) en materia de asistencia, marcando lo imprescindible de atención en la urgencia y seguimiento ambulatorio una vez estabilizado. Aunque, por otro lado, estos dispositivos en hospitales generales pueden tener ciertas limitaciones, tal como lo manifiesta Haedo (2023), ya que no suele haber sectores específicos para salud mental, a lo que se suma la presencia de materiales que pueden representar una potencial peligrosidad para esta población, como son bisturíes o fármacos.

En cuanto a la internación, se encontraron algunos contrapuntos entre las determinaciones que se toman en distintas provincias, ya que si bien todos los entrevistados manifestaron que la internación es una intervención posible, algunas de las provincias las establecen obligatoriamente por protocolo, e incluso pueden demorarse en base a la situación particular de cada caso, mientras otras las sugieren de manera muy excepcional, en hospitales generales y dentro de su comunidad, para evitar estigmatización y separación de su lugar de

pertenencia. Esto último coincide con los testimonios de los pacientes relevados por Fernández et al. (2021), donde destacaron que, si bien la internación sirvió para realizar cambios y se valoraron cuestiones como el apoyo continuo de profesionales o el sentimiento de estar protegidos, fue descrito como la peor experiencia de sus vidas.

La capacitación del personal de salud se manifestó como un punto de relevancia por los participantes, en lo referente a la atención de pacientes, para evitar el carácter expulsivo que manifestaron que suele tener el hospital general, y que los médicos de guardia deberían ser capaces de atender este tipo de problemáticas. Esto se relaciona con la investigación realizada por Sánchez-Muros Lozano (2022), donde se evidenciaron limitaciones en la atención en el sistema sanitario público debido a falta de capacitación en la temática y en la gestión del riesgo.

En lo que respecta a la postvención, los entrevistados situaron a estas acciones centralmente como el acompañamiento y contención de todas las personas e instituciones afectadas por el evento suicida, realizada de manera grupal y utilizando distintas herramientas, en consonancia con lo expuesto por distintos autores (Morón, 1992, citado en Martínez, 2017; Girard, 2017; Mosqueira et al., 2024; Casullo et al., 2000, citado en Martínez, 2017; Pérez Barrero y Mosquera, 2006).

Otro de los puntos que resaltaron es que la postvención también puede ser considerada una acción preventiva, esta vez específica y focalizada, en línea con lo que expresa Altavilla (2022), funcionando como acciones que colaboran en la prevención de otros suicidios, y también con los hallazgos de Grande Ratti et al. (2024), en cuanto a la mitigación del impacto negativo en el contexto de la persona fallecida.

Ahora bien, un dato sobresaliente sobre postvención es la urgencia en la actuación en las escuelas en suicidios de niño/as y/o adolescentes, donde los entrevistados marcaron la

necesidad de intervenir entre las 24 y 72 horas posteriores al evento, hecho que no fue relevado en antecedentes ni en la teoría.

Pasando a las características del abordaje, tal como lo establece el marco legal de la República Argentina, las estrategias y acciones sobre esta problemática deben ser llevadas a cabo por equipos interdisciplinarios, con participación intersectorial, y mediante el modelo de atención comunitaria de la salud. De los datos relevados, surge que en la problemática del suicidio las intervenciones sí cumplen con los lineamientos del marco normativo, a diferencia de los hallazgos expuestos por Basílico et al. (2021) respecto a la aplicación de las normas legales en pacientes con consumo problemático de drogas, donde observó una escasa adhesión a la regulación legal.

En cuanto a la intersectorialidad, los principales sectores que trabajan de manera articulada mencionados por los entrevistados son los de Salud, Educación, Desarrollo Social, Seguridad y Justicia, en consonancia con los lineamientos de la Ley N°26.657 y la Ley N°27.130. También se vincula con lo expuesto por Cunill-Grau (2014), ya que estos sectores gubernamentales trabajan en conjunto para un abordaje integral en la problemática, mejorando así las intervenciones al hacerlo de manera articulada y compartiendo recursos.

Además, se relevó que en algunas provincias también participan otros actores que no son del ámbito gubernamental, tales como universidades y organizaciones sociales, alineado a lo establecido por el marco legal y donde se ve el trabajo colaborativo para la solución de problemas sociales complejos que, como lo define Cunill Grau (2014), tienen como característica la multicausalidad, ofreciendo mejores resultados comparativamente a trabajar de manera sectorial.

Los profesionales entrevistados manifestaron que el área de Educación, y particularmente las escuelas, son agentes clave en el trabajo sobre esta problemática como lugares de detección temprana y de corresponsabilidad en la atención, en consonancia con

Kaplan y Szapu (2019), quienes concluyeron que la escuela debe ser un lugar de contención y escucha respecto a vivencias de desigualdad, y con responsabilidad en la actuación.

En lo que concierne al trabajo de equipos interdisciplinarios, los testimonios relevados destacaron el trabajo en conjunto principalmente de psiquiatras, psicólogos/as y trabajadores/as sociales, aunque también se mencionaron enfermeros/as, acompañantes terapéuticos, médicos/as, y en algunos casos sociólogos/as y abogados/as.

Al participar un/a abogado/a en cuestiones legales referidas a una internación, o sociólogos/as que contribuyen a la vigilancia epidemiológica y estadística, queda en evidencia como esto implica un modo de trabajo integral y no sólo una suma de saberes tal como establece García López (2004), beneficiando a su vez a los distintos miembros del equipo permitiendo comprender este fenómeno desde las distintas áreas de saber, en línea con lo expuesto por García (2011).

También aquí cabe destacar los hallazgos realizados por Carrizo (2024), mostrando como otras disciplinas que abordan la salud, en este caso la musicoterapia, pueden colaborar en el trabajo con pacientes ligados a esta problemática, al permitirles direccionar la agresión hacia otro lugar que no sea hacia sí mismos.

En lo referido al modelo de atención comunitaria de la salud, la importancia de realizar diagnósticos situacionales que posibiliten detectar cuales son los recursos y redes de apoyo de la comunidad de los pacientes, está estrechamente vinculado con lo expuesto por la Mesa de Trabajo Intersectorial (2022), donde el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado se debe hacer en territorio y solo al considerar el contexto puede ser entendido, en vínculo también con lo enunciado por Restrepo-Vélez (2003) sobre pensar de manera social a la salud, debiendo integrar a todos los sectores de la comunidad.

Los recursos comunitarios en los que se apoyan las acciones para el abordaje de esta problemática, según surge de los datos recolectados, serían no solamente los dispositivos

vinculados a la atención de la salud, sino también clubes sociales y deportivos, iglesias, referentes barriales, organizaciones sociales, entre otros. Esto sustenta lo expuesto por Cotonieto-Martínez y Rodríguez-Terán (2021), quienes destacan que los entornos donde las personas nacen, crecen, viven y envejecen, son determinantes de su salud, por lo que la atención debe ajustarse a la particularidad de cada lugar, y donde es necesaria la participación de todos los miembros y actores de la comunidad en el diseño, implementación y seguimiento de las intervenciones.

Una vez más, aparece como tema de relevancia la capacitación, esta vez destacando la importancia que tuvo en algunas provincias la formación de agentes comunitarios en primera escucha, alineado al programa de mhGAP de la Organización Mundial de la Salud, permitiendo tanto a profesionales no especializados como a distintos referentes no profesionales, poder realizar una primera intervención segura, a través de una contención y derivación, junto a notificaciones que permitan realizar una mejora continua en las intervenciones. Este punto se destaca debido a que no se encontraron antecedentes ni referencias que lo resalten.

Por último, en lo referente a la estadística sobre este fenómeno, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N°27.130 (2015) de la República Argentina determina la creación de un sistema de registro estadístico sobre la problemática del suicidio.

A este respecto, la información relevada confirma la coexistencia de distintas fuentes de datos, provenientes del área de salud, del área judicial y también del área policial. Estos datos permiten delimitar lo que los entrevistados llamaron zonas rojas, marcando los lugares que hay mayor incidencia de esta problemática, y, en línea con los hallazgos del estudio de Krmpotic y Barrón (2021) que marcan que los datos permiten caracterizar a la población para pensar en programas de prevención y asistencia, este tipo de estadística resulta en la elaboración y direccionamiento de estrategias hacia los grupos y lugares prioritarios.

8. Conclusión

A partir de la investigación realizada y los resultados de las entrevistas a los profesionales, se concluye que los dispositivos públicos que trabajan en la problemática del suicidio en la República Argentina en general tienden a cumplir con los lineamientos normativos que delimitan como debe ser el abordaje de este fenómeno complejo y multicausal.

Las acciones de prevención, atención y postvención del suicidio son llevadas a cabo de manera intersectorial, participando los sectores de Salud, Educación, Justicia, Desarrollo Social, Seguridad, además de universidades y otras organizaciones sociales. A su vez, este abordaje está a cargo de equipos interdisciplinarios, conformados por psicólogos/as, psiquiatras, enfermeros/as, acompañantes terapéuticos, médicos/as e incluso sociólogos/as o abogados/as, dando así una mirada integral a la asistencia de los pacientes.

Todo esto es llevado a cabo privilegiando el modelo de atención comunitaria de la salud, para lo cual, se busca activar los distintos recursos que posee cada comunidad y la participación de todos los actores en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de manera activa, mejorando las condiciones de salud de su población.

Para ello, también se resalta la importancia de la vigilancia epidemiológica, que contribuye a detectar zonas críticas, además de otros datos de relevancia como diferencias estacionales y poblaciones con mayor vulnerabilidad, para direccionar estrategias y acciones a los distintos grupos de manera eficaz.

Se destaca que el suicidio no se reduce a un hecho individual o solo vinculado a lo psicológico, sino que forma parte como una manifestación de otra problemática, que es la de las violencias. Además, se puede observar que el entramado social tiene suma relevancia en la producción de este fenómeno, en línea con los hallazgos de Durkheim hace más de cien años,

resultando clave entonces que las estrategias de abordaje contemplen la integración y el fortalecimiento de los lazos sociales.

9. Aportes y contribuciones de la investigación

El principal aporte de la presente investigación es la posibilidad de visibilizar, en un mismo estudio, la integración de la intersectorialidad, el trabajo interdisciplinario y la atención comunitaria de la salud en las acciones de prevención, atención y postvención de la problemática del suicidio, en seis de las veintitrés provincias de la República Argentina. Esto se transforma en un antecedente valioso para futuras líneas de investigación en la temática.

En cuanto a los hallazgos del trabajo de campo realizado, se destaca que las acciones de prevención están principalmente realizadas de manera inespecífica, es decir, sin poner a la temática del suicidio como eje central. Siendo así, se encuadran como acciones de Promoción de la Salud, donde la práctica no está direccionada hacia una afección, sino que hace eje en los distintos componentes de la vida que generan un estado saludable (Mesa de Trabajo Intersectorial, 2022), y que mediante el proceso de participación activa permita a los individuos, en este caso a la comunidad, incrementar su control sobre los determinantes sociales de la salud y, como consecuencia, mejorarla (OMS, 1998).

Otro punto para destacar es considerar la perspectiva de vulnerabilidad como forma de aproximación hacia este fenómeno, lo que permite poder observar y analizar escenarios complejos donde interactúan distintas dimensiones de manera dinámica y variable, y que habilita a explicar este tipo de problemáticas complejas y multicausales buscando una comprensión global e integral, vinculando los determinantes sociales de la salud, el riesgo y la vulnerabilidad.

También, es preciso resaltar la urgencia manifestada en la postvención a llevar a cabo en las escuelas cuando el suicidio consumado es de un niño/a o adolescente, estableciendo que las acciones deben realizarse entre las 24 y 72 horas posteriores al hecho, para poder evitar otros acontecimientos concatenados al mismo.

Por último, se destaca la suma relevancia que cumple la capacitación de los profesionales de la salud mental, los profesionales no especialistas en salud mental e incluso los agentes comunitarios que no son profesionales. La formación, vinculada también al Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP) de la Organización Mundial de la Salud, fue mencionada como un punto clave en prevención, atención, en el modelo comunitario de atención de la salud, e incluso en el registro estadístico.

10. Limitaciones de la investigación

La principal limitación de esta investigación es que la misma fue realizada en base a la perspectiva de los profesionales de la salud que trabajan en dispositivos públicos, por lo que, si bien es un aporte de gran valor, no se cuenta con la experiencia de los usuarios de los dispositivos, lo que podría enriquecer mucho más el trabajo y brindar un conocimiento integral en el abordaje de esta problemática.

Otra limitación es la dificultad para acceder a testimonios de profesionales de todas las provincias de la República Argentina, lo que permitiría poder realizar una integración más amplia y completa de los datos de todo el país.

Estas limitaciones abren la posibilidad de futuras investigaciones que profundicen en otras perspectivas y territorios.

11. Referencias

- Aguiar, F.; Serrano, R. y Sesma, D. (2009). Eutanasia y suicidio asistido: Un debate necesario. *Policy Papers*, 3, 1-12.
<https://digital.csic.es/bitstream/10261/62854/1/Eutanasia%20y%20suicidio%20asistido.pdf>
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Altavilla, D. (2022). *Suicidio y autolesiones: impacto, consecuencias y estrategias clínicas*. (2da ed.). Ricardo Vergara Ediciones.
- Basílico, D., Sapienza, C., Rosa, M. y Jeifetz, V. (2021). Exclusiones y rechazos en el campo de las adicciones: un estudio cualitativo sobre la implementación de la ley argentina de salud mental y adicciones. *Revista Cultura y Droga*, 26(31), 71-94.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2021.26.31.4>
- Bauzá, H. F. (2018). *Miradas sobre el suicidio*. Fondo de Cultura Económica
- Bertolín-Guillén, J. M. (2021). Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 51-67.
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200003>
- Böttcher, R. M. y Garay, C. J. (2021). Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en países latinoamericanos. *Psicodebate*, Vol. 21, N° 1, Junio 2021 – Noviembre 2021, 61-78. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i1.4199>
- Carrizo, L. J. (2024). Abordaje Musicoterapéutico de los Factores de Riesgo y Factores Protectores para el Comportamiento Suicida. *ECOS. Revista Científica De Musicoterapia Y Disciplinas Afines*, 9, 041. <https://doi.org/10.24215/27186199e041>

Castell Florit Serrate, P. (2007). *La intersectorialidad en la práctica social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

https://issuu.com/anamariabarrientoslopez/docs/intersectorialidad_en_la_practica_s

Chávez-Hernández, A.M. y Leenaars, A.A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008

Córdova Osnaya, M., Rosales Murillo, M. D., Caballero Avila, R., y Rosales Pérez, J. C. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915933003>

Cotonieto-Martínez, E., y Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(2), 393-410.

<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3816>

Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23(1), 5-46.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001

de Lellis, M., y Fotia, G. D. (2019). Interdisciplina y Salud Mental. *Anuario de Investigaciones*, XXVI, 179-187. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369163433018>

Decreto 603 de 2013. (2013, 28 de mayo). Poder Ejecutivo Nacional de Argentina. Boletín oficial 29 de mayo de 2013.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

Decreto 603 de 2021. (2021, 31 de agosto). Poder Ejecutivo Nacional de Argentina. Boletín oficial 9 de septiembre de 2021.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/353991/norma.htm#:~:text=Que%20la%20Ley%20N%C2%BA%2027.130,riesgo%20de%20suicidio%20y%20la>

del Cueto, A. M. (2017). *La salud mental comunitaria: vivir, pensar, desear*. Fondo de Cultura Económica

Durkheim, E. (2004). *El suicidio*. Editorial Losada

Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Buenos Aires: Manantial (Capítulo 9).

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatoria/s/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/elichiry_importancia_de_la_articulacion.pdf

Faraone, S., Valero, A.S. y Bianchi, E. (2015). “Salir del pantano”. Violencias, infancia y equipos de salud: claves para pensar dispositivos y acciones en salud mental. *Derecho y Ciencias Sociales*. Abril 2015. N° 12 (Violencias), 70-88.

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/52701/CONICET_Digital_Nro.a2cff601-2839-425f-a735-5f20d7d632ad_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Fernández, O., Jerez-Venegas, R., y Ulloa-García, K. (2021). Hospitalización por Intento de Suicidio en Adolescentes: Mirada retrospectiva de la experiencia y los cambios asociados. *Terapia psicológica*, 39(3), 445-465. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000300445>

- García, R. (2011). Interdisciplinariedad y sistemas complejos. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 1(1), 66-101.
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4828/pr.4828.pdf
- García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 17, 273-287.
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110273A/7617>
- Girard, G. (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *Revista de Formación Continuada de la 22 Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. Volumen V. Mayo 2017. N°2.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num2-2017/22-31.pdf>
- Grande Ratti, M.F., Malleza, S., Bertolani, F.C., Faccioli, J.L., Valdez D'stefano, L., Martínez, B.J. y Matusевич, L.D. (2024). Prevención, detección temprana y posvención del riesgo de suicidio: una revisión narrativa. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. (2024). 35(166). 85-97. <https://doi.org/10.53680/vertex.v35i166.726>
- Haedo, E. (2023). Abordaje del suicidio en dispositivos de urgencias en salud mental. *Revista digital Prospectivas en Psicología*. Vol. 7 N°1. Junio 2023, 58-74.
<https://repositorio.uflo.edu.ar/server/api/core/bitstreams/100b25ce-a06b-4ce7-b2f2-dc9fc305d25a/content>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6° edición. México: McGraw-Hill.
- Hurley, D., Álvarez, L. E., Ragno, R. L. y Giménez Velo, A. (2017). Acerca de la relación entre resiliencia y salud mental en un dispositivo neuropsiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Revista Científica*. Vol. 21, N°1, 2017. UCES.
<https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/cientifica/article/view/420>

- Kaplan, C. V. y Szapu, E. (2019). Jóvenes y subjetividad negada: Apuntes para pensar la intervención socioeducativa sobre prácticas autolesivas y suicidio. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*. Vol. 18, N°1, 2019. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue1-fulltext-1485>
- Krmpotic, C. S., y Barrón, E. V. (2021). La Asistencia on-line frente al riesgo de suicidio juvenil en Argentina.: Alcances y retos urgentes. *Aiken. Revista De Ciencias Sociales Y De La Salud*, 1(1), 21–34. <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/5>
- La Ciudad Revista. (2021, septiembre 11). *Diana Altavilla: «El suicida no quiere morir sino reducir a cero su dolor moral»*. <https://laciudadrevista.com/diana-altavilla-el-suicida-no-quiere-morir-sino-reducir-a-cero-su-dolor-moral/>
- Ley 10.306 de 1985. (1985, 20 de agosto). Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Boletín oficial 6 de septiembre de 1985. <https://normas.gba.gob.ar/documentos/V9rbMUP0.html>
- Ley 25.326 de 2000. (2000, 4 de octubre). Congreso de la Nación Argentina. Boletín oficial 30 de octubre de 2000. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/texact.htm>
- Ley 26.657 de 2010. (2010, 25 de noviembre). Congreso de la Nación Argentina. Boletín oficial 2 de diciembre de 2010. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 26.742 de 2012. (2012, 9 de mayo). Congreso de la Nación Argentina. Boletín oficial 24 de mayo de 2015. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

Ley 27.130 de 2015. (2015, 11 de marzo). Congreso de la Nación Argentina. Boletín oficial 6 de abril de 2015. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>

López Steinmetz, L. C. (2020). Acerca del vocablo *suicidio*: preexistencia del acto humano de darse muerte respecto de la posibilidad de su nominación. *Boletín de Filología, Tomo LV Número 1* (2020), 461-470. <https://www.scielo.cl/pdf/bfilol/v55n1/0718-9303-bfilol-55-1-00461.pdf>

Martínez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias*. ALFEPSI Editorial.

Martínez, M. A. (2015). *Dispositivos terapéuticos en el campo de la salud mental: el rol del acompañante terapéutico en los tratamientos ambulatorios*. [Trabajo final de Investigación, Universidad Nacional de Mar del Plata]. Archivo digital. <http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/560/0306-1.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Mesa de trabajo intersectorial (2022). *Abordaje intersectorial de la problemática del suicidio y de las autolesiones*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-intersectorial-del-suicidio-y-de-las-autolesiones>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/pautas-para-la-organizacion-y-funcionamiento-de-dispositivos-de-salud-mental>

Ministerio de Seguridad de la Nación (2025). *SNIC 2024. Informe ejecutivo*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/05/informe_ejecutivo_snic_2024.pdf

Mosqueira, Rocio Yamila, Vicente, Sara y Olano, María (2024). El suicidio y las estrategias de posvención. *XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en*

- Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.* <https://www.aacademica.org/000-048/227>
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública* (pp. 49-54). <https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). *Promoción de la Salud. Glosario.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2025, 25 de marzo). *Suicidio.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica.* <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33874/9789275318577-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Papa, M. A. e Irigoitia, J. I. (2015). Análisis del Dispositivo de Hospital de Día de Salud Mental de la ciudad de Pergamino, como nuevo Dispositivo. *Documentos de Trabajo Social · n°56.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5612799>
- Pérez Barrero, S. A. y Mosquera, D. (2006). *El Suicidio. Prevención y manejo. Memorias de un curso necesario.* Ediciones Pléyades S.A.
- Real Academia Española (s/f). Dispositivo. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a edición, versión 23.7 en línea). Consultado el 28 de septiembre de 2024. <https://dle.rae.es/dispositivo?m=form>
- Resolución 1717 de 2022 (2022, 20 de julio). Poder Ejecutivo Nacional de Argentina. Boletín oficial 7 de septiembre de 2022.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/370000-374999/371052/norma.htm>

Restrepo-Vélez, O. (2003). Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía?. *Avances en Enfermería*. 2003;21(1), 49-61.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9148301.pdf>

Riccio, F. (2013). *Caracterización de la dinámica de trabajo en dispositivos de Salud Mental que operan en los tres niveles de atención en la ciudad de Mar del Plata y Necochea*.

[Trabajo final de Investigación, Universidad Nacional de Mar del Plata]. Archivo digital.

<http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/29/088.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rojas, M. A., Santimaria, L., Fevre, M. y Santimaria, G. (2014). Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras. *Anuario de Investigaciones. Volumen XXI*, 131-137. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994057>

Rosas-Fuentes, P., Valdés-García, K. P., y Franco-López, M. (2025). Intervenciones para los comportamientos suicidas en las Américas: revisión sistemática. *Psicología Iberoamericana*, 33(2). <https://doi.org/10.48102/pi.v33i2.804>

Salum, J. E., Stolkiner, A. I. y D'Agostino, A. M. E. (2022). La noción de dispositivo en el campo de salud mental. *Revista de Psicología*, 21(2), 29-47.

<https://doi.org/10.24215/2422572Xe144>

Sánchez-Muros Lozano, P. S. (2022). Atendiendo a la persona en riesgo de suicidio en el Servicio Andaluz de Salud: un estudio cualitativo del proceso de institucionalización. *Revista Centra de Ciencias Sociales*, 1(1), 81-102. <https://doi.org/10.54790/rccs.6>

Sarmiento, E. A. (2018). *Dispositivos alternativos en Salud mental: el proceso de desmanicomialización en clave santafesina*. [Tesina de grado, Universidad Nacional Del

Litoral]. Archivo digital.

<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/5449/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sebastiani, M. (2023). El suicidio asistido como estrategia de prevención del suicidio traumático. *Evidencia Actualización En La práctica Ambulatoria*, 26(4), e007103.

<https://doi.org/10.51987/evidencia.v27i1.7103>

Sobrino, C., García, M. y Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32(1), 5-12.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>

Socha-Rodríguez, M., Hernández-Rincón, E., Guzmán-Sabogal, Y., Ayala-Escudero, A., y Moreno-Gómez, M. (2021). Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria. *Archivos de Medicina (Col)*, 21(1), 150-167.

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3781/6208>

Sotelo, M. I., Fazio, V. P. y Miari, A. S. (2014). Dispositivos y abordaje de la problemática de la violencia en el marco de la atención de la demanda en urgencias en salud mental: una perspectiva psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones. Volumen XXI*, 139-146.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994058>

UNICEF (2017). Suicidio. Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas.

<https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/suicidio.pdf>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

<https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>

12. Anexo

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desean conocer acerca del abordaje de la problemática del suicidio en la República Argentina. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer cuáles son las acciones de prevención, asistencia y postvención del suicidio, cómo es el abordaje intersectorial, interdisciplinario y de atención comunitaria de la salud, y cómo se registran y utilizan los datos estadísticos sobre esta problemática. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a las preguntas realizadas en el marco de una entrevista semiestructurada.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable).

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha: