Criterios para el Diseño de Programas de Formación en Atención Primaria sobre Salud Mental y Prevención del Suicidio en Infancia y Adolescencia

Criteria for Designing Primary Care Training Programs on Mental Health and Suicide Prevention in Children and Adolescents

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
IACS 2026

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

MINISTERIO DE SANIDAD

RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

iacs INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD

Criterios para el Diseño de Programas de Formación en Atención Primaria sobre Salud Mental y Prevención del Suicidio en Infancia y Adolescencia

Criteria for Designing Primary Care Training Programs on Mental Health and Suicide Prevention in Children and Adolescents

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
IACS 2026

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

iacs INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD

Criterios para el Diseño de Programas de Formación en Atención Primaria sobre Salud Mental y Prevención del Suicidio en Infancia y Adolescencia / María José Vicente Edo, Analía Abt Sacks, Soledad Isern de Val - Madrid: Ministerio de Sanidad. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) - 116 p.; 24 cm (Colección: Informes, estudios e investigación. Serie: Informes de evaluación de tecnologías sanitarias. IACS)

NIPO: 133-26-163-8
ISBN: 978-84-09-91297-1
DOI: https://doi.org/10.46994/ets_51

1. Salud mental. 2. Formación continuada. 3. Atención primaria.
I. Aragón. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). II. España. Ministerio de Sanidad.

Edición: 2026

Edita: Ministerio de Sanidad
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

NIPO: 133-26-163-8

ISBN: 978-84-09-91297-1

DOI: https://doi.org/10.46994/ets_51

Maquetación: Gambón, Zaragoza.

Este documento ha sido realizado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS el 4 de abril de 2025.

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Para citar este informe:
Vicente Edo MJ, Abt Sacks A, Isern de Val S. Criterios para el Diseño de Programas de Formación en Atención Primaria sobre Salud Mental y Prevención del Suicidio en Infancia y Adolescencia. Madrid: Ministerio de Sanidad. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2026. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: IACS

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

iacs INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD

Índice

Autoría y colaboraciones 9

Declaración de intereses 11

Resumen 13

Resumen orientado a la ciudadanía 15

Summary 17

Plain language summary 19

Abreviaturas 21

Introducción 23

Objetivos 27

Personas usuarias/destinatarias 29

Metodología 31
1. Revisión documental 31
2. Análisis de los contenido de los programas existentes en CCAA 31
3. Grupo de Discusión 32
4. Análisis de los datos obtenidos 33

Resultados 37
1. Revisión documental 37
2. Análisis de programas existentes en CCAA 47
3. Grupo de Discusión 49
4. Dominios de análisis 51
5. Temas emergentes surgidos del discurso en el Grupo de Discusión 81

Discusión 87

Conclusiones 93

Recomendaciones 95

Bibliografía 99

Anexos 103

Anexo 1. Estrategia de búsquedas 103

Anexo 2. Otras fuentes de información consultadas 107

Anexo 3. Organizaciones nacionales e internacionales consultadas 109

Anexo 4. Parrilla de extracción de datos 111

Anexo 5. Guión para el grupo de discusión 112

Anexo 6. Personas participantes en el Grupo de Discusión 115

Autoría y colaboraciones

Autoría

María José Vicente Edo. Enfermera especialista en Salud Mental. Técnica del Área de Decisiones Basadas en la Evidencia. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

Analía Abt Sacks. Antropóloga Social. Especializada en Antropología de la Medicina y Salud Internacional. Técnica del Área de Decisiones Basadas en Evidencia. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

Soledad Isern de Val. Doctora en Bioquímica, Biología Molecular y Biomedicina. Experta en economía de la salud y evaluación de tecnologías sanitarias. Responsable del Área de Decisiones Basadas en la Evidencia. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

Documentalista

María P. Blas Diez. Graduada en Información y Documentación. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

Apoyo Administrativo

María Yamina Fandos Falo. Administrativa. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

Colaboradores

Francisco González Aguado. Subdirector General. Comisionado de Salud Mental. Ministerio de Sanidad.

Victoria Mon Trotti. Jefa de Servicio. Comisionado de Salud Mental. Ministerio de Sanidad.

Livia de Rezende Borges. Jefa de Servicio. Comisionado de Salud Mental. Ministerio de Sanidad.

Carlos Zurita Zarco. Jefe de Área. Comisionado de Salud Mental. Ministerio de Sanidad.

Revisión Externa

Daniel Cruz Martínez. Psicólogo Clínico. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia (SEPYPNA).

Gonzalo de la Fuente Echevarría. Pediatra. Centro de salud de Ciudad Rodrigo, Salamanca. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP).

José Antonio González Tamayo. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Benito Oeste, Don Benito, Badajoz. Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura (SEFYCEX).

Víctor Expósito Duque. Médico de Familia y Comunitaria. CS Laguna-Mercedes, San Cristóbal de La Laguna. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).

Agradecimientos

Isabel Irigoyen Recalde. Psiquiatra, Hospital Universitario Royo Villanova. Zaragoza, por la colaboración prestada en la revisión del cuestionario utilizado para el grupo de discusión de este trabajo.

Declaraciones de intereses

Todas las personas que han participado en este informe de evaluación han completado el formulario de declaración de intereses. Tras la aplicación del procedimiento de gestión de los conflictos de interés de la Red Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS se declara que: ninguna persona, (profesional o no) fue excluida del proceso en base a la información declarada. Las personas que realizaron la revisión externa del documento no suscriben necesariamente a todas y cada una de las conclusiones, que son responsabilidad exclusiva de las personas autoras.

Resumen

El bienestar emocional en población infantil y adolescente constituye un fenómeno complejo y multifactorial, resultado de la interacción de factores psicológicos, sociales, culturales y contextuales. En este marco, la Atención Primaria desempeña un papel estratégico en la prevención y promoción, así como en la detección precoz, valoración inicial y el acompañamiento en la conducta suicida.

El objetivo de este informe es definir criterios y recomendaciones para el diseño y desarrollo de programas de formación continuada dirigidos a profesionales sanitarios y no sanitarios de Atención Primaria, orientados al abordaje de la salud mental y a la prevención y el manejo de la conducta suicida en infancia y adolescencia. Para ello, se aplicó una metodología mixta, que combinó una revisión documental (bases de datos, fuentes institucionales y búsqueda manual) con un Grupo de Discusión con participación multiprofesional, intersectorial y de ciudadanía.

Los resultados evidencian una escasez de estudios específicos sobre criterios formativos en este ámbito, junto con una alta demanda de capacitación por parte de los equipos de Atención Primaria. Tanto la literatura como el análisis cualitativo coinciden en que la formación es más efectiva cuando incorpora metodologías activas y experienciales (simulación, *role-play*, discusión de casos clínicos, entre otras) y refuerza competencias relacionales clave, especialmente la empatía y las habilidades comunicativas y emocionales, fundamentales para generar confianza y facilitar la expresión del malestar en población joven.

Asimismo, los hallazgos subrayan que el riesgo suicida está estrechamente condicionado por determinantes sociales, como migración, racismo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad y el estatus socioeconómico. Estos factores influyen en la vivencia del sufrimiento, en el acceso a apoyos y en la respuesta de los sistemas sanitario, educativo y social. Sin embargo, el análisis de programas formativos en las comunidades autónomas españolas muestra un predominio de contenidos clínicos generales y una incorporación limitada de enfoques integrales que considere los determinantes sociales, la interseccionalidad y una perspectiva transcultural.

El estudio identifica también barreras que limitan el impacto de la formación, entre ellas: su carácter frecuentemente no obligatorio y la dependencia de la formación al voluntarismo individual. Otros factores identificados fueron la carga emocional asociada al abordaje de la salud

mental y prevención del suicidio, el miedo a preguntar directamente por ideación suicida, la falta de tiempo asistencial, la insuficiencia de recursos comunitarios y una coordinación deficiente entre niveles, en un contexto percibido como excesivamente centrado en el ámbito hospitalario.

Por último, emergen temas relevantes relacionados con la necesidad de incorporar la temática de la salud mental y prevención del suicidio en infancia y adolescencia en la formación universitaria (medicina, enfermería, trabajo social, ámbito educativo etc.) y especializada (p. ej., MIR, EIR, PIR), así como de garantizar condiciones organizativas en Atención Primaria que permitan facilitar, sostener y fortalecer estos procesos formativos como base para la consolidación de competencias específicas.

Resumen orientado a la ciudadanía

En la salud mental de niños, niñas y adolescentes intervienen múltiples factores que se relacionan entre sí. No suele existir una única causa, sino una combinación de elementos que pueden aumentar la vulnerabilidad de la persona en determinados momentos de su vida. Entre estos factores se encuentran el estado emocional y psicológico del menor, sus características personales, las experiencias vividas, así como su entorno familiar, social y cultural.

La Atención Primaria tiene un papel muy importante en la promoción y prevención de la conducta suicida en niños/as y adolescentes, porque muchas veces es el primer lugar al que acuden las familias cuando surgen preocupaciones físicas o emocionales. Además, se dispone del programa de salud de la niña y niño sano, desarrollado para valorar cualquier alteración en el plano físico, social o emocional. Desde ahí se puede detectar señales de alarma, realizar una primera valoración y acompañar a la persona y su familia.

Este informe tiene como objetivo definir orientaciones y recomendaciones para crear programas de formación dirigidos a profesionales de Atención Primaria, tanto sanitarios (medicina, enfermería, pediatría, etc.) como no sanitarios, con el fin de mejorar la atención a la salud mental y el abordaje de la conducta suicida en infancia y adolescencia. Para elaborarlo, se ha combinado la revisión de documentos y estudios disponibles con la información aportada por un Grupo de Discusión, en el que participaron profesionales del ámbito sanitario, social y educativo, además de representantes de la ciudadanía.

Los resultados muestran que existen pocos estudios específicos sobre cómo debe ser esta formación, pero al mismo tiempo se detecta una gran necesidad de capacitación entre los equipos de Atención Primaria. Tanto los estudios como las aportaciones del Grupo de Discusión coinciden en que la formación funciona mejor cuando es práctica y participativa, por ejemplo, con simulaciones a partir de casos reales o dinámicas de conversación. Además, se considera clave reforzar habilidades como la empatía, la comunicación y el manejo emocional, ya que ayudan a generar confianza y facilitar que los chicos y chicas puedan expresar lo que les ocurre y/o cómo se sienten.

También se destaca que el riesgo de suicidio no depende únicamente de la persona, sino también de factores sociales como la migración, racismo, identidad de género, la orientación sexual, la discapacidad, las dificultades económicas o experiencias adversas. Estos factores pueden influir en el sufrimiento de la persona, en el acceso a los apoyos que necesita y a cómo responden los servicios sanitarios, educativos y sociales. Sin embargo, muchos programas formativos actuales se centran sobre todo en aspectos clínicos y tratan menos estos enfoques más amplios, como la diversidad cultural o las desigualdades sociales.

El estudio identifica además varias dificultades que reducen el impacto de la formación: el hecho de que muchas veces no es obligatoria y que depende de la iniciativa personal de cada profesional. Otras dificultades encontradas fueron relacionadas con el desgaste emocional que supone abordar estos temas para el personal de Atención Primaria, y el miedo a preguntar directamente por ideas de suicidio. Otros factores identificados fueron la falta de tiempo en la consulta, la escasez de recursos comunitarios, una coordinación en muchos casos insuficiente entre servicios en un sistema que, a menudo, se percibe demasiado centrado en la atención hospitalaria.

Por último, el informe señala la importancia de incorporar la promoción de la salud mental, y prevención del suicidio en infancia y adolescencia en la formación universitaria (ej. medicina, enfermería, trabajo social, ámbito educativo etc.) y especializada (como MIR, EIR, PIR), y de asegurar que en Atención Primaria existan condiciones organizativas adecuadas para mantener y reforzar esas capacitaciones.

Summary

Emotional well-being among children and adolescents constitutes a complex and multifactorial phenomenon, resulting from the interaction of psychological, social, cultural, and contextual factors. In this context, primary care plays a strategic role in early detection, initial assessment and support, and support in relation to suicidal behaviour.

The aim of this report is to define criteria and recommendations for the design and implementation of continuing education programmes targeting both healthcare and non-healthcare professionals in Primary Care**,** focused on the prevention and management of suicidal behaviour in childhood and adolescence. To this end, a mixed-methods approach was applied, combining a literature review (database searches, institutional sources, and manual searching) with a qualitative focus group, involving multi-professional, intersectoral, and citizen participation.

The findings highlight a scarcity of studies specifically addressing training criteria in this field, alongside a high demand for training among Primary Care teams. Both the literature and the qualitative analysis agree that training is more effective when it incorporates active and experiential methodologies (simulation, role-play, clinical cases, and discussions, among others) and strengthens key relational competencies, particularly empathy, communication, and emotional skills, which are essential for building trust and facilitating the expression of distress among young people.

Furthermore, the findings highlight that suicide risk is closely shaped by social determinants**,** including migration, racism, gender, sexual orientation and gender identity, disability, and socioeconomic status. These factors influence the lived experience of suffering, access to support, and the response of healthcare, educational, and social systems. However, the analysis of training programmes across Spain's autonomous communities shows a predominance of general clinical content and a limited integration of comprehensive approaches, including social determinants, intersectionality, and a transcultural perspective.

The study also identifies barriers that constrain the impact of training, including its frequently non-mandatory nature and dependence on individual voluntarism. Also other factors identified were the emotional burden associated with addressing suicide, fear of asking directly about suicidal ideation, limited consultation time, insufficient community resources, and

poor coordination across levels of care, within a context perceived as overly hospital-centred.

Finally, relevant themes emerged regarding the need to incorporate mental health and suicide prevention in childhood and adolescence into University and Postgraduate studies, as well as to ensure organisational conditions in Primary Care that enable these training processes to be facilitated, sustained, and strengthened as a foundation for consolidating specific competencies.

Plain language summary

Mental health in children and adolescents is a complex health issue involving multiple interrelated factors. It is rarely attributable to a single cause; rather, it usually results from a combination of elements that may increase an individual's vulnerability at certain points in life. These factors include the child's emotional and psychological state, personal characteristics, lived experiences, and family, social, and cultural environment.

Within this context, Primary Care (the health centre and its multidisciplinary team) plays a crucial role, as it is often the first point of contact for families when physical or emotional concerns arise. From this setting, professionals can support the early identification of warning signs, conduct an initial assessment, and provide ongoing support to young people and their families.

The aim of this report is to define guidance and recommendations for the development of training programmes targeting Primary Care professionals, including both healthcare staff (e.g., physicians, nurses, paediatricians) and non-healthcare staff, in order to strengthen the prevention and management of suicidal behaviour in childhood and adolescence. To this end, the report combines the review of available literature and studies in addition to a focus group, involving professionals from the healthcare, social care, and educational sectors, as well as members of the public.

The findings indicate that there are few specific studies addressing how such training should be structured; however, there is a clear and substantial need for training among Primary Care teams. Both the literature and the focus group contributions suggest that training is more effective when it is practical and participatory, for example through simulations, real-case discussions, or structured conversational exercises. Furthermore, strengthening competencies such as empathy, communication, and emotional management is considered essential, as these skills, foster trust and enable young people to express what they are experiencing and how they feel.

It is also emphasised that the mental health and suicidal behaviour is not solely determined by individual factors, but is also shaped by social determinants such as migration, racism, gender, sexual orientation or gender identity, disability, and socioeconomic hardship. These factors may influence the individual's experience of distress, access to the support they require, and the response provided by healthcare, educational, and social services. Nevertheless, many existing training programmes in the current context

primarily focus on general clinical aspects and devote less attention to broader approaches, such as cultural diversity and social inequalities.

The study also identifies several challenges that limit the impact of training, including its frequently non-mandatory nature and its reliance on individual professional initiative. Other factors found were the emotional burden associated when addressed by Primary Care staff, fear of asking directly about suicidal ideation. In addition, limited consultation time, a shortage of community resources, and at times insufficient coordination between services, within a healthcare system often perceived as overly hospital-centred.

Finally, the report highlights the importance of incorporating mental health and suicide prevention in childhood and adolescence into university training pathways and ensuring appropriate organisational conditions within Primary Care to sustain and strengthen these training processes.

Abreviaturas

AP	Atención Primaria
BOE	Boletín Oficial del Estado
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEPIA	Consejo Estatal de Participación de la Infancia y de la Adolescencia
CCAA	Comunidades Autónomas
DBE	Decisiones Basadas en la Evidencia
EIR	Enfermera Interno Residente
GMHPN	Global Mental Health Peer Network
GD	Grupo de Discusión
GPC	Guía de Práctica Clínica
IACS	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
IASP	International Association for Suicide Prevention
LGBTQI+	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans, Queer, Intersexuales **+ (**Incluye otras identidades y orientaciones no recogidas en las letras anteriores: asexuales, pansexuales, no binarias, etc.).
MHIN	Mental Health Innovation Network
MIR	Médico Interno Residente
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIR	Psicólogo Interno Residente
RedETS	Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
RS	revisión sistemática

SNS	Sistema Nacional de Salud
EuroHealthNet	European partnership for health, equity & wellbeing
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

Introducción

La adolescencia constituye una etapa clave en la formación de hábitos sociales y emocionales esenciales para el bienestar mental, estrechamente relacionada con los determinantes sociales de la salud mental. A nivel global, la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes siendo el suicidio la tercera causa de defunción en las personas de 15 a 29 años[1].

El suicidio constituye un importante problema de salud pública y representa una de las principales causas de mortalidad prematura en el mundo. De acuerdo con datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año más de 720.000 personas fallecen por suicidio, y muchas más realizan intentos de suicidio[2].

Aunque puede ocurrir a cualquier edad, la carga es especialmente alta en adolescentes y adultos jóvenes donde uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental, lo que representa el 15 % de la carga mundial de morbimortalidad para este grupo etario.

En 2024, en España, la tasa de suicidio en menores de 15 años se situó en 0,00204 por mil habitantes. En el grupo de edad de 15 a 19 años, la tasa fue considerablemente superior, alcanzando 0,02920 por mil habitantes[3]. Estos datos reflejan un incremento de la mortalidad por suicidio conforme avanza la edad dentro de la población infantil y adolescente.

Los factores de riesgo del suicidio en este grupo poblacional son diversos: el consumo de alcohol, el maltrato en la infancia, la estigmatización (que disuade de buscar ayuda), los obstáculos que impiden recibir atención y el acceso a medios letales[1].

Esta situación no se limita a los países de ingresos altos: el 73 % de las muertes por suicidio ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, lo que evidencia un fenómeno de alcance global y multidimensional[2].

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial. Entre sus principales causas se incluyen factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales, que interactúan a lo largo de la vida y pueden incrementar el riesgo tanto a nivel individual como colectivo. Entre los factores de riesgo individuales más relevantes se encuentra la existencia de intentos previos de suicidio, circunstancia que aumenta significativamente la probabilidad de un nuevo intento[2].

De la misma manera, el riesgo de suicidio no se distribuye de manera homogénea en la población, sino que se concentra en determinados grupos en situación de mayor vulnerabilidad. Por otra parte, los problemas de salud mental se ven significativamente influidos por los determinantes sociales (ej. género, diversidad sexual, población migrante etc.). Si bien la influencia de estos factores puede comprenderse, en gran medida, dentro del marco general de los problemas de salud, existen aspectos específicos que resulta necesario considerar en relación con su impacto sobre la salud mental. Existe una tendencia a desarrollar enfoques de prevención del suicidio de carácter generalista que no siempre incorporan la flexibilidad necesaria para reconocer la diversidad cultural ni los determinantes sociales específicos que afectan a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad[4].

El análisis de los determinantes sociales, la identificación de los grupos en situación de mayor vulnerabilidad y la consideración de su impacto diferencial resultan fundamentales para orientar las actuaciones hacia respuestas más ajustadas a las necesidades de las distintas personas y colectivos, así como para el diseño de estrategias de prevención e intervenciones específicas en salud pública[5-6].

Para lograr un impacto real en la prevención del riesgo de suicidio y reducción de la mortalidad por esta causa en la población infantil y adolescente, es fundamental establecer acciones que conformen una estrategia integral y multisectorial, que involucre no solo al sector salud, sino también a educación, justicia, medios de comunicación y organizaciones comunitarias.

La Atención Primaria (AP) presenta un elevado potencial para la promoción, prevención, detección y abordaje de los problemas de salud mental. Dado que atiende a la población a lo largo del ciclo vital, está bien posicionada para detectar y tratar problemas de salud mental, que representan una gran parte de las consultas. No obstante, su capacidad de respuesta se ve limitada en numerosos contextos por la insuficiencia de recursos y el escaso compromiso político. Considerando que los trastornos mentales constituyen una proporción significativa de las consultas, resulta prioritario fortalecer su integración en este nivel asistencial. En este sentido, la OMS propone la incorporación de la salud mental dentro del enfoque de AP, sustentado en la provisión de servicios integrados, la acción multisectorial y la participación comunitaria.

Entre las estrategias clave que plantea la OMS destacan: el fortalecimiento de las competencias en salud mental del personal de AP, la integración de profesionales especializados en los equipos asistenciales, la mejora de la coordinación con los servicios hospitalarios y el desarrollo de alianzas

con otros sectores relevantes, como educación, empleo y servicios sociales. Estas acciones tienen como objetivo avanzar hacia un modelo de atención integral, centrado en la persona y ajustado a la complejidad y gravedad de cada caso[7].

En este contexto, la formación y la supervisión de casos dirigidas a profesionales sanitarios y del ámbito social resultan fundamentales para el abordaje adecuado de la conducta suicida. Es especialmente relevante formar a personas referentes de la comunidad que puedan constituir el primer punto de contacto con personas en riesgo de suicidio, como es el caso del personal sanitario y no sanitario de AP[7].

Dada la casuística del suicidio, el Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027 del Sistema Nacional de Salud[8], reconoce la importancia de las acciones orientadas a la formación de los profesionales sanitarios, concretamente a profesionales de AP, para que puedan aplicar adecuadamente medidas preventivas en la atención de la infancia y adolescencia frente a la conducta suicida.

En este marco, y dentro del Plan de Trabajo de 2024 del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) en RedETS, se elaboró un primer informe en colaboración con la Estrategia de Salud Mental del SNS de la Dirección General de Salud Pública y Equidad y con las administraciones autonómicas. En dicho informe se analizaron los programas existentes de formación continuada en suicidio y depresión en población infantil y adolescente, dirigidos a profesionales sanitarios de AP, desarrollados en las distintas Comunidades Autónomas (CCAA) durante el periodo 2019-2024. En este informe se concluye que las CCAA coinciden en que la oferta formativa es insuficiente para AP, especialmente en suicidio en población infantil y adolescente, y que gran parte de esta formación se integra como módulos dentro de cursos generales de salud mental[9].

Este análisis permitió obtener información sistematizada que contribuyó a comprender en profundidad las características, alcances y limitaciones de las iniciativas formativas actualmente disponibles.

El presente documento es la continuación de dicho trabajo.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es la elaboración de criterios y recomendaciones que permitan definir el diseño de programas de formación continuada dirigidos a profesionales sanitarios y no sanitarios del ámbito de la AP, orientados a la salud mental y prevención del suicidio en población infantil y adolescente.

Personas usuarias/destinatarias

Personas que organizan y gestionan programas de formación continuada dirigidos a profesionales de AP de las CCAA.

Metodología

Con el propósito de fundamentar los criterios de los programas de formación dirigidos a profesionales del ámbito de la AP, orientados a la salud mental y prevención del suicidio en población infantil y adolescente, se ha llevado a cabo un proceso sistemático desarrollado en tres fases:

1. Revisión documental

En una primera fase, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos científicas (las bases de datos que fueron consultadas incluyeron PubMed, Embase, The Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, Lilacs y SciELO) (ver estrategias de búsqueda en Anexo 1). Además se consultaron otras fuentes de información como Google Scholar, TripDatabase, Teseo, y Dialnet.

Adicionalmente, se hizo una búsqueda manual de literatura gris y documentos técnicos de organismos nacionales e internacionales (OMS, OPS, ministerios y sociedades científicas, y académicas, etc.) y observatorios de salud mental en el que se abordara esta temática.

El objetivo era identificar criterios, enfoques y componentes formativos existentes relacionados con la salud mental y prevención de suicidio en población infantil y adolescente (ver anexo 3 de organizaciones consultadas).

El período de búsqueda para la revisión documental se limitó a los últimos 10 años y se consideraron tanto documentos en español como en inglés.

2. Análisis de los contenidos de los programas existentes en CCAA

A partir del análisis de los programas existentes de formación continuada en suicidio y depresión en población infantil y adolescente, dirigidos a profesionales sanitarios de AP, desarrollados en las distintas CCAA (https://redets.sanidad.gob.es/productos/buscarProductos.do?metodo=detalle&id=1361) se llevó a cabo un examen más exhaustivo y detallado del contenido de los cursos formativos dirigidos específica-

mente a AP sobre suicidio en población infantil y adolescente remitidos en la primera fase del proyecto por las CCAA.

3. Grupo de Discusión

En la tercera fase se llevó a cabo un Grupo de Discusión (GD) online cuyo objetivo fue explorar y recoger perspectivas multidisciplinares sobre las necesidades formativas detectadas sobre salud mental y prevención del suicidio en población infantil y adolescente, validar hallazgos preliminares del análisis documental y explorar en profundidad criterios clave para el diseño de programas formativos dirigidos a la prevención, detección e intervención en casos de riesgo en niños, niñas y adolescentes.

El uso de esta técnica genera un discurso colectivo como resultado de la interacción entre las personas que participan y requiere de un proceso analítico estructurado para identificar patrones, consensos, divergencias y matices relevantes. El análisis cualitativo permite ir más allá de la descripción literal de las perspectivas y experiencias individuales, facilitando la comprensión profunda de los argumentos, valores y representaciones sociales presentes en el grupo. Con esta técnica, además se garantiza la pertinencia, aplicabilidad y coherencia de los criterios que orientan el diseño formativo de los programas, asegurando su alineación tanto con las necesidades reales del entorno asistencial, como con las demandas específicas de la población a la que se dirige.

El GD estuvo integrado por personas con perfiles heterogéneos, tanto profesionales como no profesionales, que aportaron trayectorias laborales y sus experiencias en distintos ámbitos relacionados con la prevención del suicidio en población infantil y adolescente.

Con el propósito de lograr la mayor diversidad posible en las miradas sobre cómo desarrollar los programas formativos de salud mental y prevención del suicidio en población infantil y adolescente en el ámbito de la AP, se diseñó un GD conformado por diferentes perfiles como:

- Profesionales del ámbito sanitario de AP y comunitaria: medicina, pediatría, enfermería, trabajo social sanitario, psicología y psiquiatría.
- Profesionales del ámbito educativo: orientadores/as escolares, maestros/as, profesores/as de secundaria, coordinadores de bienestar emocional, y enfermería escolar.
- Profesionales del ámbito social y comunitario: trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, técnicos/as de programas de infancia y adolescencia, técnicos/as en centros comunitarios locales.

- Responsables de programas de formación o políticas públicas en salud mental y prevención del suicidio: personal técnico de las administraciones públicas.
- Representantes de asociaciones de sobrevivientes, supervivientes y Consejo Estatal de Participación de la infancia y de la adolescencia (CEPIA).

Para asegurar diversidad de los perfiles del muestreo intencionado, se buscó también la representación territorial (nacional y zonas urbanas y rurales), y equilibrio de género. En este informe no aplica la participación de la industria.

El guion utilizado para el GD se desarrolló a través de un proceso iterativo de colaboración entre el IACS y el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad. Durante este proceso, se definieron y estructuraron los contenidos del guion enfocados en los determinantes sociales y la formación (contenido y metodología) específica en AP orientada al manejo de la salud mental y prevención del suicidio en la infancia y la adolescencia.

4. Análisis de los datos obtenidos

Revisión documental

Para la extracción y el posterior análisis de los datos procedentes de las distintas fuentes de información, se elaboró una plantilla de análisis estructurada. En la misma, se identificaron y sistematizaron los diferentes elementos posibles relacionados con la contribución a fin de establecer criterios de formación en AP, lo que permitió organizar la información de manera homogénea, facilitar la comparación entre fuentes y garantizar un análisis riguroso y reproducible.

Programas existentes en CCAA

Para la extracción y manejo de la información obtenida, se diseñó una hoja de volcado de datos como herramienta para recopilar de manera sistemática y organizar la información relevante obtenida en la primera y segunda fase del proyecto (i.e. fuentes bibliográficas seleccionadas y cursos obtenidos de las CCAA) asegurando que los datos extraídos fueran pertinentes, comparables y útiles para el análisis posterior.

En la hoja se incluyeron elementos clave como:

- Datos bibliográficos (ej. autor, año, país/CCAA, etc.).

- Tipo de documento (ej. curso de formación, estudio investigación, etc.).
- Contenido (ej. criterios de formación, cursos, bloques temáticos, etc.).

La extracción sistemática de la información en esta fase se realizó de forma independiente por una evaluadora. Con el fin de garantizar la fiabilidad del proceso, las dudas existentes fueron resueltas mediante la intervención de una segunda evaluadora.

Este proceso permitió generar datos que sirvieron como fundamento para las siguientes fases del trabajo.

Grupo de discusión

Para el análisis de la información recopilada del GD se utilizó el software NVivo©[10] lo que permitió una sistematización rigurosa y un tratamiento estructurado de los datos cualitativos obtenidos y permitió identificar patrones discursivos, estrategias retóricas y recurrencias lingüísticas, facilitando la comparación entre intervenciones y el análisis contextual de los fragmentos. El software se utilizó como soporte técnico, manteniendo el énfasis interpretativo propio del análisis del discurso por parte de la responsable de este informe.

El análisis se realizó desde un enfoque de análisis del discurso, y el objetivo fue examinar cómo los participantes construyeron con significados, posiciones y argumentos en torno al tema del GD. El guion utilizado en el GD y entrevistas en profundidad se transformaron en dimensiones conceptuales. Las dimensiones conceptuales permiten estructurar el análisis del discurso de los/las informantes y facilitan la identificación de patrones, divergencias y relaciones entre los distintos contenidos temáticos que se aportan durante el proceso de participación.

Posteriormente, en la fase de análisis se identificarán y definirán los ejes temáticos a partir de los estudios, la información obtenida en el trabajo de campo. Los ejes se establecerán inicialmente de forma deductiva, tomando como referencia el guion semiestructurado común, y se refinarán posteriormente mediante un proceso de codificación inductiva, incorporando categorías emergentes relevantes. Este enfoque permitirá llevar a cabo un análisis integrado de ambas fuentes de datos, sin comprometer la coherencia ni la consistencia temática del conjunto del material analizado.

Para la elaboración del resumen en inglés se contó con el apoyo de herramientas de traducción automática, en concreto el chatbot Translator

AI integrado en la aplicación ChatGPT. La traducción generada fue revisada, supervisada y, en su caso, corregida por el equipo elaborador del informe. Asimismo, esta herramienta se utilizó como apoyo para la mejora de la redacción de determinados apartados del informe.

NOTA: Inicialmente, este informe contemplaba cuestiones relacionadas con el abordaje de la depresión y la conducta suicida, en línea con el informe de *Programas existentes de formación continuada en suicidio y depresión en población infantil y adolescente, dirigidos a profesionales sanitarios de AP*, desarrollados en las distintas CCAA (https://redets.sanidad.gob.es/productos/buscarProductos.do?metodo=detalle&id=1361). Sin embargo, durante el proceso de elaboración del presente informe, tanto la revisión documental como las aportaciones surgidas en el GD se orientaron al análisis de manera predominante hacia los factores de riesgo vinculados a los determinantes sociales de la salud sin profundizar específicamente en el análisis de trastornos mentales concretos, como la depresión. Por ello, se excluyó el análisis específico de la categoría "depresión", con el fin de adoptar una perspectiva más amplia del riesgo suicida, no limitada a una patología especifica.

Resultados

1. Revisión documental

- Bases de datos científicas y otras fuentes consultadas

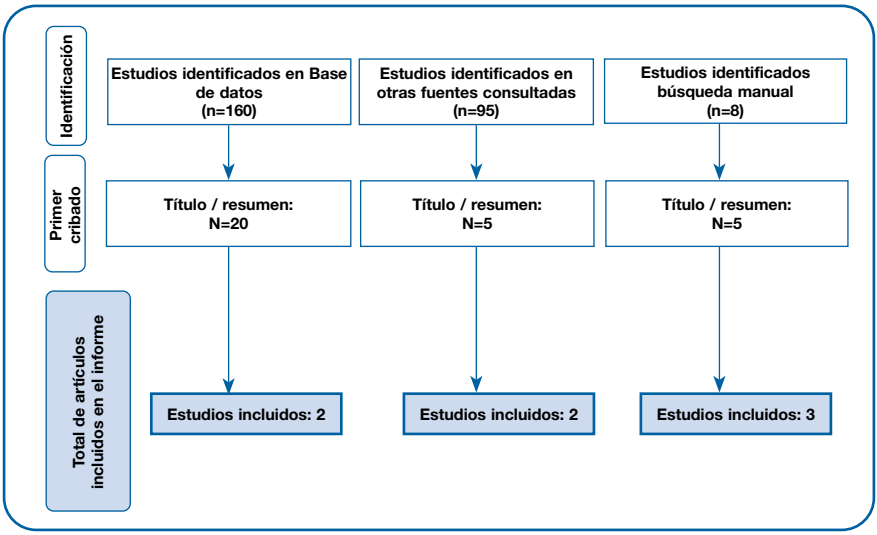
El proceso de búsqueda en las bases de datos identificó un total de 160 referencias. Tras un primer cribado basado en el título y el resumen, se seleccionaron 20 estudios para su lectura a texto completo, de los cuales finalmente cumplieron los criterios de inclusión 2 de ellos[11-12]. Las bases de datos consultadas, las estrategias de búsqueda empleadas y los resultados obtenidos se detallan en el Anexo 1.

Asimismo, se realizó una segunda búsqueda en otras fuentes de información, que permitió identificar un total de 95 documentos. Tras el cribado inicial basado en el título y el resumen, se seleccionaron 5 documentos para su evaluación a texto completo, de los cuales finalmente se incluyeron dos[13-14]. Las fuentes de datos adicionales consultadas y las estrategias de búsqueda empleadas se describen en el Anexo 2.

Finalmente, mediante una búsqueda manual complementaria, se identificaron 8 documentos. Tras su revisión, se seleccionaron 3 de ellos: 2 guías de práctica clínica que abordaban de forma específica la intervención y estaban dirigidas a la población objeto de estudio. Una guía elaborada en nuestro contexto (Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida[15)] y un artículo derivado esta GPC[16]; y otra guía elaborada por la OMS[17].

El proceso completo de identificación, cribado y selección de estudios se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Identificación, cribado y selección de estudios



Estudios identificados en las Bases de datos

En el estudio de Moreira et al. 2024[11], se investigaron los principales problemas a los que se enfrentan los profesionales de medicina en el manejo de los trastornos de salud mental en el ámbito de la AP y se evaluó su interés en la formación médica continuada en salud mental. Para ello se llevó a cabo una encuesta sobre dificultades profesionales y necesidades de capacitación a 94 profesionales de medicina de AP en Brasil. La mayoría de las y los médicos tenían entre 23 y 29 años (47,9 %), entre 30 y 39 años (24,5 %), y el 68,1 % de los profesionales llevaba ≤5 años trabajando en AP.

Los principales problemas en el manejo de los trastornos mentales en AP fueron las emergencias psiquiátricas (44,7 %), la dependencia del alcohol y otras drogas (35,1 %), la prescripción de psicofármacos (29,9 %) y la evaluación del riesgo suicida (27,6 %).

Además, el 93,6 % de los médicos de AP manifestó interés en recibir formación en salud mental (5/94 profesionales de medicina declararon no tener interés en la formación en salud mental, correspondiendo en su mayoría a profesionales de entre 50 y 60 años). Casi la totalidad de los participantes indicó la necesidad de una mejor interacción entre los profesionales de medicina de AP y psiquiatría, así como interés en recibir formación médica continuada. En cuanto al formato de la formación que desearían recibir (preferencia), en el artículo se indica que el 27,7 % de los participantes

prefirió sesiones en grupos pequeños, el 27,7 % la simulación de casos, el 24,5 % las conferencias, el 19,1 % los talleres de orientación y solo el 1,1 % clases en formato de vídeo. Estos resultados son compatibles con los identificados en el GD, el aprendizaje basado en problemas y la interacción en grupos pequeños como intervenciones más eficaces en comparación con los métodos tradicionales de enseñanza.

En el artículo de Moriarty et al 2021[12] y sus colegas exploraron la empatía y las actitudes del personal médico de AP hacia los jóvenes que se autolesionan, así como su relación con la formación especializada de estos profesionales. Para ello, se utilizó un cuestionario que evaluó la formación previa, los niveles de empatía, el conocimiento percibido sobre las autolesiones y las actitudes hacia jóvenes que se autolesionan en la República de Irlanda. De los 223 participantes, 176 eran personal médico de AP (79 %) y 47 médicos en formación; 120 eran mujeres (53,81 %) y 103 hombres (46,18 %); 110 tenían menos de 45 años (49,3 %) y 113 tenían 45 años o más (50,7 %). El estudio muestra la empatía como predictor de las actitudes de los y las profesionales hacia la autolesión, incluso entre el personal médico que había recibido formación en salud mental en población infantil y adolescente mediando completamente el efecto de dicha formación sobre el conocimiento percibido y abordaje de la autolesión.

El equipo investigador indica que el personal médico de AP que había realizado formación en salud mental infantil y adolescente o en autolesión obtuvo mayor confianza de sus conocimiento y mayores niveles de empatía hacia jóvenes que se autolesionan, sin que se observaran diferencias en las actitudes negativas. Por lo tanto, los resultados sugieren que la formación dirigida a salud mental infantil y adolescente podría ser más eficaz para reducir las actitudes negativas, mientras que la formación específica en autolesión podría ser más efectiva para incrementar el conocimiento percibido.

Aunque el artículo no especifica de manera explícita qué criterios concretos deberían incorporarse en la formación, sí sugiere que los hallazgos obtenidos ponen de relieve la importancia de profundizar en el análisis de la formación especializada que recibe el personal médico de AP. En particular, se destaca la necesidad de comprender mejor cómo dicha formación influye tanto en las actitudes de los profesionales como en su práctica clínica cotidiana, lo que podría tener implicaciones relevantes para el diseño y la mejora de futuros programas formativos.

Estudios identificados en otras fuentes consultadas

Thangada et al 2024[13] realizó una revisión sistemática (RS) (n = 13) sobre las estrategias de manejo del riesgo suicida en el ámbito de la AP. El estudio

identificó que la AP desempeña un papel clave en la detección temprana y la gestión del riesgo suicida, dado que muchas personas en riesgo tienen contacto previo con estos servicios antes de un intento de suicidio.

La RS destaca la eficacia de intervenciones multimodales y subraya la importancia de la formación clínica y continuada del personal de AP como elementos esenciales para la prevención del suicidio, y el fortalecimiento de la colaboración y coordinación interdisciplinar con los servicios especializados de salud mental y la integración de modelos de atención colaborativa.

En uno de los estudios cualitativos incluidos en este estudio reveló que la disposición de los jóvenes a revelar riesgos de suicidio y autolesión se ve facilitada cuando el profesional está adecuadamente informado, mantiene una comunicación clara y no enjuiciadora, y establece una relación terapéutica positiva[14]. No obstante, en el estudio se señala la persistencia de barreras como la falta de tiempo, recursos limitados y una capacitación insuficiente, concluyendo que es necesario reforzar los sistemas de apoyo, la formación continuada y los circuitos de derivación para mejorar la prevención del suicidio en AP.

La Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO)[18] ha editado un guía de buenas prácticas cuyo objetivo es proporcionar a enfermería y a otros miembros del equipo interprofesional recomendaciones basadas en la evidencia sobre prácticas asistenciales fundamentales e inclusivas para las personas LGBTQI+. Entre sus recomendaciones, incluye la formación en instituciones académicas y organizativas sanitarias. En concreto, en la *recomendación 5.0*, el panel de personas expertas recomienda que las instituciones académicas integren contenidos de salud para las personas LGBTQI+ en los planes de estudio de todo el alumnado que accede a las profesiones sanitarias (Fuerza de la recomendación: fuerte, certeza de la evidencia sobre los efectos: baja y confianza en la evidencia: baja).

Aclaran que la certeza global de la evidencia es baja, debido a limitaciones metodológicas de los estudios, variabilidad en la medición de los resultados y al reducido tamaño muestral. No obstante, el panel consideró necesario formular esta cuestión como una recomendación para integrar contenidos educativos de salud afirmativos para las personas LGBTQI+ en la formación de todas las personas que accede a las profesiones sanitarias.

La evidencia disponible sugiere que la incorporación de estos contenidos puede mejorar los conocimientos, las habilidades y la experiencia del alumnado, y aportar beneficios a las instituciones académicas. No se identificaron daños asociados a la provisión de esta formación. Por el contrario, el panel señaló que la falta de formación podría generar daños psicológicos, emocionales y físicos, además de trasladar a las personas LGBTQI+ la carga

de explicar de forma reiterada sus identidades y necesidades de salud. A pesar de la baja certeza y confianza en la evidencia, el panel de expertos concluyó que es éticamente apropiado garantizar una formación afirmativa y rigurosa sobre la atención a las comunidades LGBTQI+ en la formación inicial de los profesionales sanitarios. Por ello, se estableció una recomendación fuerte.

En relación con los contenidos que deberían incorporarse en la formación dirigida a la atención de las personas LGBTQI+, el documento indica que estos han de integrar prácticas reflexivas, conocimientos teóricos y aprendizaje experiencial, y alinearse con marcos generales de interseccionalidad[19]. Dicha formación debería ser obligatoria y someterse a la revisión de personas expertas en contenidos LGBTQI+, así como de personas pertenecientes al propio colectivo, con el objetivo de prevenir posibles daños y garantizar su pertinencia y calidad. Asimismo, los contenidos deben actualizarse de manera periódica para asegurar la adecuación del lenguaje y la terminología empleada, así como la incorporación de la evidencia científica más reciente. Estos deberían incluir el desarrollo de la competencia cultural; el uso adecuado de conceptos y terminología (como sexo, género, identidad de género, personas trans, rol social de género y orientación sexual, así como la distinción entre orientación sexual e identidad de género); el abordaje de la historia clínica desde una perspectiva inclusiva y sensible; el análisis de las inequidades en salud; y contenidos específicos relacionados con la salud mental de las personas LGBTQI+.

Por su parte, el aprendizaje experiencial constituyó la estrategia central de los cursos analizados, y se basó en la participación activa del alumnado y en la reflexión estructurada como vías para la adquisición de conocimientos, habilidades prácticas y competencias relacionales en el ámbito sanitario, especialmente en relación con la atención a personas LGBTQI+. Las metodologías empleadas incluyeron paneles con miembros de la comunidad y personas con experiencia vivida, juegos de rol, análisis de casos clínicos, viñetas, debates grupales y talleres, lo que favoreció una comprensión aplicada de sus realidades y necesidades.

La mayoría de las formaciones se impartieron de manera presencial, generalmente distribuidas en varias sesiones (entre 4 y 14), con una duración total variable (entre 1,5 y 26 horas), aunque también se identificaron formaciones más breves concentradas en una única sesión. En cuanto a los métodos docentes, predominó la combinación de diversas estrategias, como clases magistrales, aprendizaje en línea, debates en grupos reducidos, aprendizaje basado en casos, cine fórum, proyección de vídeos y la participación de profesorado y ponentes LGBTQI+, incorporando además diversidad racial y funcional.

En cuanto a la *recomendación 5.1*, el panel de personas expertas recomienda que: las organizaciones sanitarias proporcionen formación continuada para las personas LGBTQI+ a todos sus profesionales sanitarios (Fuerza de la recomendación: fuerte certeza de la evidencia sobre los efectos: baja y confianza en la evidencia: muy baja).

La recomendación, aunque podría haberse formulado como una declaración de buena práctica, se planteó con el objetivo de analizar la evidencia disponible sobre el impacto que supone que las organizaciones sanitarias ofrezcan formación continuada para la atención a las personas LGBTQI+, dirigida a todos los profesionales de la salud. Si bien la certeza y la confianza en la evidencia son bajas, los beneficios de la intervención superan claramente los posibles daños. Las personas participantes de los estudios incluidos valoraron muy positivamente la formación y señalaron la necesidad de que sea obligatoria, más extensa y ahondar con mayor profundidad en el tema. Asimismo, el panel advirtió que no implementar esta intervención podía conllevar riesgos, como una atención no adecuada a este colectivo. Dado su carácter fundamental para la práctica, el panel de personas expertas estableció una recomendación fuerte.

En cuanto a las modalidades en que fueron impartidas, la mayoría de las actividades formativas se ofrecieron exclusivamente de forma presencial y en los estudios analizados se empleó una amplia variedad de estrategias de aprendizaje. Las más frecuentes fueron las clases magistrales o presentaciones y el aprendizaje basado en módulos, combinadas habitualmente con discusiones en grupo. Asimismo, se utilizaron metodologías activas como talleres, incluidos talleres interactivos de teatro, así como paneles con personas expertas en colectivos LGBTQI+.

Otras estrategias destacadas fueron las actividades de autorreflexión, los estudios de casos y los juegos de rol o role-playing, orientados a favorecer la comprensión práctica y el desarrollo de habilidades relacionales. En menor medida, algunos estudios incorporaron la observación clínica y la supervisión en el entorno clínico, reforzando la aplicación de los aprendizajes en la práctica asistencial.

Estudios identificados en la búsqueda manual

En la *GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*[15] se formulan diversas recomendaciones dirigidas al manejo de la conducta suicida en el ámbito de la AP. Entre ellas, se destaca que una de las estrategias más efectivas para reducir las tasas de suicidio es mejorar la capacitación del personal médico de AP para reconocer y tratar los trastornos mentales. Asimismo, se subraya la importancia de fortalecer las habilidades de comunicación para abordar la conducta suicida con los y las pacientes en quienes

se detecte o que expresen ideación suicida, ya que este abordaje puede aliviar la ansiedad, favorecer que las personas se sientan mejor comprendidas y no incremente el riesgo de desencadenar una conducta suicida.

En consecuencia, la guía recomienda la capacitación del personal médico de AP en la evaluación y el tratamiento de la ideación y la conducta suicidas, así como programas específicos orientados a fortalecer las habilidades de comunicación (nivel de evidencia: opinión de expertos/as; fuerza de recomendación: D).

En la revisión narrativa de Roshan et al. 2025[16] se plantea la necesidad de incorporar formación obligatoria en competencias relacionadas con la prevención del suicidio para todo el personal médico, como parte de los requisitos de la formación académica. La autoría identifica una brecha significativa en la preparación del personal médico para reconocer y gestionar de manera adecuada el riesgo suicida en sus pacientes. Para ello, la revisión se apoya en estudios publicados, informes nacionales y datos del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de acceso público, con el objetivo de evidenciar las deficiencias existentes en la formación médica y abogar por un enfoque unificado y basado en la evidencia, que garantice que los profesionales sanitarios estén adecuadamente capacitados para identificar y responder de forma eficaz ante el riesgo de suicidio.

Asimismo, se señala que, a pesar de la elevada probabilidad de contacto clínico con personas en riesgo, la formación formal en la evaluación y el manejo del riesgo suicida es inconsistente o inexistente en numerosos programas de educación médica. En este contexto, se destaca la relevancia de la formación del personal médico de AP, dado que este nivel asistencial suele constituir el primer punto de contacto para pacientes con ideación suicida y, por tanto, ocupa una posición clave para la detección temprana y la gestión del riesgo.

Las personas autoras indican que muchos profesionales médicos refieren una falta de confianza y de habilidades para la evaluación del riesgo suicida, a pesar de la existencia de guías clínicas que recomiendan explícitamente la formación en esta materia. Finalmente, el artículo subraya que incluso intervenciones breves basadas en la evidencia pueden reducir los intentos futuros de suicidio y mejorar la continuidad y el seguimiento de la atención en salud mental.

La guía publicada por la OMS en 2021 *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*[17], destinada a apoyar a los países en el diseño, implementación y fortalecimiento de estrategias nacionales de prevención del suicidio se estructura en dos partes. Una parte gira en torno a unos pilares básicos de la estrategia *LIVE LIFE* que identifica entre otros (i.e análisis de la situación, colaboración multisectorial, sensibilización y promoción, financiación, vigilancia y seguimiento y evaluación) el fortalecimiento de las capacidades.

En relación con el fortalecimiento de capacidades, en la guía se sugiere, que éstas deberían desarrollarse mediante la incorporación de la prevención del suicidio en la formación previa al ejercicio profesional o en la formación continuada del personal sanitario. Este fortalecimiento puede dirigirse al personal sanitario, a los servicios de emergencia, al profesorado y a profesionales que trabajan con jóvenes, así como a otras personas de la comunidad que mantienen conversaciones frecuentes con sus usuarias y usuarios.

Asimismo, el documento subraya la importancia del enfoque multisectorial, la participación comunitaria y la implicación de los sistemas de salud, destacando el papel clave de la AP y de la formación del personal sanitario en la detección y manejo del riesgo suicida. La guía también enfatiza la necesidad de sistemas de vigilancia, monitorización y evaluación, así como de la reducción del estigma y la promoción de la salud mental.

Finalmente, se recomienda el modelo de formación de formadores, ya que incrementa los recursos humanos disponibles para impartir la formación. Dada la diversidad de personas destinatarias, es fundamental que la formación se adapte al contexto sociocultural y que refuerce los conocimientos sobre el suicidio y su prevención.

- Organizaciones europeas e internacionales

• Nacionales

En nuestro contexto actual, la *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*[20], aprobada por el Ministerio de Sanidad de España, tiene como objetivo mejorar la salud mental de la población, garantizando los derechos de las personas y ofreciendo apoyo a las familias. La Estrategia se fundamenta en principios de derechos humanos, perspectiva de género, participación ciudadana y atención centrada en la persona.

Uno de los ejes estratégicos se orienta a la formación y capacitación de los y las profesionales, con especial énfasis en la identificación de grupos de riesgo y en el abordaje de la conducta suicida, promoviendo el desarrollo de competencias en entrevista clínica, detección precoz y sensibilización en salud mental. Esta formación debe iniciarse en la etapa de pregrado y mantenerse de forma progresiva a lo largo de la formación sanitaria especializada.

En dicha estrategia, se identifica la infancia y adolescencia, así como las personas mayores, grupos prioritarios que requieren una atención especializada proporcionada por profesionales con una formación específica y adecuada. En consecuencia, la formación debe concebirse desde un enfoque interdisciplinar, transversal y permanentemente actualizado, incorporando

además el conocimiento experto y la experiencia de las personas con problemas de salud mental y de sus organizaciones representativas.

El *Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027*[21], constituye una herramienta orientada a fortalecer la atención en salud mental en España, promoviendo un enfoque más comunitario. El plan se estructura en ocho líneas estratégicas, entre las que destaca el fortalecimiento de la formación continuada y el apoyo a los equipos de AP en materia de salud mental infantil y adolescente. Se complementa con el primer *Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027*[8], que cuenta con medidas orientadas a la promoción del bienestar emocional en centros educativos y los centros universitarios y la prevención del suicidio en situaciones de vulnerabilidad, entre otras.

- Internacionales

En el contexto internacional, todos los Estados Miembros de la OMS se han comprometido a aplicar el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*[22], cuyo objetivo es mejorar la salud mental por medio de cuatro estrategias principales centradas en el liderazgo, la atención comunitaria, la promoción y prevención, y el uso de los datos.

Las acciones propuestas por la OMS incluyen instar a los Estados Miembros a formular, fortalecer e implementar estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los grupos de población en los que se ha identificado un mayor riesgo, tales como las personas gais, lesbianas, bisexuales y transgénero, los jóvenes, y otros grupos vulnerables de cualquier edad, de acuerdo con el contexto nacional y local.

Asimismo, la OMS subraya la importancia de establecer y reforzar la colaboración con universidades, facultades y otras instituciones académicas pertinentes, con el fin de definir, desarrollar e incorporar componentes específicos de salud mental en los planes de estudio de grado y de posgrado, con el objetivo de fortalecer las competencias del personal sanitario y de otros sectores relevantes.

En la misma línea, recomienda proporcionar servicios integrales, integrados y adaptables de salud mental en entornos comunitarios, a fin de incorporar la salud mental en la AP de salud. Los servicios de salud mental integrados en la AP de salud deberán abarcar intervenciones de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, detección temprana, tratamiento y atención continuada, así como la provisión de actividades de formación continua y de intercambio de conocimientos en salud mental dirigidas a los profesionales de la salud.

En el documento publicado por la OMS (2025), *Guidance on mental health policy and strategic action plans. Module 2. Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans*[23] incluye orientaciones sobre políticas de salud mental y planes estratégicos de acción. En concreto, en la estrategia *2.1.5* subraya la importancia de la formación del personal de AP para que pueda proporcionar intervenciones de salud mental basadas en los derechos humanos. Asimismo, se señala la necesidad de que los servicios definan de manera precisa las responsabilidades y funciones en salud mental del personal de AP y del personal especializado, teniendo en cuenta los contextos locales en los que se prestan los servicios.

Por su parte, la estrategia *2.2.1* enfatiza el abordaje de los determinantes sociales y estructurales de la salud mental, y recomienda la formación y capacitación del personal de todos los servicios sanitarios en esta materia. Esta acción debe incluir, entre otros profesionales y ámbitos, al personal de AP y de otros ámbitos asistenciales. Indica que la educación y la formación propuestas deben facilitar que los profesionales reconozcan cómo los determinantes sociales y estructurales influyen tanto en la conceptualización como en la provisión de los servicios de salud mental. Asimismo, deben abordar el impacto de estos determinantes en la experiencia de las personas usuarias de los servicios, incluyendo fenómenos como el racismo interiorizado, prejuicios basados en la capacidad funcional y el estigma.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su programa *Salud Mental en Atención Primaria*[24], propone programas de acción orientados a superar las brechas existentes en salud mental, con el fin de dar respuesta a las necesidades no satisfechas de las personas con problemas de salud mental en servicios de salud no especializados. Entre las estrategias planteadas se incluye la elaboración de un plan de capacitación dirigido a las y los profesionales de salud, que contemple los materiales formativos, los perfiles de las personas a capacitar, la logística y la modalidad de impartición. No obstante, el programa no detalla los contenidos, formato ni las recomendaciones específicas sobre el tipo de formación a desarrollar.

Finalmente, se han revisado recomendaciones y documentos estratégicos de otros organismos internacionales relevantes del ámbito de la salud mental, entre ellos la *International Association for Suicide Prevention* (IASP), el *Mental Health Innovation Network* (MHIN), el *Global Mental Health Peer Network* (GMHPN), el *European Observatory on Health Systems and Policies* y *European partnership for health, equity & wellbeing* (*EuroHealthNet)*. Estos organismos establecen directrices, marcos conceptuales y recomendaciones de actuación en relación con la salud mental y prevención del suicidio y la promoción de la salud mental. No obstante, si bien dichas orientaciones aportan enfoques valiosos en términos de políticas

públicas, innovación en servicios y participación comunitaria, no se identifican recomendaciones específicas centradas en la formación estructurada de los profesionales de AP como eje central de la prevención del suicidio.

2. Análisis de programas existentes en CCAA

De 17 CCAA y 2 ciudades autónomas que participaron en la primera fase del proyecto[4], se recibieron 6 programas completos de formación dirigidos específicamente a profesionales de AP relacionados con suicidio en población infantil y adolescente. Estas fueron: Andalucía, Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, La Rioja y Región de Murcia.

La mayoría de las actividades formativas analizadas se orientan al abordaje de la prevención de la conducta suicida y se estructuran en torno a un eje temático principal centrado en los aspectos clínicos generales de dicha conducta (tabla 1. Criterios de formación de las CCAA en AP, donde se recogen los contenidos extraídos de los programas formativos remitidos). Este enfoque prioriza una aproximación clínica, con especial énfasis en la identificación y el manejo de los elementos más relevantes desde la práctica asistencial.

Dentro de este eje, se analizan las características clínicas y epidemiológicas de la conducta suicida, incluyendo sus distintas formas de presentación, la identificación de factores de riesgo y de protección, así como el reconocimiento de los principales signos y señales de alarma. El objetivo fundamental de estos contenidos es facilitar la detección precoz de situaciones de riesgo y promover intervenciones tempranas, eficaces y coordinadas entre los distintos niveles asistenciales, especialmente en el ámbito de la AP.

Por otra parte, algunos programas formativos incluyen contenidos específicos relacionados con la conducta autolesiva; sin embargo, su abordaje no es homogéneo ni sistemático en el conjunto de la oferta formativa analizada, lo que genera una variabilidad considerable en la profundidad y el alcance de estos contenidos según la comunidad autónoma o el programa formativo.

Finalmente, cabe señalar que en los programas revisados no se incorporan de manera explícita contenidos relacionados con los determinantes sociales de la salud ni con enfoques de interseccionalidad, lo que limita la comprensión integral de la conducta suicida y de los factores contextuales, sociales y estructurales que pueden influir en su aparición, mantenimiento y prevención. En la Tabla 1 se describen los criterios de formación obtenidos del análisis de los programas ofertados por las CCAA en relación al suicidio en población infantil y adolescente en AP.

Tabla 1. Criterios de formación obtenidos de los programas de formación de las CCAA en Atención Primaria

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TÍTULO CURSO / AÑO	CONTENIDOS
Andalucía	Formación en salud mental para enfermeras/os referentes (2023)	Reconocimiento, detección y evaluación: • Factores de riesgo, prevención, detección e intervención temprana y principales grupos vulnerables.
Aragón	Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia (2024) Comportamiento suicida (2024) Salud mental en la infancia y adolescencia (2024) Herramientas Básicas para la Atención del Malestar Emocional en Atención Primaria (2025)	Aspectos generales de la conducta suicida: • Factores de riesgo y de protección y la importancia de fomentarlos según rango de edad. • Prevención y vigilancia: signos de alarma. • Sistemas de evaluación y registros que hay en la CCAA. • Actuación en caso de riesgo de suicidio. • Post-intervención: acompañamiento a personas y familiares después de una tentativa suicida o suicidio consumado. • Comprendiendo las autolesiones y la conducta suicida en los adolescentes. • Cómo actuar en caso de detectar ideación suicida: qué hacer y qué no hacer.
Castilla-La Mancha	Guía para la prevención de la conducta suicida Castilla-La Mancha. Dirigida a docente (2020)	Evaluación y gestión de las conductas suicidas: • Factores de riesgo, señales y signos de alarma. • Factores protectores. • Mitos sobre el suicidio.
Castilla y León	Conductas de suicidio en adolescentes (2020)	• Epidemiología. • Factores de riesgo. • Conducta suicida y su manejo: intervenciones psicosociales, farmacológicas. • Evaluación de autolesiones no suicidas.
La Rioja	Curso de manejo de autolesiones y comportamiento suicida en atención primaria (2024)	Primera asistencia e identificación del caso: • Evaluación, signos de alarma y severidad. • Herramientas de evaluación. Habilidades de comunicación y actitudes eficaces en espectro autolesivo: • Habilidades de comunicación. Manejo de la conducta suicida: • Manejo en consulta ambulatoria. • Supervivientes. • Consideraciones ético-legales. • Manejo de la autolesión no suicida. • Praxis clínica adecuada. • Documentación de caso. • Coordinación con agentes implicados. • Consideraciones ético-legales. • Autocuidado del cuidador/a. • Estrategias de autocuidados. • Cuidado de los familiares y amigos. • Autocuidados del profesional sanitario.
Región de Murcia	Conducta suicidio. Ideación y tentativa en contexto de urgencias y emergencias extrahospitalarias (2023) Actuaciones preventivas y terapéuticas ante el suicidio en Atención Primaria y Salud Mental: Modelos de Coordinación (2022) Sesión general: atención preventiva y terapéutica ante el suicidio en atención primaria (2021) Taller sobre prevención y actualización en conductas suicidas, salud mental y Atención Primaria. Modelos de coordinación (2020)	Coordinación con los dispositivos especializados de salud mental: • Principales factores de riesgo. • Señales de alerta y mitos. • Entrevista clínica y escalas de evaluación. • Factores personales y ambientales. • Atención preventiva y terapéutica. • Epidemiología. • Mitos comunes sobre el suicidio.

3. Grupo de discusión

En este apartado se presentan los principales hallazgos identificados en el GD.

En el GD y las entrevistas de profundidad participaron un total de 13 personas (11 en el GD y 2 entrevistas en profundidad) que representaban diferentes perfiles y entidades. Los perfiles incluían: Medicina de Atención Primaria y Comunitaria, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería de Salud Mental, Pediatría, Psicología clínica, Trabajo Social en Atención Primaria, una persona del Consejo Estatal de Participación de la Infancia y de la Adolescencia (CEPIA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), psiquiatría de la infancia y adolescencia, orientación y docencia en ámbito educativo, personas con experiencia como sobreviviente y superviviente.

Inicialmente, el diseño metodológico contemplaba únicamente la realización de un GD. Sin embargo, dos de los perfiles seleccionados no pudieron participar en dicho grupo y, al considerarse informantes claves para el estudio, se decidió realizar posteriormente entrevistas individuales en profundidad a cada una de estas personas, con el fin de incorporar sus aportaciones al análisis global del informe.

Con la información obtenida del GD, así como de las entrevistas individuales en profundidad, se realizó un análisis integrado y conjunto de los datos. Esta decisión metodológica se fundamentó en que ambas técnicas se guiaron por el mismo guion semiestructurado, lo que garantizó la coherencia temática, la comparabilidad de los contenidos y la cobertura de las mismas dimensiones analíticas.

En este sentido, la incorporación de las entrevistas individuales se consideró complementaria al GD, ya que permitió ampliar y matizar la información sin introducir variaciones sustanciales en el enfoque de recogida de datos. Por tanto, el análisis conjunto no compromete la validez de los resultados, sino que contribuye a reforzar la robustez del análisis cualitativo, al integrar perspectivas relevantes de perfiles que no pudieron participar en la dinámica grupal.

El GD online se celebró el 21 de octubre de 2025, con una duración aproximada de dos horas, y tuvo lugar en la sede del Ministerio de Sanidad en Madrid. Asimismo, con el fin de garantizar la representación de perfiles clave y diversos, se realizaron dos entrevistas individuales en profundidad a dos personas que no pudieron participar en el GD, pero cuya inclusión se consideró especialmente relevante para el estudio. La relación de participantes y perfiles en el GD, así como en las entrevistas en profundidad se detalla en el Anexo 6.

El guion que se utilizó para el desarrollo del GD y las entrevistas en profundidad se estructuraron en dos dominios. Un primer dominio se enfocó en los determinantes sociales de la salud (raza, religión, espiritualidad, cultura, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, y nivel socioeconómico) y en su influencia sobre la salud mental de la población infantil y adolescente. Asimismo, se analizó cómo estos determinantes deberían incorporarse en la formación de los profesionales de AP para el abordaje de la conducta suicida en esa población. La integración sistemática de los determinantes sociales en la AP permite una caracterización más precisa del riesgo, incrementa la efectividad de las intervenciones y contribuye a disminuir las inequidades en salud mental, favoreciendo un abordaje más integral, equitativo y sustentado en la evidencia científica.

Un segundo dominio se orientó hacia la formación, contenidos y metodologías específicas dirigida a profesionales de AP relacionada con la conducta suicida en población infantil y adolescente. Este componente formativo debería contemplar no solo la actualización de contenidos de formación los equipos de AP, sino también la incorporación de metodologías basadas en la mejor evidencia científica disponible.

En este sentido, se planteó además la necesidad de ampliar la cobertura formativa a personal no sanitario vinculado a los Centros de Salud (por ejemplo, personal administrativo, celadores y celadoras etc.), a fin de mejorar la detección precoz, la derivación adecuada y la creación de entornos seguros para la expresión emocional y la prevención del riesgo suicida (ver guion completo en Anexo 5).

Durante la revisión documental y el GD emergieron dos temas que, aunque no se relacionan de manera directa con la formación del personal de AP en conducta suicida en población infantil y adolescente, constituyen dimensiones colaterales con implicaciones relevantes. En concreto, estos aspectos pueden influir en la capacidad de detección precoz, en la respuesta asistencial y en la coordinación con otros recursos socio-sanitarios, por lo que conviene considerarlos en el análisis global y en la planificación de acciones de mejora. Los temas emergentes identificados fueron la necesidad de incorporar contenidos relacionados con la salud mental infanto-juvenil y la prevención del suicidio en la formación universitaria y formación especializada; y otro relativo a cómo la estructura organizativa y los modelos de gestión en AP pueden condicionar el abordaje del suicidio en este grupo de población.

En este sentido, AP se entiende no solo como un nivel asistencial, sino como un marco organizativo en el que se desarrolla la práctica clínica y se

configuran expectativas sobre su capacidad de respuesta. Aunque ambos elementos han sido abordados por separado, resulta pertinente integrarlos en un análisis conjunto.

4. Dominios de análisis

Los dominios con sus respectivos ejes de análisis se detallan a continuación:

Dominio 1: determinantes sociales en salud mental

La salud mental está influenciada por factores individuales, sociales, culturales y económicos. Estos se organizan en diferentes estratos de influencia, donde los factores individuales se sitúan en el centro y los factores contextuales se ubican en niveles más amplios alrededor. Los determinantes influyen en el continuo salud-enfermedad, adquiriendo especial relevancia el análisis de cómo el conjunto de circunstancias condiciona la salud mental de las personas. Por ello, ha sido crucial incluir y evaluar la contribución de distintos determinantes para establecer prioridades en intervenciones.

Entre los principales determinantes sociales de la salud mental en población infantil y adolescente abordados en este estudio se incluyen raza, etnia, religión, espiritualidad y cultura, el género, la orientación sexual y la identidad de género, la discapacidad y el estatus socioeconómico. Estos determinantes emergen como dimensiones relevantes en el discurso de las personas participantes y se relacionan con desigualdades en la exposición a factores de riesgo, la vivencia del malestar psicológico, el acceso a recursos de apoyo y la respuesta de los sistemas sanitario, educativo y social.

Dentro del dominio 1 se enmarcan 3 ejes.

DOMINIO 1: DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD MENTAL
Eje 1: Percepciones y necesidades identificadas en relación con la salud mental y prevención del suicidio en población infantil y adolescente (describe cómo las personas participantes interpretan el problema, el contexto y la situación de partida)
Eje 2: Factores que dificultan o favorecen el cambio/funcionamiento
Eje 3: Efectos esperados si se continua con la práctica actual en los resultados

Eje 1: Percepciones y necesidades identificadas en relación la salud mental y prevención del suicidio en población infantil y adolescente (describe cómo las personas participantes interpretan el problema, el contexto y la situación de partida)

En relación con la *raza, etnia, religión, espiritualidad y cultura*, se recogieron comentarios de su papel en la configuración de experiencias de discriminación y exclusión social, así como a posibles barreras en el acceso a servicios y apoyos y el impacto que estos factores determinan la salud mental de esta población.

El proceso migratorio, es visto por los y las participantes como un fenómeno biopsicosocial que implica el desplazamiento y la adaptación a un nuevo contexto sociocultural, con potencial impacto sobre el desarrollo emocional y conductual de los menores.

> *"hay muchísimos aspectos que se quedan atrás. La pérdida de la identidad cuando cruzan la frontera y llegan aquí. Dejan de ser niños y se convierten muchas veces en cuerpos sin historia. He tenido que dejar atrás, su entorno, la seguridad de mi familia, todo. Toda una serie de cuestiones que se van haciendo realidad en el interior de estas personas. Y cuando intentan comunicar a los acompañantes aquí en los centros de menores, por ejemplo, o incluso en el ámbito sanitario, les cuesta".*

El racismo asociado al proceso migratorio fue identificado como una consecuencia psicosocial relevante de la migración con experiencias de desarraigo, pérdida de referentes y dificultades de adaptación, especialmente en contextos donde los menores pueden experimentar una sensación de **"**no pertenencia". Este malestar se describe como un elemento que debe incorporarse de forma explícita en el abordaje clínico y psicosocial, dado que condiciona los procesos de integración y el bienestar emocional.

> *"la migración sí que es un factor de riesgo porque lleva un desarraigo, que conlleva muchas veces problemas de adaptación, no eres de aquí ni de allí. Entonces eso claro, quizás sean cosas que hay que tener en cuenta a la hora del abordaje, que es como tú muy bien decías, del racismo…"*

> *"lo que veo en la consulta porque he trabajado en una zona con muchas familias marroquís y de Latinoamérica, y lo que yo noto que impacta en su salud mental es el desarraigo que ellos tienen, el cambio cultural de cuando vienen, sobre todo traídos por sus padres para, digamos, tener*

mejor calidad de vida en cuanto a lo económico, entonces tienen un gran desarraigo de sus costumbres y de sus culturas".

En este marco, el racismo aparece como un fenómeno transversal que intensifica la vulnerabilidad, incluso en población infantil y adolescente. Se destaca que la discriminación se manifiesta de manera significativa en el entorno escolar, donde el acoso se percibe vinculado directamente con el país de origen y con rasgos identitarios asociados.

"y luego el racismo. Eso hay que tenerlo en cuenta, aunque hablemos de menores. Sobre todo, ya digo, los que vienen de Latinoamérica. Ellos perciben que, a nivel de sus colegios, institutos, el tipo de acoso que ellos reciben va muy enfocado a de dónde vienen a sus países de origen. Eso es una de las cosas que yo veo que más les influye en su salud mental".

En conjunto, los discursos sugieren que el racismo no solo actúa como estresor post-migratorio, sino como un determinante que modula y agrava el impacto del proceso migratorio sobre la salud mental de los menores.

En esta población, el impacto puede manifestarse como síntomas internos (ansiedad, depresión, somatización), externos (conductas disruptivas) o dificultades de vinculación, moduladas por factores de riesgo y protección como el apoyo familiar, la estabilidad residencial, la red social, el estatus legal y la calidad de los servicios de salud y educación.

"hay como tres grupos de mayor vulnerabilidad por una parte de la población extranjera emigrante, sobre todo latinoamericana y magrebí, donde yo creo que hay más sintomatología depresiva, más autolesiones sobre todo y más tendencia al aislamiento. Luego la población gitana, que generalmente está menos diagnosticada aquí, un poco por desconfianza, de casos yo creo que más graves. Y luego, actualmente la población refugiada, estamos atendiendo muchos chavales ucranianos, donde algunos de ellos es verdad que tienen una clínica postraumática..."

Las formas en que el discurso, las representaciones y los comportamientos se manifiestan en esta población pueden variar considerablemente, especialmente cuando se tienen en cuenta las distintas dimensiones implicadas. En el análisis del discurso se identificó que, en población infantil y adolescente, las manifestaciones clínicas y las formas de expresión del malestar pueden ser altamente heterogéneas, tanto a nivel conductual como comunicativo. Esta variabilidad fue señalada como un aspecto clave a con-

siderar, especialmente en AP, donde el motivo de consulta puede presentarse de forma inespecífica o mediante síntomas somáticos, cambios de conducta o dificultades relacionales.

"las manifestaciones y concepto de salud son distintos…"

La *religión y/o espiritualidad* emergieron en el discurso como dimensiones relevantes, identificándose su carácter ambivalente en el contexto de la salud mental. Por un lado, se describen como un potencial factor protector, en tanto pueden aportar sentido, esperanza, cohesión familiar y apoyo comunitario.

"la religión supone un factor cultural importante en el tema del suicidio, puesto que en religiones como la musulmana o la católica si son practicantes, lógicamente actúa como control, autorregulación. O sea, cuando yo le pregunto a muchos adolescentes que han tenido intentos de suicidio, ¿qué es lo que te frena? ellos me dicen: mi religión lo prohíbe o mi religión no está bien visto. O sea que creo que es un elemento importante a tener en cuenta y que juega a favor de la vida."

No obstante, las personas participantes advierten que esta función protectora debe considerarse con cautela, ya que su impacto puede variar según el contexto y las dinámicas familiares y sociales asociadas.

"quiere decir que es un factor importante de protección. Pero hay que dejarlo un poquito entre comillas"

En este sentido, se señala que la religión/espiritualidad puede operar como un "arma de doble filo", especialmente cuando se asocia a procesos de estigmatización, rechazo o exclusión ante determinados problemas de salud mental o conductas consideradas socialmente reprobables.

"una situación en la que un paciente musulmán con problemas de depresión empezó a utilizar alcohol y la familia lo marginó y entonces se quedó en la calle y nos tocaba ir a atender este paciente a la calle. Entonces lo digo también como que es un arma de doble filo que también hay que tener en cuenta con eso…"

Este relato evidencia que, además de su potencial protector, la dimensión religiosa puede convertirse en un factor de riesgo cuando se traduce en prácticas de juicio moral, pérdida de apoyo social y ruptura de redes de cuidado.

En términos generales, se percibe que el contexto de origen ejerce una influencia significativa en la configuración de patrones de comportamiento, creencias y formas de afrontamiento. Desde esta perspectiva, el entorno sociocultural y familiar del que se proviene actúa como un marco de referencia que modela experiencias tempranas**,** estilos relacionales y expectativas, influyendo de manera directa en la forma en que las personas interpretan y responden a distintas situaciones.

> *"yo creo que el contexto y de dónde venimos y de las familias, de dónde procedemos influye sí o sí."*

La perspectiva de *identidad de género y orientación sexual* se señaló como un marco interpretativo clave para comprender las diferencias en salud mental durante la infancia y la adolescencia. Implica que la socialización ocurre en el marco de una cultura con unos valores, criterios y discursos diferentes.

Desde este enfoque, se plantea la identidad de género como vivencia y proceso de construcción. Se destaca la relevancia de incorporar esta perspectiva, especialmente en la adolescencia, entendida como una etapa central y compleja en la construcción de la identidad. Desde esta mirada, se enfatiza la importancia de promover un diálogo clínico y psicosocial que facilite procesos de autodefinición y desarrollo personal.

> *"perspectiva de identidad de género, porque la adolescencia es la construcción de la identidad, en cualquier caso, seas lo que seas, estás en construcción. Y creo que eso es una mirada que hay que tener para tener este diálogo para poder ayudar a las personas a construirse mejor."*

Se plantea el malestar psíquico asociado a determinadas vivencias respecto a la identidad o expresión de género. Se vincula lo emocional con sentirse "en un cuerpo que no corresponde"

> *"es una etapa muy compleja para ellos porque se están desarrollando y físicamente no se sienten con el cuerpo que les corresponde, entonces sufren muchísimo. Claro que eso son factores muy determinantes, aparte de por el sufrimiento intrínseco que lleva."*

Las personas se relacionan en contextos socioculturales que transmiten valores, normas y discursos diferenciados según el género/orientación sexual, lo cual influye en la forma en que se expresa el malestar. Se plantea que la identidad de género/orientación sexual no siempre constituyen un

factor de riesgo por sí mismas, depende de otros factores como la aceptación social, respuesta del entorno educativo y sanitario, reconocimiento de padres o familia, estigma, apoyo comunitarios etc. El riesgo es relacional y contextual, no inherente a la identidad/orientación.

> *"otra cuestión es la orientación sexual o la identidad de género depende de cómo se esté recibiendo esa orientación sexual o esa identidad de género. Ahora mismo ser homosexual o lesbiana o no binario está socialmente mucho más aceptado. Es más, en algunos ámbitos diría que está como especialmente reconocido y le da al adolescente un valor y un apoyo que no se lo da en otros contextos", entonces no siempre es un factor de riesgo, sino que depende del contexto en el que se dé esa esa publicidad de la orientación sexual o de la identidad de género y cómo el contexto lo atienda"*

En el discurso analizado, la exclusión social, la soledad y el aislamiento emergen como mecanismos relevantes de riesgo. Se señala que el género puede asociarse a una mayor probabilidad de exclusión social, lo cual se vincula con experiencias de soledad y aislamiento. Estas condiciones se describen como factores que intensifican el sufrimiento emocional y pueden incrementar la necesidad de derivación o de intervención especializada. En este sentido, el entorno social puede amplificar la vulnerabilidad a través de dinámicas de aislamiento y rechazo que aumenta cuando se cruzan desigualdades (género + migración + contexto social).

> *"mayor riesgo de exclusión y por tanto la soledad también es un factor que te aísla y que te que te puede llevar a tener más derivaciones"*

> *"el sufrimiento psíquico y mujer, influye en la intersubjetividad, en cómo sigue existiendo este patriarcado que ha cambiado de rostro pero que sigue incidiendo de manera específica en las mujeres. Y si a esto le añadimos si es mujer migrante, la vulnerabilidad se multiplica".*

Paralelamente, se observa una demanda latente de espacios de diálogo, señalándose la necesidad de hablar, lo que sugiere la existencia de necesidades no cubiertas en términos de acompañamiento emocional y abordajes sensibles al género y orientación sexual.

> *"la gente está deseando hablar de estos temas"*

> *"pero como no se os ofrece ese espacio seguro para hablar... bueno, me enseñó autolesiones, me enseñó marcas, y luego ya me contó que llevaba con ideación suicida un par de años, pero no se atreve a hablar con nadie y que tenía mucho miedo."*

Por otro lado, las personas participantes señalan la existencia de diferencias en la manifestación de los problemas de salud mental según el género, aludiendo tanto a variaciones en la prevalencia de determinados trastornos como a estilos conductuales aprendidos. En esta línea, se interpreta que los patrones de socialización pueden favorecer expresiones diferenciadas del malestar: mientras que en las chicas se describe una mayor tendencia a internalizar el sufrimiento (p. ej., tristeza, ansiedad), en los chicos se menciona con mayor frecuencia una expresión externalizante, vinculada a irritabilidad, impulsividad o conductas agresivas.

Esta lectura refuerza la idea de que el género influye en la presentación clínica y, por tanto, constituye un elemento relevante para optimizar la detección, evitar infradiagnósticos y reducir el riesgo de interpretaciones sesgadas durante la evaluación.

> *"las chicas interiorizan mucho lo que es el malestar, mientras que los chicos sí que lo liberan o lo guardan de una manera muy distinta, sobre todo con mucha agresividad".*
>
> *"además hay que tener en cuenta que cada cuerpo es distinto, cada persona es distinta, ya no solo biológicamente no, sino mentalmente sobre todo"*
>
> *"una diferenciación primero afecta el género en las manifestaciones de los problemas de salud mental en un niño varón que en una niña mujer. Hay trastornos mentales más prevalentes en los varones y más prevalentes en las mujeres. ¿Por qué? Porque hay comportamientos más prevalentes en los varones y más prevalentes en las mujeres".*

Se pone de relieve cómo el género opera como un marco normativo que condiciona tanto la interpretación social del malestar como las respuestas de apoyo disponibles. En primer lugar, se señala la estigmatización de las mujeres cuando su forma de expresar el sufrimiento no se ajusta a lo esperado culturalmente para su género, lo que sugiere la presencia de sesgos de género en la validación del malestar y en su reconocimiento clínico y social. En relación con los chicos, se enfatiza la necesidad de mayor comprensión y trabajo en la expresión emocional, apuntando a procesos de socialización que pueden limitar la verbalización del malestar y favorecer su invisibilización o canalización por vías alternativas. Asimismo, se introduce el entorno familiar como un elemento clave en la vulnerabilidad o protección, en función del grado de aceptación, apoyo y seguridad que proporcione.

> *"si hablamos de género y entiendo hombres y mujeres también la estigmatización de las mujeres cuando su expresión de malestar no coincide*

con lo asociado a su género. Y con respecto a los chicos, creo que todavía necesitamos más comprensión y más trabajo en la expresión emocional. Y con respecto al género, a la versión trans y género neutro, creo que hay un factor, un factor que en mi experiencia que explica bien las cosas es el entorno familiar..."

La salud mental de la población infantil y adolescente con *discapacidad* se describe como especialmente vulnerable, con una alta carga de problemas de salud mental. En el discurso analizado, se señala la presencia de dificultades emocionales y psicológicas de estos niños y niñas, asociadas principalmente a factores como aislamiento, soledad, exclusión social y acoso, no solo por la condición específica.

"salud mental y discapacidad…la cantidad de problemas de salud mental que tienen estos niños y niñas."

El discurso plantea que la inclusión no se limita a la ausencia de discriminación y barreras, sino que implica pertenencia y relaciones significativas entre iguales. Se cuestiona una inclusión entendida únicamente como trato correcto o cordial, diferenciándola de la amistad y de los vínculos auténticos, ya que la cordialidad puede generar aislamiento.

"pero claro, cordialidad no es amistad."

Además, se destaca que la conciencia de la diferencia y el trato desigual por parte del entorno son fuentes de malestar, al asociarse con la sensación de no ser tratada como igual, lo que afecta a la autoestima y el bienestar.

"porque al final ella es consciente de su diferencia y es consciente de que los demás le tratan diferente no como una igual"

Uno de los puntos destacados en el análisis ha sido la discapacidad como el "determinante olvidado" dentro de los determinantes sociales, ya que en comparación con otros (ej. raza, migración, género o sexualidad etc.), la discapacidad aparece menos reconocida o visibilizada.

"en el tema de los determinantes sociales, yo he percibido que la discapacidad es como el gran olvidado entre comillas o desconocido…todo el mundo tiene claro, la raza, migración, género, sexualidad…pero no la discapacidad…"

Aparece durante el discurso la discapacidad como desafío sostenido. Se conceptualiza la discapacidad como un determinante asociado a

"cronicidad" ("para toda la vida") que se contrasta con otros determinantes percibidos como más cambiantes o contextuales. Esta "cronicidad" se interpreta como un elemento que condiciona procesos de adaptación, afrontamiento y apoyo a largo plazo e incrementa la complejidad del abordaje.

> *"con ayuda, pues podrá volver a sentirse él mismo y demás y se va a dar cuenta que no es inferior ni muchísimo menos. Tampoco es inferior al que tiene discapacidad, pero no es una etapa, la discapacidad, por desgracia, es para toda la vida. Entonces es mucho más complicado trabajar"*

> *"discapacidad como, signo de cronicidad, mientras que los otros determinantes sociales, no es crónico, puede ser cambiante y eso sí que puede marcar un factor importante a la hora de no solo de la propia persona, sino del abordaje de todo este tema"*

El estigma opera como mecanismos de daño psicológico y deterioro del ajuste personal. La burla, exclusión y acoso son visto como generadores de problemas de salud mental. Se vincula explícitamente con el desarrollo de problemas de salud mental y se plantea que estas experiencias dificultan la aceptación de la discapacidad y el afrontamiento del futuro.

> *"el excluir y el reírse de, sobre todo de las diferencias, hace que en esas personas generalmente haya muchos problemas de salud mental y no acepten esa incapacidad o no sean capaz de afrontarla de cara al futuro de una manera adecuada"*

Al igual que ocurre con la discapacidad, en el discurso analizado se señala una menor atención hacia los determinantes económicos. Los puntos clave identificados muestran que la pobreza en la infancia se interpreta como un determinante social con efectos persistentes sobre la salud mental a lo largo del ciclo vital. En particular, se destaca que la precariedad prolongada durante etapas tempranas del desarrollo puede dejar una "huella" en dimensiones físicas y emocionales, lo que se vincula con un incremento del riesgo de problemas de salud mental durante la adolescencia y, especialmente, en la edad adulta. En esta línea, se establece de forma explícita que vivir en pobreza durante la infancia se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar problemas graves de salud mental en etapas posteriores.

> *"un niño que es que vive en pobreza, es un niño que lamentablemente va a tener más riesgo de padecer graves problemas de salud mental en la etapa adulta"*

"una pobreza o una precariedad prolongada, especialmente en los primeros años de desarrollo neurológico, físico, emocional, motor o de un menor, tiene una huella incrementa el riesgo de padecer problemas de salud mental en la adolescencia y fundamentalmente en la etapa adulta".

Sin embargo, también se introduce la idea de que el malestar emocional no solo depende del nivel socioeconómico, este puede presentarse también en contextos de nivel socioeconómico alto. Se cuestiona que el estatus económico no actúa como protección lineal, el riesgo puede existir en distintos niveles socioeconómicos.

"en consecuencia, a veces no nos hace falta preguntar. Es verdad que es muy importante cuando hay un nivel socio económico bajo. Ojo con el nivel socioeconómico alto. Yo digo mucho esta frase últimamente de que los ricos también lloran. Le pasa a mi gente, me pasa en mi centro con esta problemática. Tienen todos sus patinetes de 3.000€ y su móvil de última generación y son los que están peor en salud mental que los otros, los que tienen su situación económica más tocada."

El malestar parental (estrés, ansiedad, insomnio etc.) asociado a problemas económicos funciona como vía de transmisión se plantea como otro mecanismo que impacta en el niño/a y su salud mental.

"con padres que tienen acceso muy limitado al empleo o que están en un espacio más de irregularidad administrativa…un niño cuyos padres estén en situación irregular administrativa no accede a extraescolares, algo tan esencial para un niño en esas circunstancias."

La inseguridad habitacional y ausencia de entorno estable como mecanismos de riesgo también se identifica en el discurso. La vivienda se conceptualiza como determinante estructural clave para la estabilidad psicosocial y la seguridad, que afecta directamente el bienestar emocional.

"el no tener un acceso a una vivienda, a un lugar seguro donde conformar un entorno de hogar de estabilidad El que sus padres o madres tengan un nivel muy alto de estrés, de ansiedad, de insomnio, por problemas económicos, por problemas sociales"

Se identifica una infra-exploración del estatus económico en la práctica clínica. Se afirma que el factor económico se pregunta poco en población infantil y juvenil. Se atribuye a que solo una minoría de profesionales estaría sensibilizada y se menciona que la información suele obtenerse por vías

indirectas, o únicamente cuando existe un vínculo fuerte con la familia o vulnerabilidad evidente

> *"en la mayor parte de veces el tema del factor económico, sobre todo en menores de edad, y en población infantil y juvenil, se pregunta muy poco. No voy a decir que no lo pregunte ningún profesional, porque creo que hay profesionales que sí que están sensibilizados con el tema, pero son una minoría. Y es cierto que sí, que a través de preguntas indirectas lo puedes saber, pero a no ser que haya un vínculo muy importante con la familia o detectes realmente una situación de mucha vulnerabilidad. Es verdad que los profesionales sanitarios pocas veces suelen hacer esas preguntas".*

> *"se pregunta poco todo lo que tiene que ver con el estatus socioeconómico, porque en general".*

A esto se le añade la vergüenza y silencio familiar como barrera para la detección debido al el estigma asociado a la pobreza que limita la comunicación y dificulta la identificación de necesidades. Se describe que en contextos educativos de nivel socioeconómico medio-bajo, las familias pueden sentir vergüenza para hablar de su situación económica y este silencio se interpreta como un factor que repercute en el bienestar de niños y adolescentes.

> *"sobre su aspecto económico es de nivel bajo…en un centro educativo y realmente de nivel medio económico bajo, a los padres les da mucha vergüenza decirlo, hablarlo, expresarlo abiertamente, y eso influye también, por supuesto, en los chicos"*

Eje 2: Factores que dificultan o favorecen el cambio/ funcionamiento

• Los factores identificados por el GD que dificultan o favorecen son:

1) Limitada incorporación del contexto social y cultural en la práctica asistencial

Las personas participantes señalan que, en la conceptualización clínica del malestar, con frecuencia se subestima el peso de los determinantes sociales, lo que puede dificultar la comprensión de las experiencias subjetivas y sociales y la identificación adecuada del problema. En consecuencia, determinados aspectos relevantes del sufrimiento quedan *"fuera"* de la evaluación, reduciendo la capacidad de intervención integral.

"el suicidio no es una patología sino la manifestación de un sufrimiento profundo que emerge, crece y se expresa en distintos contextos."

2) Barreras comunicativas asociadas al idioma y a la dificultad para narrar el sufrimiento

El discurso destaca el idioma y diferencia cultural como una barrera transversal, especialmente en población migrante, dificultando la expresión del malestar y la construcción de una narrativa comprensible en el sistema sanitario o en centros de menores. Esto puede limitar la exploración clínica, generar malentendidos y contribuir a intervenciones menos ajustadas.

"pero luego yo creo que todos sufren el problema del idioma".

3) Invisibilización del "dolor migratorio" y ausencia de enfoque transcultural en la formación para perfiles vulnerables

Se identifica que el sufrimiento asociado a la migración puede pasar desapercibido cuando no existe una mirada transcultural explícita. Las personas participantes advierten que profesionales y sistemas parten de *"miradas implícitas"* que pueden impedir reconocer el impacto del desarraigo, la pérdida de identidad y los choques culturales, especialmente en perfiles migratorios diversos (ej. Latinoamérica, Magreb, África subsahariana etc.).

Además, se describe una brecha formativa significativa en AP para abordar adecuadamente población vulnerable, particularmente en relación con orientación sexual e identidad de género. Esta falta de formación se asocia a inseguridad profesional, atención percibida como inadecuada, o pérdida de oportunidades de detección precoz.

"que la mirada transcultural esté presente en la reflexión de esa formación, porque tenemos ahora mismo el desafío que ese desafío que tenemos antes comentaba, eh, la migración latinoamericana, que tienen unos perfiles. Eh Aquí ahora mismo tenemos la migración subsahariana de Marruecos con todo lo que lleva y nos encontramos con esos choques a veces…partiendo del análisis de la mirada y partimos de la premisa de que todos y tenemos una mirada con la que muchas veces se nos escapa el dolor de la migración..."

"en AP. no hay formación específica para el abordaje de personas LGTBIQ+ el ámbito en el que nosotros trabajamos…tuve que hacerme una súper formación exprés para poder atender a este perfil de población, porque me di cuenta que tenemos muy poquita formación"

"Primero es que es una población súper vulnerable (LGTBIQ+), no consultan porque notan que cuando vienen a las consultas de AP, no se les trata bien y no se les trata bien porque no hay formación. Y esto pasa en consulta. Supongo que no solamente pasa en AP cuando los escuchas hablar, pasa en cualquier ámbito del contexto sanitario".

4) Experiencias de trato inadecuado y disminución de la demanda de ayuda

La falta de formación se traduce en experiencias de atención poco sensibles en población vulnerable (ej. migrantes, personas con discapacidad, colectivo LGTBIQ+, lo que genera desconfianza y reduce la búsqueda de apoyos. Esta barrera afecta directamente al acceso y al uso de servicios, contribuyendo al retraso en la búsqueda de ayuda y al aumento de la gravedad clínica al momento de la atención.

• Factores facilitadores identificados

1) Incorporación de una mirada sensible a la diversidad y al contexto

Las personas participantes enfatizan como facilitador la integración de una perspectiva que reconozca que las narrativas del malestar no son uniformes y están mediadas por factores culturales, familiares, sociales, económicos etc. Esta mirada favorece una comprensión más completa del problema y amplía las posibilidades de intervención.

2) Inclusión de la perspectiva transcultural en la formación sanitaria

Se identifica como facilitador clave la incorporación explícita de la perspectiva transcultural en la formación de AP, especialmente ante el incremento y diversificación de perfiles migratorios. Este enfoque permitiría comprender mejor el "dolor migratorio", reducir interpretaciones simplificadas, mejorar la comunicación clínica etc., y aumentar la pertinencia cultural del abordaje.

3) Integración de perspectiva de género en la formación clínica

El discurso señala que incluir una mirada de género en la formación constituye un facilitador central, dado que se perciben diferencias tanto en la presentación clínica como en la atención recibida. Esta perspectiva favorecería una detección más ajustada y reduciría sesgos en la interpretación del malestar.

"yo creo que es clave de que la formación que se vaya a dar a AP incluya esa mirada de género…. hay diferencias en la clínica y hay diferencias también en la forma en la que se atiende..."

Asimismo, se plantea como facilitador la incorporación de una perspectiva de identidad de género centrada en la adolescencia como etapa de construcción identitaria. Esto facilita el diálogo clínico y psicosocial, mejora la alianza terapéutica con esta población y facilita el acompañamiento sin patologización.

4) Formación específica en orientación sexual

El consenso discursivo sugiere que la existencia de formación específica relacionada con la orientación sexual favorecería que la población infantil y adolescente recibiera una atención más segura, competente y ajustada a sus necesidades. Asimismo, contribuiría a incrementar la confianza de esta población con AP, reducir barreras de acceso y mejorar la detección temprana, fortaleciendo el abordaje preventivo y la respuesta asistencial.

5) Capacitación del profesorado como primera línea de detección

Se identifica como facilitador la formación del profesorado para reconocer señales tempranas y activar alarmas de forma precoz, dado su rol como agentes de primera línea. Esto podría fortalecer la prevención y mejorar la coordinación con servicios de AP.

> *"sí, también es cierto que no existe una preparación suficiente, especialmente en los centros escolares y en la formación del profesorado. Además, la formación disponible es muy limitada…"*

Eje 3: Efectos esperados si se continua con la práctica actual en los resultados

Este eje se centra en prever cómo evolucionarán los resultados si no se introduce ningún cambio y se mantiene la situación actual.

1) Incremento del riesgo y agravamiento del malestar psicológico

Los determinantes sociales descritos se asocian con un aumento de la vulnerabilidad en salud mental en población infantil y adolescente, contribuyendo a la transición hacia manifestaciones clínicas más intensas. En particular, se anticipa un impacto negativo cuando existen condiciones de discriminación, exclusión o precariedad sostenida.

Se señala, como se ha comentado anteriormente, que el impacto de los determinantes puede traducirse en expresiones clínicas múltiples, (ansiedad, depresión, somatización), síntomas externalizantes (conductas disruptivas) así como dificultades de vinculación y adaptación social.

Esta heterogeneidad puede generar dificultades en la identificación temprana, especialmente en AP, donde el motivo de consulta puede ser inespecífico.

2) Deterioro de la integración social y del sentido de pertenencia

El racismo, la exclusión y el acoso escolar se vinculan con consecuencias psicosociales relevantes, como sensación de "no pertenencia" y aislamiento, así como dificultades para construir relaciones entre iguales. Se interpreta que estos efectos comprometen procesos de integración y bienestar emocional, con repercusión en el desarrollo socio-afectivo.

3) Empeoramiento del pronóstico en contextos de vulnerabilidad estructural

El discurso anticipa que la combinación de factores como precariedad habitacional, hacinamiento, irregularidad y barreras administrativas puede intensificar el impacto sobre la salud mental, favoreciendo trayectorias de mayor complejidad clínica y social.

4) Barreras de acceso y retraso en la atención sanitaria y psicosocial

Se identifican consecuencias asistenciales derivadas de determinantes sociales, especialmente en población migrante y en contextos de irregularidad administrativa, como miedo o evitación del sistema sanitario, menor acceso a apoyos educativos y comunitarios, o riesgo de detección tardía. Esto puede traducirse en intervenciones menos oportunas y aumento de necesidades en fases más avanzadas.

5) Mayor riesgo de ideación suicida en ausencia de apoyo a la diversidad sexual

En el caso de orientación sexual se anticipa que la falta de aceptación social y de espacios seguros puede favorecer la intensificación del sufrimiento intrínseco, invisibilización del malestar, autolesiones e ideación suicida sostenida en el tiempo. El discurso sugiere que la ausencia de diálogo y acompañamiento aumenta el riesgo de cronificación y retraso de la intervención.

6) Sesgos en detección y evaluación clínica por patrones de género

Las diferencias en la expresión del malestar según el género se vinculan con consecuencias clínicas relevantes, como riesgo de infradiagnóstico, interpretaciones sesgadas de síntomas (p. ej., externalización en chicos) o dificulta-

des para identificar necesidades emocionales no verbalizadas. Esto puede afectar la oportunidad y adecuación de las respuestas terapéuticas.

7) Impacto acumulativo de la pobreza infantil en el ciclo vital

La precariedad económica sostenida se describe como un determinante con efectos persistentes. Puede producir una "huella" en las dimensiones físicas y emocionales, incremento del riesgo de problemas de salud mental en adolescencia con una mayor probabilidad de dificultades graves en la adultez. El discurso también señala mecanismos mediadores como inseguridad habitacional y estrés parental sostenido.

Dominio 2: formación en salud mental y prevención de suicidio en población infantil y adolescente en AP

La AP constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y se configura como un nivel asistencial estratégico para la promoción de la salud mental y detección precoz, la valoración inicial y el acompañamiento de las conductas suicidas. En población infantil y adolescente, este papel adquiere una relevancia particular, dado que el malestar emocional puede presentarse de forma inespecífica y coexistir con factores vinculados a los determinantes sociales anteriormente mencionados, lo que incrementa la vulnerabilidad y complejiza el abordaje.

En este contexto, la formación específica de los profesionales de AP emerge como un elemento fundamental para fortalecer su capacidad de respuesta ante situaciones de riesgo suicida. Desde la perspectiva de las personas participantes, se pone en valor una atención que trascienda de la identificación de síntomas y priorice la construcción de un espacio de confianza, donde el niño, niña y/o adolescente pueda expresar su malestar sin temor a ser juzgado o minimizado. Así, la formación se entiende como una herramienta clave para promover intervenciones tempranas**,** humanizadas y centradas en la persona, aumentando las oportunidades de detección y de apoyo oportuno desde el primer nivel asistencial.

De manera complementaria, se considera igualmente relevante ampliar esta capacitación al personal no sanitario de AP, como primer contacto y la interacción inicial con pacientes y familias. Se reconoce que el primer contacto con el sistema se produce frecuentemente fuera de la consulta médica. La acogida se interpreta como un momento crítico que puede condicionar la experiencia de atención, el vínculo y la disposición a pedir ayuda.

En consecuencia, este dominio se estructura en dos partes. Por un lado, se incluye una dimensión en torno a dos ejes interrelacionados, centrada en la formación dirigida a profesionales socio-sanitarios de AP, atendiendo a su enfoque, contenidos y formatos, así como barreras y facilitadores detectados. Por otro lado, y de forma más general, orientada al personal no sanitario del mismo ámbito. Ambos subdominios adquieren una relevancia especial en el discurso de las personas participantes.

DOMINIO 2: FORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE EN AP
Subdominio: Formación dirigida al personal socio-sanitario
Eje 1. Percepciones y necesidades identificadas sobre la formación en AP
Eje 2: Enfoque, contenido y formato identificados para la formación en AP
Eje 3: Factores que dificultan o favorecen el cambio/funcionamiento
Subdominio: Formación dirigida al personal no-sanitario

Subdominio: Formación dirigida al personal socio-sanitario

Dentro de este subdominio se enmarcan 3 ejes:

Eje 1: Percepciones y necesidades identificadas sobre la formación en AP

1) Necesidad de formación específica, continua y adaptada al rol en AP

En el discurso de las personas participantes se evidencia un déficit formativo en el abordaje del suicidio infantil y adolescente en AP. La formación se construye como un requisito central para la detección precoz y la intervención inicial, pero se percibe como insuficiente, poco sistematizada y desigual, ya que en muchos casos depende de la motivación individual del profesional y no de una estrategia institucional planificada. Esta situación genera variabilidad en las competencias disponibles dentro de los equipos y limita la capacidad de respuesta homogénea del sistema.

> *"hay una falta de formación importante en los médicos de familia, porque también como se ha comentado, al final, si te interesa la temática, pues obviamente te vas a formar."*

"pues de nuevo mucha escucha, mucha formación, porque es clave que se detecte algo a tiempo…, creo que más gente recurriría a los profesionales de medicina de familia si se tratara de una forma mucho más humana y más empática, y que detectaran lo que lo que está pasando al menor"

Eje 2: Enfoque, contenido y formato identificados para la formación en AP

La información de este eje se describe en tres puntos: aquella relacionada con el enfoque de la formación, la relacionada con el contenido y la relacionada con el formato.

• Relacionado con el enfoque de la formación

1) Enfoque multiprofesional y comunitario como eje del aprendizaje

En el discurso de las personas participantes se plantea que la formación debe reflejar la realidad asistencial en la que la respuesta al suicidio no depende de un único profesional, sino que se construye a partir de la articulación coordinada de múltiples agentes. En este marco, se prioriza un enfoque comunitario, integrador e intersectorial, sustentado en la colaboración entre profesionales de distintos perfiles y dispositivos, así como en la implicación de diversos ámbitos implicados en el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes.

Desde esta perspectiva, el suicidio en esta población no se interpreta exclusivamente como un fenómeno clínico, sino como la manifestación de un sufrimiento profundo que se configura y expresa en diferentes entornos como la familia, escuela, comunidad y sistema sanitario. En consecuencia, se considera necesario que la formación incorpore de manera explícita los factores contextuales que atraviesan al malestar de la población infantil y adolescente.

"partiendo de que el suicidio no es una patología sino la manifestación de un sufrimiento profundo que emerge, crece y se expresa en distintos contextos."

De forma reiterada, se pone en valor la necesidad de una formación multiprofesional y comunitaria, con AP como eje vertebrador, capaz de integrar la coordinación entre el ámbito sanitario, social y educativo, y basada en la colaboración entre distintos perfiles y dispositivos. En este sentido, se propone una formación compartida en la que confluyan distintas miradas,

no solo para intercambiar conocimientos, sino también para reconocer enfoques diferenciados y fortalecer el papel específico de cada colectivo en el abordaje.

> *"de una formación conjunta donde converjan las diferentes miradas"*
>
> *"involucrar todos los ámbitos, y creo que en la formación es un aspecto fundamental".*

Se destaca la importancia de que la formación entre distintos profesionales no se limite a la transmisión de contenidos técnicos, sino que permita reconocer enfoques diversos y que, además, sirva como un espacio de reconocimiento mutuo entre disciplinas, visibilizando las diferencias en las formas de intervención y favoreciendo la coordinación efectiva.

> *"…yo creo que en la formación nos complementamos, a mí me parece importante que en el espacio de la formación se contemple eso y que la formación también sea impartida por profesionales de diferentes ámbitos, visibilizando por supuesto las diferencias en las formas de hacer".*

En conjunto, estas aportaciones apuntan a la necesidad de avanzar hacia un modelo formativo orientado a una intervención integral, comunitaria y coordinada, en el que la formación contribuya a construir marcos comunes de actuación, refuerce la continuidad asistencial entre niveles y consolide una respuesta compartida ante el riesgo suicida en población infantil y adolescente.

2) Determinantes sociales, diversidad y enfoque no patologizante en la formación

En el discurso de las personas participantes se amplía el marco interpretativo del suicidio infantil y adolescente, situándolo en una trama de factores sociales, culturales, comunitarios y familiares que condicionan tanto el riesgo como las oportunidades de protección.

Desde esta mirada, se demanda que la formación en AP incorpore de forma explícita estos elementos como componentes estructurales del abordaje, superando un enfoque centrado exclusivamente en lo clínico. De manera consistente, emerge la necesidad de un enfoque integral, social y comunitario, en el que el suicidio no se interprete como una patología en sí misma, sino como la manifestación de un sufrimiento profundo que se configura y expresa en interacción con múltiples dimensiones del entorno. Esta aproximación cuestiona un abordaje estrictamente biomédico y reivindica una comprensión situada del malestar, vinculada a la vida cotidiana del menor y a las condicio-

nes en las que se desarrolla. En este sentido, se señala la falta de contenidos formativos que aborden "otros factores" más allá de los clínicos.

> *"formación comunitaria y multiprofesional para el abordaje del suicidio infantil y adolescente donde se aborden otros factores (como los hablados en el primer bloque), si se echa de menos".*

En particular, las personas participantes subrayan la relevancia de incluir los determinantes sociales como dimensión formativa clave, al considerarse un ámbito insuficientemente trabajado en los itinerarios actuales. Esta demanda implica reconocer que variables como la precariedad, la desigualdad, las dinámicas familiares, el entorno comunitario o experiencias de vulnerabilidad pueden actuar como factores estructurales que atraviesan el malestar de la población infantil y adolescentes e influyen en la aparición, mantenimiento o intensificación del riesgo suicida, así como en los factores de protección.

> *"...que la mirada transcultural esté presente en la reflexión de esa formación, porque ahora es el desafío que tenemos…la migración latinoamericana, que tienen unos perfiles…la migración subsahariana de Marruecos con todo lo que lleva y nos encontramos con esos choques a veces… partiendo del análisis de la mirada y partimos de la premisa de que todos y tenemos una mirada con la que muchas veces se nos escapa el dolor de la migración..."*

Se destaca también la importancia de desarrollar competencias de sensibilidad cultural que permitan comprender realidades vinculadas a la migración y a diferentes modelos familiares, evitando lecturas estereotipadas y favoreciendo un acogimiento más respetuoso. Desde esta perspectiva, reconocer que existen formas diversas de expresar el sufrimiento, diferentes, pero no necesariamente problemáticas, se identifica como una competencia relevante para fortalecer la comunicación clínica y la relación terapéutica con niños, niñas, adolescentes y sus familias.

> *"las manifestaciones y concepto de salud son distintos…"*

En conjunto, estas aportaciones configuran una categoría analítica orientada a una formación basada en un enfoque no patologizante e integral, donde los determinantes sociales, el contexto y la diversidad se articulan como dimensiones imprescindibles para una respuesta preventiva, y comunitaria desde AP.

3) Formación troncal común y formación específica por perfiles

Las personas participantes proponen un modelo formativo mixto y escalonado, estructurado en una formación troncal común dirigida a todo el equipo del centro de salud, complementada con módulos específicos por perfiles profesionales (ej. medicina de familia, enfermería de familia y comunitaria, pediatría, trabajo social y personal no sanitario). Este planteamiento responde a dos objetivos simultáneos: por un lado, construir un marco compartido de actuación que facilite la coordinación interna; y, por otro, ajustar los contenidos a las funciones reales y competencias diferenciadas de cada colectivo.

> *"yo propondría una formación para todos, y otra más específica para los diferentes profesionales"*
>
> *"tenía que haber una troncal para todos y luego una específica, pues para medicina, enfermería, pediatría, trabajo social de AP, e incluso otra para personal administrativo".*
>
> *"coincido, una parte común, y otra específica, por áreas competenciales".*

Este formato se asocia también con la posibilidad de ampliar la comprensión mutua entre perfiles, superando visiones simplificadas sobre el rol de otros profesionales y fortaleciendo el trabajo interdisciplinar.

> *"pero que nos complementemos porque a veces tenemos una idea de lo que hacen otros profesionales muy simplificada y a lo mejor esta formación la puede ampliar…".*

En coherencia con lo anterior, se plantea la necesidad de diseñar itinerarios formativos progresivos, planificados**,** evitando formaciones aisladas o puntuales que dificulten la consolidación de competencias y su transferencia a la práctica asistencial.

> *"tiene que haber itinerarios formativos…".*

Finalmente, algunas voces subrayan que este modelo debería contemplar, además, la incorporación de profesionales externos a AP con implicación en la detección, el apoyo y el acompañamiento de menores, reforzando así la coherencia intersectorial del abordaje.

> *"bueno, yo considero que la formación debe ser para todos profesionales, no solo dentro de AP, sino que a veces se incorporen otros que están fuera de AP".*

En general, estas aportaciones dibujan una propuesta formativa orientada a fortalecer tanto las competencias transversales como las específicas necesarias para el abordaje del suicidio en población infantil y adolescente en el ámbito comunitario.

4) Inclusión de sobrevivientes/supervivientes como formadores

En el discurso emerge la propuesta de incorporar a sobrevivientes/supervivientes en los espacios formativos sobre suicidio, atribuyéndoles un alto valor pedagógico por su capacidad para aportar una comprensión situada del fenómeno desde la experiencia vivida. Favorece aprendizajes más significativos, al dotar de credibilidad a los contenidos, así como al facilitar procesos de identificación y esperanza.

> *"sí, yo creo en la mirada en primera persona"*

En este sentido, algunas voces subrayan la importancia de incorporar testimonios de personas con experiencia vivida, al considerar que escuchar a alguien que ha atravesado el proceso genera un mayor impacto y favorece aprendizajes más significativos, posicionando el relato en primera persona como una fuente formativa de especial valor.

> *"coincido perfectamente es muy importante que te lo cuenten alguien con experiencia real".*

> *"...en las formaciones sí que tendría a un superviviente o sobreviviente, porque alguien que lo ha vivido, te* va *a hacer llegar mucho más"*

No obstante, de manera paralela, se explicitan límites éticos y de seguridad vinculados a este tipo de participación. Las personas participantes advierten que no todas las personas supervivientes cuentan con condiciones adecuadas para asumir este rol en contextos formativos, incluso cuando existe buena disposición, y que una exposición no planificada podría generar efectos no deseados.

Así, se señala que:

> *"sería positivo. Pero no todos los supervivientes, aunque tengan muy buena voluntad, están capacitados"*

destacando el riesgo de que determinados relatos o estados emocionales puedan transmitir mensajes potencialmente perjudiciales:

> *"el estado anímico… quizás vaya a transmitir algo que realmente pueda perjudicar y no beneficiar".*

En conjunto, estas aportaciones configuran una categoría analítica centrada en la participación en primera persona, en la que se reconoce el valor testimonial como recurso formativo relevante, pero condicionado a la necesidad de selección, preparación y acompañamiento profesional. Desde esta perspectiva, la inclusión de sobrevivientes/supervivientes se concibe como un elemento con potencial transformador, siempre que se sostenga en un equilibrio entre el impacto educativo del testimonio y la protección tanto de quienes participan como de quienes reciben la formación.

- **Relacionado con el contenido de la formación**

1) Humanización y empatía como dimensión formativa

El discurso asocia la eficacia del abordaje en AP con el fortalecimiento de algunas habilidades, especialmente la empatía, entendida como condición necesaria para que el menor se sienta validado, establezca un vínculo de confianza y pueda expresar su malestar. En este sentido, se enfatiza la relevancia de las competencias relacionales como componente esencial en la atención a población infantil y adolescente.

> *"creo que más gente recurriría a ellos si se tratara de una forma mucho más humana y más empática, y que detectaran lo que lo que está pasando al menor"*
>
> *"paciente habla y se abre con el profesional con el que más empatiza…"*
>
> *"es muy útil que los profesionales de la salud aprendan en competencias emocionales"*

2) La comunicación y las competencias socioemocionales como contenido central

Las competencias emocionales y comunicativas emergen como un eje central en el discurso, al considerarse necesarias para construir una relación terapéutica basada en la confianza, facilitar la expresión del menor en la intervención clínica. Desde esta perspectiva, la formación en dichas competencias se interpreta como una estrategia para desplazar un abordaje exclusivamente biomédico e incorporar una comprensión más amplia del malestar, integrando dimensiones psicosociales y relacionales.

> *"esta mejora de las de estas competencias emocionales podría ayudar y se debería abordar la formación a los profesionales de AP"*
>
> *"quizás necesiten aprender en competencias emocionales para salir un poco de ese abordaje biomédico y un poco intentar entender"*

Los y las participantes señalan que estas competencias deberían formar parte estructural de la formación del personal sanitario, especialmente en AP, donde la interacción clínica se apoya de manera significativa en la calidad del vínculo interpersonal. En este sentido, se subraya que estas competencias constituyen un principio fundamental en la práctica, no exclusivamente de AP, si no de cualquier profesional sanitario.

> *"competencias emocionales sí o sí tienen que estar en la formación de cualquier profesional que atienda a personas, ciudadanos y ciudadanas y en concreto en la AP y los profesionales sanitarios".*

Se enfatiza también que las habilidades relacionales constituyen la base del abordaje, priorizando la capacidad de reconocer, comprender y acompañar el sufrimiento mediante escucha activa, y una comunicación clara y adaptada como herramientas fundamentales para mejorar la comprensión mutua y favorecer un clima asistencial más seguro y accesible.

> *"es muy útil que los profesionales de la salud aprendan en competencias emocionales. En este caso estamos hablando de AP, de las relaciones interpersonales, de comunicarse mejor con los y las pacientes, escuchar mejor, explicar las cosas de mucho de forma mucho más clara …"*

De la misma manera, las narrativas destacan que la formación en competencias emocionales contribuye a generar condiciones que facilitan la comunicación de la persona atendida, al promover un entorno terapéutico en el que pueda expresarse con mayor apertura.

> *"formación en competencias emocionales, es decir unas habilidades que permita reconocer, comprender, expresarse, facilitar el entorno terapéutico donde la persona afectada tiene que hablar, comunicarse mucho mejor".*

Finalmente, se propone la necesidad de un "reciclaje" periódico en habilidades comunicativas orientado específicamente al fortalecimiento de la dimensión relacional del cuidado. Esta actualización continuada se plantea como un componente relevante para consolidar las competencias emocionales en la práctica cotidiana y responder de forma más ajustada a las necesidades de AP.

> *"que lo mismo que los profesionales sanitarios se reciclan en reanimación cardiopulmonar y demás, creo que el reciclaje en aspectos relacionales y aspectos de comunicación es un aspecto básico".*

3) Marco teórico avanzado y formación práctica aplicada

Los discursos analizados no conciben la formación como un conjunto de "herramientas rápidas" o recursos puntuales, sino como un proceso que requiere una base conceptual sólida, actualizada y coherente con enfoques contemporáneos. En este sentido, se plantea la necesidad de incorporar un marco teórico avanzado que permita comprender el fenómeno desde una perspectiva integral, crítica y contextualizada, superando interpretaciones reduccionistas y favoreciendo una lectura social y comunitaria de las situaciones atendidas.

De manera complementaria, se defiende que dicha fundamentación teórica debe articularse con una formación práctica aplicada, orientada a mejorar competencias clínicas concretas, evitando enfoques exclusivamente teóricos. Esta integración entre teoría y práctica se identifica como un requisito para incrementar la calidad de la entrevista clínica, fortalecer la capacidad de detección y optimizar la recogida de información relevante para la intervención.

> *"formación, además de práctica sin olvidar un marco teórico basado en los enfoques teóricos más avanzados y, con un enfoque integral, crítico, social y comunitario".*

• Relacionado con el formato de la formación

1) Modalidad formativa: presencialidad

Aunque la modalidad mixta se reconoce en el discurso como una alternativa que puede incrementar la accesibilidad al facilitar la participación de un mayor número de profesionales y adaptarse a condicionantes organizativos, las y los participantes sostienen que la presencialidad ofrece mayores ventajas. En particular, se considera que este formato permite trabajar de manera más efectiva contenidos sensibles, al favorecer la interacción directa, práctica supervisada y abordajes de situaciones emocionales que resultan más limitados en propuestas exclusivamente virtuales:

> *"las formaciones en salud mental deberían de tener presencialidad, no que fueran online..."*
>
> *"coincido plenamente con la necesidad de que esas formaciones sean presenciales..."*

En este sentido, el modelo híbrido se plantea como una opción aceptable siempre que mantenga un predominio de sesiones presenciales. Así, la presencialidad se configura como un elemento estructural del aprendizaje, al ser per-

cibida como condición necesaria para consolidar habilidades y sostener procesos formativos centrados en la dimensión relacional de la atención.

> *"pues a mí personalmente me aporta más la formación presencial, aunque puede ser la mixta para que se conecte más gente o en momentos puntuales, pero creo que aporta más la formación presencial".*

2) Metodologías participativas

Se destaca el uso de metodologías participativas en la formación, como el *role-play,* la simulación de casos etc., como estrategias útiles para disminuir la inseguridad profesional, y mejorar la respuesta ante escenarios complejos. Estas dinámicas permiten practicar habilidades comunicativas en un entorno controlado y recibir retroalimentación, contribuyendo a una mayor preparación para situaciones reales.

> *"es necesario que se establezcan situaciones mediante role-play en las que nos pongamos en situaciones".*

Se vuelve a reforzar la conveniencia de metodologías participativas dentro de un formato presencial.

> *"coincido plenamente con la necesidad de que esas formaciones sean presenciales y con metodologías participativas (rol-play, etc.)"*

Asimismo, se subraya la relevancia de incorporar entrenamiento específico en entrevista clínica, incluyendo componentes de comunicación verbal y no verbal, considerados fundamentales para la recogida de información y para la calidad del proceso de detección.

> *"una parte de la formación que es muy importante es saber hacer una buena entrevista clínica. Ese lenguaje verbal y no verbal… si no sabes preguntar al final nunca la detección es igual de buena…".*

En esta línea, se plantea que contar con personas expertas que guíen entrevistas dirigidas, incluso mediante grabaciones en vídeo, podría mejorar tanto la capacidad de formular preguntas pertinentes como la validez del testimonio recogido, lo que sitúa a la entrevista como un núcleo de capacitación prioritario.

> *"eso se puede grabar en video… sería fenomenal que alguien experto a entrevista dirigida y eso sea una parte de la formación para recoger testimonios como para saber cómo esos testimonios al final son válidos…"*

Eje 3: Factores que dificultan o favorecen el cambio/funcionamiento

• Dificultades identificadas

1) La no obligatoriedad de la formación como barrera estructural

En el discurso se subraya que la formación en este ámbito no solo resulta insuficiente en términos de disponibilidad y alcance, sino que además su carácter no obligatorio constituye una limitación estructural relevante. Las personas participantes señalan que, al depender de la motivación individual y del interés personal, la formación tiende a concentrarse en un grupo reducido de profesionales que participan de manera recurrente en los mismos cursos, mientras que una parte importante del colectivo permanece al margen. Esta dinámica es percibida como un factor que limita el alcance real de las iniciativas formativas y reproduce desigualdades en el nivel de preparación dentro de los equipos.

> *"de cara a los profesores en formación y las que hay, que son mínimas, no son obligatorias y muchos que no lo hacen…"*
>
> *"por desgracia la formación no es obligatoria. Es decir, haremos estos cursos en los que vamos siempre los mismos a estos cursos y la amplia mayoría de pediatras seguirá sin formación…".*

2) Iniciativas individuales y voluntarias como respuesta a la falta de formación estructurada

En el discurso aparece con fuerza la idea de que, ante la ausencia de una formación institucionalizada y accesible, algunos profesionales recurren a estrategias individuales de autoformación para cubrir necesidades percibidas en su práctica. Estas iniciativas se describen como respuestas voluntarias que implican una inversión personal significativa, tanto en términos económicos como de tiempo y que, en ocasiones, se traducen en acciones formativas ofrecidas posteriormente al propio equipo o centro de salud. Este tipo de relato pone de manifiesto que la responsabilidad de adquirir competencias específicas se desplaza desde la organización hacia el individuo, generando escenarios donde la capacitación depende de la motivación personal y de la disponibilidad de recursos.

> *"que yo misma me he buscado formación externa, me he pagado mi máster… y he propuesto a mi centro de AP. Hago talleres gratis".*

3) Complejidad del abordaje en salud mental y baja preferencia profesional

La salud mental se construye como un ámbito exigente, con carga emocional y alta complejidad, lo que puede generar evitación o baja implicación. Se percibe una resistencia profesional y percepción de falta de recursos.

> *"salud mental es un tema que suele gustar muy poco a los profesionales sanitarios porque es complejo, requiere de tiempo, requiere también que emocionalmente te tienes que implicar un poco y para poder entender un poquito lo que la persona te está comentando y en relación a la población infantil y adolescente, es que muchas veces, o sea, qué recursos tenemos a nivel también comunitario para ofrecerles, porque al final no es tan sencillo, es que está todo como muy relegado al hospital, pues porque tiene muchísimo más recursos que nosotros."*

4) Barreras emocionales y comunicativas

La salud mental en general, es un tema que genera rechazo o baja preferencia en parte de los profesionales sanitarios porque, además de ser complejo, demandante en tiempo y conlleva elevada carga emocional. Se construye como un tipo de atención "difícil" y con alto coste personal.

> *"…yo sí creo que el miedo procede de la incertidumbre que tiene que manejar el profesional con todo lo que tiene que ver con lo emocional. Yo creo que le cuesta abrir determinados campos en el aspecto de lo emocional, fundamentalmente por a ver hacia dónde te va a llevar todo esto y que realmente te va a llevar a tener que dedicar mucho tiempo basura que a lo mejor no tienes"*

Este "miedo" implica evitar formular preguntas directas sobre ideación suicida, y se identifica como una barrera clave. La formación se entiende como herramienta para transformar el miedo en competencia clínica, legitimando la pregunta como intervención terapéutica y preventiva. El suicidio genera inseguridad clínica y temor al abordaje directo.

> *"que esta pregunta es súper sanadora, pero nos da miedo hacerla, pues tenemos también que perder ese miedo porque sabemos que a lo mejor alguien les puede hacer esa pregunta, luego puede salir adelante".*

> *"Y yo le pregunto a él, has llegado a pensar quitarte la vida, pues puede ser que a lo mejor me diga que no, pero por lo menos sepa que tiene alguien con quien contar. En el caso de que se sienta preparado para expresarlo o que. o que me diga que sí y ya me permite trabajar con él y abordarlo. Es que tenemos mucho miedo a esa pregunta que es muy jorobada hacerla"*

• **Factores facilitadores identificados**

1) Institucionalización de la formación: certificación e incentivos

Entre los elementos facilitadores frente a las barreras descritas, la formación emerge como una estrategia clave para favorecer la implementación y sostenibilidad del proceso. Sin embargo, los participantes no la conciben únicamente como una acción puntual o dependiente de la motivación personal, sino como un recurso que debe integrarse en la estructura organizativa mediante mecanismos formales de reconocimiento.

En este sentido, los discursos ponen de manifiesto la necesidad de que la formación adquiera un carácter institucionalizado, lo que implica su incorporación a los circuitos oficiales de la organización, con respaldo normativo o procedimental. Esta institucionalización se vincula directamente con dos condiciones fundamentales: la certificación y la existencia de incentivos (ej. dar más horas para formación). Ambos elementos funcionan como dispositivos simbólicos y prácticos que otorgan legitimidad a la actividad formativa, al tiempo que incrementan su atractivo y accesibilidad para los profesionales.

> *"tiene que estar certificada, tiene que haber incentivos… no me dan horas lectivas, tengo más carga de trabajo… Esto me sirve para mi desarrollo profesional".*

Subdominio: Formación dirigida al personal no-sanitario

Se evidencia una falta de formación institucional previa en colectivos no sanitarios, lo que genera desigualdad de capacidades dentro del centro. La capacitación aparece como necesidad para homogeneizar mínimos de actuación y reducir la vulnerabilidad organizativa. El discurso amplía el concepto de "equipo asistencial" incorporando al personal no sanitario como parte activa del abordaje preventivo. Se construye la formación como un recurso que debe alcanzar a toda la organización, no solo a perfiles clínicos.

> *"Desde personal de limpieza, celadores hasta el cargo más elevado, todo el mundo".*

> *"Es que todos debemos ser agentes de prevención, tenemos que estar todos formados y también forman parte del equipo de prevención (personal de limpieza pueden escuchar cosas en el baño o pueden saber si está pasando por un TCA o por lo que sea). Entonces ¿por qué tenemos que menospreciar y hacer este tipo de formaciones para cargos más altos? ya que todos pueden jugar un papel esencial en la prevención".*

1) Función de observación y detección inicial de señales de alerta

Las personas participantes atribuyen al personal no sanitario un papel relevante en la vigilancia cotidiana y el reconocimiento temprano de señales de alerta, especialmente en los primeros momentos de contacto con el servicio. En los discursos, su contribución se sitúa en una detección inicial no clínica, basada en la observación de indicadores de riesgo y en la capacidad de activar una respuesta temprana mediante la derivación o el aviso al profesional sanitario correspondiente. De este modo, la formación se orienta a reforzar su capacidad para identificar situaciones potencialmente vulnerables y actuar como un mecanismo preventivo en fases iniciales. Se reconoce que la atención comienza antes del acto clínico.

> *"son quienes reciben y quienes despiden, y luego los que observan y detectan. Yo creo que sí es importante, darles formación de observación, sí, y de cierta detección…"*

> *"factores de riesgo…si yo, me pongo en la piel, hay que estar en la recepción y llega un menor y estoy viendo factores de riesgo. A lo mejor puedo llamar a un médico para que venga de forma urgente"*

Asimismo, el discurso amplía el marco de prevención más allá del centro sanitario, incorporando la necesidad de formar a otros actores que intervienen en contextos de crisis, como las fuerzas y cuerpos de seguridad. Esta perspectiva refleja una comprensión intersectorial del riesgo y de la continuidad asistencial, en la que diferentes profesionales participan en la detección, contención y canalización hacia recursos adecuados.

> *"y no solo a estos profesionales no sanitarios en régimen sanitario, también habría que extenderlo a otros profesionales como las fuerzas del orden público, que también traen a los pacientes a las salas de urgencias."*

2) Competencias emocionales y comunicativas como núcleo de la formación

En relación con los contenidos formativos que se deberían impartir al personal no sanitario, las y los participantes no priorizan conocimientos clínicos especializados, sino habilidades relacionales que permitan ofrecer una atención segura, respetuosa y humanizada. Se destaca la importancia de habilidades básicas de comunicación, el trato adecuado a infancia y adolescencia, y la capacidad de acompañar y contener situaciones de malestar en espacios de espera o recepción. Estas competencias se consideran esenciales para

mejorar la experiencia de atención desde el primer contacto y favorecer un entorno asistencial más accesible y protector.

> *"habilidades básicas de comunicación. Cuestiones básicas sobre el trato a la infancia y la adolescencia. ¿Cómo acercarse a un niño que está montando un pollo en la sala de espera o corriendo de arriba abajo? Todas las grandes empresas tienen una formación de atención al cliente. Nuestros clientes tienen que ser bien atendidos desde la ventanilla. Claro que sí, por supuesto."*

En esta línea, se señala que el personal administrativo y de recepción desempeña un rol clave por su posición de "puerta de entrada", ya que los primeros intercambios pueden influir de manera significativa en la percepción de seguridad, confianza y disposición del menor y su familia.

> *"esa formación del personal… de administración es clave, sobre todo en todo lo relacionado con las habilidades socioemocionales, de comunicación y de acompañamiento. Los primeros momentos… marcan profundamente".*

Vinculado a ello, aparece la figura del *gatekeeper*, entendida como un perfil no clínico con formación básica orientada a detectar señales, ofrecer una primera respuesta adecuada y facilitar la derivación hacia personas/recursos pertinentes.

> *"está apareciendo la figura del gatekeeper… personas sin conocimiento clínico médico… pueden ayudar… en la prevención… detectar algunas señales… y canalizar a los recursos… tener unos conocimientos básicos… fundamental".*

5. Temas emergentes surgidos del discurso en el GD

En el transcurso del GD surgieron temas emergentes no contemplados en el guion original, los cuales se presentan a continuación.

TEMAS EMERGENTES SURGIDOS DEL DISCURSO EN EL GD
Formación reglada: formación universitaria y especializada
Estructura organizativa y modelos de gestión de la atención sanitaria

1. Formación reglada: formación universitaria y especializada

Como tema central las y los participantes describen carencias de formación reglada en áreas consideradas críticas durante etapas formativas clave en algunas especialidades especialmente en el MIR/EIR/PIR y otros itinerarios oficiales. Esta ausencia se percibe como un vacío sistemático que condiciona el aprendizaje profesional desde el inicio, y se interpreta como un problema estructural más que individual. En este sentido, se remarca que la residencia constituye un punto determinante para consolidar competencias en AP, y que no incluir estos contenidos desde esa etapa dificulta su incorporación posterior en la práctica clínica.

> *"Una de las claves de la formación AP empieza en la residencia. Como no empecemos en la residencia no tenemos nada que hacer".*

> *"no tenemos formación en la vía MIR de salud mental ninguno tenemos formación, algunos los interesados vamos haciendo cursos y vamos haciendo cosas…".*

Esta falta de preparación formal se señala con especial intensidad en ámbitos vinculados a la salud mental de la población infantil y adolescente y a problemáticas socialmente sensibles, anteriormente analizadas como la identidad de género, autolesiones y la conducta suicida. Según los discursos recogidos, estos temas continúan generando incomodidad en los entornos clínicos y formativos, lo que se interpreta como una manifestación de estigma persistente. La ausencia de contenidos oficiales contribuye, por tanto, a mantener estas áreas en una posición marginal dentro de la formación sanitaria. Como consecuencia directa, durante el discurso expresan inseguridad clínica y sensación de falta de preparación para abordar situaciones complejas en consulta.

> *"porque como no lo tenemos en el MIR y es tema mental, identidad de género, autolesiones, suicidios, chirría. Sigue siendo un estigma y, además, como no estamos formados, estamos inseguros".*

Finalmente, se menciona que incluso cuando existen programas formativos oficiales recientes, su tratamiento del abordaje de la salud mental en AP se percibe como insuficiente, destacándose omisiones relevantes (por ejemplo, la ausencia explícita del suicidio). Esto refuerza la idea de que el problema no es solo la falta de formación, sino también la escasa presencia y profundidad de estos contenidos en los marcos normativos actuales.

> *"en el programa formativo de la especialidad de Medicina de Familia que salió, el año pasado y salió publicado en el BOE cuando te vas a lo*

que son los aspectos de lo que tiene que ver con el abordaje de la salud mental en la consulta de AP, es muy escueto…. aspectos que no se abordan dentro del programa formativo, el suicidio ni tan siquiera se menciona en el programa".

2. Estructura organizativa y modelos de gestión de la atención sanitaria

a. Modelo "Hospitalocentrista" en el abordaje de la salud mental y prevención del suicidio: centralidad del hospital y desplazamiento de la Atención Primaria

Las personas participantes describen la atención del suicidio en población infantil y adolescente, como un modelo asistencial que sitúa al hospital tanto en la atención como en la formación, relegando la AP y los dispositivos comunitarios a un rol secundario. Esto puede generar, en algunos casos, desvinculación de la continuidad asistencial y pérdida de oportunidades de seguimiento comunitario.

En este sentido, se expresa un acuerdo explícito respecto a la orientación del sistema:

"Sí, estoy de acuerdo con que el abordaje del suicidio, se está dando en un modelo como mucho más hospitalocentrista. Es decir, que es un modelo en el que de atención que se prioriza el hospital como un eje central y exclusivo del sistema sanitario..."

"está todo como muy relegado al hospital, pues porque tiene muchísimo más recursos que Primaria, pues al final esto también es una cosa que hay que tener en cuenta a la hora de abordar estos problemas."

Este enfoque se asocia, en la atención de las tentativas de suicidio, donde la respuesta asistencial en algunos entornos se articula desde urgencias hospitalarias. La mayoría de los casos no acceden inicialmente por AP, sino que lo hacen tras una situación de crisis, configurándose urgencias hospitalarias como el dispositivo clave desde el que se activan los itinerarios asistenciales.

"En este enfoque, el hospital no solo es el principal lugar de tratamiento de urgencias, emergencias y problemas graves, sino que es el punto de referencia para cualquier problema o necesidad de salud, relegando la AP en un papel secundario".

"Yo creo que en muchas ocasiones la primera visita que se hace es cuando están ya mal y han realizado algún gesto autolítico y AP se entera a

posteriori de ese problema de salud cuando creo que desde AP se podría hacer el enfoque preventivo".

Esta percepción se refuerza con la experiencia de que, tras la atención inicial, los casos se derivan mayoritariamente a unidades especializadas de salud mental infanto-juvenil, sin retorno habitual a AP.

"La mayor parte de las veces los casos de tentativas de suicidio… van a las unidades… y no vuelven a Primaria".

Asimismo, de manera coherente con esta centralidad hospitalaria en la atención, las personas participantes señalan que la formación sobre suicidio se estructura también con frecuencia desde unidades hospitalarias hacia AP, en función de las dinámicas territoriales.

"Es verdad que, dependiendo de las zonas o las comunidades, se está haciendo formación desde Salud Mental hospitalaria hacia AP".

b. Coordinación asistencial como condición de efectividad

Se identifica que la formación se considera necesaria pero insuficiente. La efectividad de la formación depende de la organización del sistema, especialmente de la existencia de circuitos funcionales de coordinación asistencial. En ausencia de estas condiciones, consideran que la formación no produce cambio por sí sola si no que requiere que la estructura organizativa permita aplicar el conocimiento adquirido en práctica.

"Pero una formación sin una buena coordinación, sin un buen apoyo entre los equipos o es difícil que resulte efectiva, lo estamos viendo, por lo menos en mi Comunidad".

Esta coordinación es especialmente importante en población vulnerable ya que su abordaje requiere de una organización estructural basada en equipos interdisciplinares, con circuitos claros y rutas asistenciales definidas, acompañadas de mecanismos sistemáticos de seguimiento y evaluación para garantizar continuidad, equidad y mejora de resultados.

"necesitamos estructurar equipos interdisciplinares integrales, con mecanismos mucho más claros, con itinerarios muy específicos, especialmente para los colectivos más vulnerables, y hacer un seguimiento y hacer una evaluación"

Se demanda además un mapa de clarificación de roles. Se considera importante identificar funciones, responsabilidades en esos circuitos (deriva-

ción, coordinación entre actores y recursos disponibles). La ambigüedad de roles genera inseguridad operativa y frena la toma de decisiones coordinadas.

> *"Hay que identificar los roles de cada uno de los actores y qué función tienen. Es decir, mi función es X, sé a quién tengo que derivar o a quién tengo que dirigirme …cómo y quién coordinarse entre todos los diferentes actores."*

c. Tiempo asistencial como limitación estructural

El tiempo asistencial se configura como otra barrera estructural que dificulta la implementación de intervenciones en salud mental en AP. La falta de tiempo limita la aplicación real de lo aprendido en formación afectando la capacidad de respuesta. Las y los participantes describen el tiempo como un problema persistente y estructural, no como una dificultad puntual o individual.

> *"siempre en AP tenemos un problema importantísimo de tiempo".*

El tiempo además se vincula a una dimensión relacional: sin una duración suficiente, resulta difícil generar confianza y obtener información clave para una evaluación adecuada. La brevedad de la consulta limita la profundidad del intercambio, reduce la calidad del vínculo terapéutico y condiciona la capacidad de intervención. En este sentido, se señala que las consultas cortas dificultan que el paciente exprese aspectos íntimos y significativos, fundamentales para un abordaje efectivo en salud mental.

> *"Yo pienso que no, las consultas médicas en AP son de mínima duración y es necesario más tiempo para que los pacientes se "abran" y cuenten detalles de su vida más íntima."*

La formación se vuelve menos efectiva cuando las condiciones del entorno asistencial no permiten desplegar competencias que requieren tiempo y continuidad. Además, el discurso muestra que el tiempo disponible no es homogéneo entre profesionales, lo que genera diferencias en la capacidad de abordaje según el contexto territorial (p. ej., rural frente a otros entornos). Esta variabilidad apunta a una inequidad estructural, ya que el acceso a una atención en salud mental más completa queda condicionado por el lugar donde se presta la asistencia.

> *"yo, que trabajo en un contexto rural, que yo tengo todo el tiempo del mundo, con lo cual puedo hacer abordajes estupendísimos de salud mental, pero es verdad que no todos los compañeros gozan de lo mismo"*

Discusión

El uso mixto de metodologías utilizado en la elaboración de este informe, revisión documental y GD, ha permitido construir una comprensión más amplia y contextualizada del fenómeno objeto de análisis sobre la formación en salud mental y suicidio en población infantil y adolescente para personal de AP, integrando tanto el análisis de marcos normativos, recomendaciones y evidencias disponibles, como las experiencias y significados atribuidos por las personas participantes en el GD. La revisión documental ha aportado una base teórica para identificar tendencias, enfoques predominantes y vacíos en la formación y en los modelos de atención, mientras que el GD ha permitido profundizar en cómo estos elementos se viven, se interpretan y se traducen (o no) en la realidad asistencial.

De este modo, el análisis no se limita a describir déficits o necesidades, sino que permite comprender los mecanismos organizativos, culturales y emocionales que los sostienen y que condicionan la capacidad de respuesta de AP y permite sostener conclusiones más fundamentadas, conectando la evidencia disponible con los relatos profesionales y orientando recomendaciones más ajustadas al contexto real de la práctica clínica.

La revisión bibliográfica pone de manifiesto la escasez de evidencia científica sobre formación del personal de AP en salud mental y abordaje del suicidio en población infantil y adolescente. Aunque se identificó un volumen amplio de referencias, pocos documentos cumplieron los criterios de inclusión, lo que obligó a complementar la evidencia mediante búsqueda manual. Esta ausencia resultó especialmente evidente en el abordaje de la conducta suicida, que tiende a aparecer con mayor frecuencia en contextos formativos centrados en la clínica individual, y no en aquellos que incorporan un enfoque basado en los determinantes sociales.

Los resultados de los estudios incluidos coinciden en señalar que la AP afronta situaciones de elevada complejidad clínica en salud mental, lo que exige competencias específicas para intervenir en escenarios de riesgo como la conducta suicida. En este marco, la capacitación del personal de AP emerge como un elemento central para mejorar la evaluación y el abordaje de la ideación y la conducta suicidas. Sin embargo, los estudios identifican que las necesidades formativas no se explican únicamente por déficits de conocimiento, sino también por limitaciones estructurales y organizativas, especialmente relacionadas con la coordinación entre niveles asistenciales. En esta línea, se observa una alta demanda de formación, particularmente entre pro-

fesionales con menor experiencia, junto con la identificación de la colaboración con equipos especializados en salud mental como una prioridad para facilitar un manejo más seguro y efectivo de los casos.

Asimismo, los estudios analizados apuntan a que la formación resulta más útil cuando se orienta al desarrollo de habilidades aplicadas mediante metodologías prácticas y experienciales, como el trabajo en grupos pequeños o la simulación de casos. De forma complementaria, se destaca la relevancia de componentes relacionales, especialmente la empatía y las habilidades comunicacionales, como factores determinantes para establecer una relación clínica adecuada con población joven en situación de vulnerabilidad. Aunque la formación puede aumentar la confianza profesional y favorecer actitudes empáticas, los hallazgos también muestran que estos efectos no siempre se traducen automáticamente en la reducción de actitudes negativas, lo que refuerza la necesidad de propuestas formativas que incluyan espacios reflexivos y de supervisión.

Los organismos internacionales coinciden en recomendar el fortalecimiento de capacidades en AP mediante la incorporación de contenidos de salud mental en la formación universitaria y la formación continuada; sin embargo, persiste una falta de concreción en la implementación[22-24]. Las recomendaciones suelen presentarse de manera general, sin detallar competencias prioritarias, contenidos estandarizados, formatos para las capacitaciones, ni mecanismos de apoyo organizativo, lo que puede derivar en una aplicación desigual y en programas heterogéneos. En consecuencia, la formación corre el riesgo de quedar limitada a iniciativas puntuales, poco sistemáticas y con escasa sostenibilidad. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de avanzar hacia propuestas formativas más estructuradas e integrales, que combinen competencias clínicas, comunicacionales y relacionales, incorporen metodologías activas y cuenten con condiciones organizativas que permitan trasladar el aprendizaje a la práctica asistencial de manera efectiva.

En relación a los programas formativos analizados ofertado en las CCAA se identifica en primer lugar, que la formación específica sobre conducta suicida en población infantil y adolescente es minoritaria, lo que resulta relevante dada la vulnerabilidad de este grupo y la importancia de la detección e intervención temprana desde AP. Esta escasa presencia sugiere una brecha entre las prioridades recogidas en marcos estratégicos nacionales e internacionales (revisados en este informe) y la oferta formativa disponible en la práctica. Cuando ésta existe, se centra de manera casi exclusivamente en contenidos clínicos generales, con escasa incorporación de determinantes sociales e interseccionalidad. Esta falta de enfoque integral limita la comprensión del riesgo suicida y dificulta la identificación de factores contextuales y estructurales que influyen en el malestar psicológico. Esta carencia puede reducir la capacidad de diseñar intervenciones

sensibles y adaptadas a contextos diversos, especialmente en infancia y adolescencia, donde el entorno familiar, escolar y comunitario es determinante.

Respecto al GD se observó un alto grado de consenso entre las y los participantes. No se identificaron discrepancias ni se expresaron opiniones divergentes, lo que indica una visión compartida sobre los aspectos tratados y una valoración homogénea de los temas analizados. En referencia a los determinantes sociales, se pone de relieve que la conducta suicida en población infantil y adolescente no puede interpretarse únicamente desde un enfoque individual o clínico, sino como un fenómeno fuertemente condicionado por determinantes sociales, familiares, culturales y económicos. Estos determinantes constituyen un marco clave para comprender cómo se configura y expresa el malestar, así como las oportunidades reales de detección e intervención temprana desde AP. Tanto en el discurso del GD así como en las entrevistas de profundidad, se destacan dimensiones como raza/etnia, migración, religión/espiritualidad, género e identidad de género, orientación sexual, discapacidad y estatus socioeconómico, entendidas de forma interrelacionada y asociadas a desigualdades en la exposición a adversidades, el acceso a recursos y la respuesta institucional. En particular, el proceso migratorio se describe como una experiencia compleja marcada por pérdidas, rupturas identitarias y reconfiguración de redes de apoyo, donde el racismo y la discriminación, especialmente en el entorno escolar, incrementan el malestar y la sensación de no pertenencia. Se identifica la expresión del sufrimiento como un elemento inespecífico en su presentación, lo que exige evaluaciones sensibles al contexto sociocultural para evitar interpretaciones reduccionistas. La religión y la espiritualidad aparecen con un papel ambivalente, actuando como factor protector o de riesgo según su función en el entorno familiar y comunitario. Del mismo modo, la identidad de género y la orientación sexual se vinculan al riesgo no por sí mismas, sino por el impacto del estigma, la exclusión y la falta de espacios seguros, lo que refuerza la importancia de intervenciones centradas en el apoyo y la reducción de barreras sociales. La discapacidad emerge como otro elemento infra-reconocido, y asociado a una alta carga de malestar sostenida en el tiempo, donde el aislamiento, el acoso y el estigma actúan como mecanismos centrales de daño psicológico. De la misma manera, el estatus socioeconómico genera dificultades para su exploración en consulta por vergüenza y/o estigmatización.

Estos resultados evidencian que la incorporación insuficiente del contexto social y cultural en la evaluación clínica, junto con barreras comunicativas (idioma, falta de enfoque transcultural), limita la capacidad de respuesta de AP y puede retrasar la detección en colectivos vulnerables.

En este sentido la formación dirigida al personal de AP se identifica como un elemento clave para fortalecer esa capacidad de respuesta. En el GD y en las entrevistas de profundidad se identifica un déficit formativo relevante, percibido como insuficiente, poco sistemático y desigual, a menudo dependiente de la motivación individual, lo que genera variabilidad en competencias y limita una respuesta homogénea ante situaciones de riesgo. Se propone que la formación sea multiprofesional, comunitaria e intersectorial, y se plantea la necesidad de reforzar la formación y la práctica clínica con una perspectiva sensible a la diversidad cultural/transcultural, y a los determinantes sociales, con el fin de evitar enfoques exclusivamente patologizantes y mejorar la alianza terapéutica y garantizar una atención segura, especialmente en escenarios atravesados por discriminación, precariedad y exclusión. Asimismo, se demanda combinar un marco teórico sólido con entrenamiento práctico aplicado, priorizando metodologías participativas presenciales (simulación, *role playing* y práctica supervisada) para mejorar la seguridad profesional y el manejo de situaciones complejas. Sin embargo y a pesar de que la formación de los y las profesionales puede optimizarse y contribuir a mejorar la identificación, evaluación e intervención ante el riesgo de suicidio, no todos los suicidios son evitables. El comportamiento suicida es un fenómeno complejo y multifactorial, en el que interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales. Por ello, incluso con una atención de alta calidad y una adecuada capacitación de los y las profesionales, no siempre es posible prevenir todos los casos.

En el GD y en las entrevistas de profundidad así como en la literatura revisada[14], se valora especialmente la inclusión de personas supervivientes/sobrevivientes, así como de integrantes de colectivos en situación de vulnerabilidad, como el colectivo LGTBIQ+, como un recurso pedagógico de alto impacto que puede reforzar los contenidos formativos, aunque se subraya la necesidad de criterios claros de selección y acompañamiento profesional, para garantizar un entorno formativo seguro tanto para quienes comparten su experiencia como para quienes la reciben. Se identifica en el GD y en las entrevistas de profundidad, en línea con lo encontrado en el artículo de Moriarty et al. 2021[12], la empatía como un factor determinante en la relación clínica con jóvenes, así como la comunicación y competencias socioemocionales como base del vínculo terapéutico. Aspectos que deben ser considerados incluir en los cursos de formación.

Finalmente, se identifican una serie de elementos que de algún modo limitan la implementación efectiva de la formación al personal de AP y su traducción en cambios sostenidos en la práctica clínica. Señalan que la falta de obligatoriedad de la formación constituye un obstáculo relevante, ya que la convierte en una cuestión de voluntarismo e iniciativas personales; se

identifica la carga emocional asociada al abordaje del suicidio como un factor que puede actuar como freno para la intervención al percibir inseguridad y temor a "no saber hacerlo bien"; o miedo a preguntar directamente por suicidio, entendido no solo como una dificultad técnica, sino como una barrera emocional y cultural que afecta a la comunicación clínica. A ello se suma la percepción de falta de recursos comunitarios, descrita como un límite que reduce la capacidad real de actuar incluso cuando se dispone de formación. En este contexto, se plantea la necesidad de institucionalizar la formación, dotándola de reconocimiento formal mediante certificación, otros incentivos y mecanismos que garanticen su continuidad.

El análisis de la formación al personal de AP, se amplía el foco hacia el personal no sanitario**,** que es reconocido como un actor relevante en la prevención por su papel en el primer contacto, la observación cotidiana y la detección inicial de señales de alarma**.** Esta mirada refuerza que la salud mental y prevención del suicidio requiere una respuesta organizativa amplia, transversal e intersectorial, que implique a todo el personal del centro de salud y no se limite exclusivamente a perfiles clínicos, integrando funciones complementarias orientadas a la identificación, la acogida y la derivación segura.

Estos hallazgos obtenidos en la literatura, así como en el GD y en las entrevistas de profundidad apuntan a que la respuesta a la salud mental y prevención del suicidio en población infantil y adolescente no depende únicamente del aumento de competencias individuales mediante formación, sino además de transformaciones organizativas que reequilibren el papel de la AP, fortalezcan la coordinación entre niveles y aseguren condiciones de práctica, especialmente tiempo y circuitos claros, que permitan una atención preventiva, comunitaria y continuada.

Conclusiones

- El enfoque metodológico mixto empleado en este informe, basado en una revisión bibliográfica y un Grupo de Discusión ha permitido una comprensión más completa y contextualizada de la formación en salud mental y prevención del suicidio en infancia y adolescencia en AP, integrando evidencias, marcos normativos y experiencias reales del entorno asistencial.
- La revisión documental ha facilitado la identificación de tendencias y enfoques predominantes, así como de vacíos relevantes en la formación y en los modelos de atención. En paralelo, el Grupo de Discusión ha aportado información cualitativa clave sobre cómo estos elementos se aplican (o no) a la realidad asistencial.
- El abordaje de la salud mental y conducta suicida, tiende a aparecer con mayor frecuencia en contextos formativos centrados en la clínica, pero no cuando se incorpora un enfoque basado en los determinantes sociales.
- La evidencia científica señala que la formación del personal de Atención Primaria en el abordaje de la salud mental y prevención del suicidio en población infantil y adolescente es limitada. A pesar del volumen de referencias identificadas, solo una proporción reducida cumplió los criterios de calidad establecidos, lo que pone de manifiesto una brecha significativa en la literatura disponible.
- Aunque los documentos estratégicos nacionales e internacionales reconocen la importancia de la capacitación del personal de AP en salud mental y prevención del suicidio, con la información obtenida, el análisis de la oferta formativa de las Comunidades Autónomas, junto con los resultados del grupo de discusión, evidencia una disponibilidad escasa de formación específica dirigida a persona de AP en suicidio en población infantil y adolescente.
- La literatura revisada y la información obtenida en el Grupo de Discusión refuerzan el papel estratégico de la Atención Primaria en la detección precoz de la conducta suicida. En este contexto, la formación se identifica como un elemento clave para mejorar la capacidad de respuesta, especialmente cuando incorpora metodologías presenciales y participativas.
- Asimismo, cobra especial importancia incorporar contenidos relacionados con los determinantes sociales de la salud y la atención a pobla-

ciones en situaciones de vulnerabilidad promoviendo enfoques inclusivos, seguros y culturalmente adecuados que complementen la formación clínica tradicional.

- Entre los factores organizativos que condicionan la formación y la práctica asistencial en AP se identifican la limitada disponibilidad de tiempo, la falta de sistematización formativa, las dificultades de coordinación entre niveles asistenciales y la persistencia de modelos hospitalocéntricos, que influyen en la calidad del abordaje en salud mental.
- El Grupo de Discusión y la literatura revisada evidencian una carencia estructural de formación reglada, tanto universitaria como especializada (MIR/EIR/PIR), en contenidos clave de salud mental infantil y adolescente, lo que limita la adquisición temprana de competencias y conduce a la formación individual posterior.
- El análisis concluye que la salud mental y prevención del suicidio requiere una respuesta organizativa transversal, que trascienda de los perfiles clínicos e incorpore al personal no sanitario de Atención Primaria, mediante estructuras colaborativas, recursos comunitarios y modelos integrados de atención.

Recomendaciones

Se presentan a continuación una serie de recomendaciones para orientar la planificación y el desarrollo de actividades formativas sobre salud mental y prevención del suicidio en población infantil y adolescente, dirigidas específicamente al personal de AP. Estas propuestas se fundamentan en la casuística, las características asistenciales y las condiciones organizativas propias de este nivel de atención, con el objetivo de mejorar su aplicabilidad clínica, favorecer la detección precoz y optimizar el abordaje de situaciones de riesgo.

Las recomendaciones se organizan en torno a tres dimensiones: enfoque, contenido y formato de la formación. Asimismo, se incorporan consideraciones complementarias no estrictamente formativas, derivadas tanto de la literatura como del Grupo de Discusión, relacionadas con agentes y factores externos que condicionan la implementación y la efectividad de la formación en AP.

Enfoque formativo

1. Impulsar y fortalecer la formación continua interdisciplinar dirigida a Atención Primaria, a través de programas específicos centrados en salud mental infanto-juvenil, priorizando el desarrollo de competencias clave como la evaluación del riesgo suicida, el abordaje de las autolesiones y la atención al sufrimiento emocional.
2. Incorporar participación de personas supervivientes/sobrevivientes y colectivos vulnerables (ej. colectivo LGTBIQ+), como recurso pedagógico de alto impacto, asegurando criterios de selección, preparación previa y acompañamiento profesional para garantizar un entorno seguro.
3. Institucionalizar la formación en salud mental y prevención del suicidio, estableciendo criterios comunes, certificación e incentivos.
4. Implementar un modelo de formación troncal y modular, con una base común para todo el equipo del centro de salud y módulos específicos adaptados a cada perfil profesional (medicina de familia, enfermería de familia y comunitaria, pediatría, trabajo social, personal administrativo y otros perfiles).
5. Diseñar itinerarios formativos estructurados, progresivos y continuados, evitando acciones puntuales o aisladas, y garantizando actualización periódica de competencias.

6. Promover un enfoque multiprofesional, comunitario e intersectorial, favoreciendo la formación conjunta entre distintos perfiles y la coordinación con recursos externos a Atención Primaria (otros niveles asistenciales, educativo, social y comunitario).
7. Reforzar en la formación la complementariedad profesional y el trabajo en equipo, utilizando la formación para clarificar roles, funciones, responsabilidades y mejorar la coordinación interna.
8. Formación de guardianes o *gatekeepers* para reconocer a personas en riesgo en contextos específicos y conectarlas con los servicios de ayuda en ámbitos sociales, profesionales (como educación, servicios sociales o Atención Primaria) o comunitarios.
9. Incluir al personal no sanitario en la formación, reconociendo su papel en la acogida inicial, la detección de señales de alerta y la experiencia de atención de pacientes y familias.

Contenidos prioritarios

1. Priorizar competencias emocionales y relacionales, reforzando la escucha activa, empatía, acompañamiento y habilidades de comunicación en situaciones de alta vulnerabilidad.
2. Diferenciar en los programas formativos la capacitación general en salud mental infanto-juvenil de la formación específica en prevención y abordaje de autolesiones y conducta suicida.
3. Fortalecer la entrevista clínica y la comunicación verbal y no verbal, como competencias centrales para la detección, evaluación del riesgo y recogida de información relevante.
4. Establecer reciclajes periódicos en habilidades comunicativas y relacionales, equiparándolos a otras actualizaciones clínicas habituales (p. ej., reanimación), para mantener competencias y seguridad profesional.
5. Incorporar en la formación un enfoque integral del suicidio no patologizante, social-comunitario y culturalmente sensible, integrando de forma sistemática los determinantes sociales, el entorno familiar y comunitario, y la diversidad cultural/transcultural para mejorar la evaluación e intervención y evitar estereotipos en la atención clínica.

Formato

1. Priorizar la formación presencial, especialmente en contenidos sensibles y en el entrenamiento de habilidades interpersonales, relacionales y comunicativas. Adoptar un modelo mixto (presencial + online) cuando sea necesario, utilizando la modalidad online para contenidos teóricos y reservando la presencialidad para prácticas, supervisión y observación clínica, con el fin de mejorar accesibilidad y cobertura sin perder calidad formativa.
2. Equilibrar práctica aplicada con soporte teórico actualizado, evitando enfoques exclusivamente teóricos y orientando la formación a la toma de decisiones clínicas y al abordaje del sufrimiento.
3. Utilizar metodologías participativas, aplicadas y experienciales, como simulación, *role-play*, estudio de casos y reflexión guiada, para aumentar la seguridad profesional y la capacidad de respuesta ante situaciones reales.
4. Incorporar espacios de intercambio y aprendizaje colaborativo entre profesionales, favoreciendo la reflexión compartida y el fortalecimiento de la coordinación dentro del equipo.
5. Incorporar aprendizaje experiencial, especialmente para mejorar la atención a colectivos vulnerables (ej. colectivo LGBTQI+, población migrante), garantizando un enfoque seguro y respetuoso.

Consideraciones complementarias

1. Asegurar condiciones organizativas que faciliten y fortalezcan la formación y su aplicación en relación a las conductas suicidas en población infantil y adolescente garantizando recursos disponibles.
2. Reequilibrar el modelo asistencial para reducir el modelo centrado en el hospital "hospitalocentrismo", fortaleciendo el papel preventivo de la Atención Primaria, mejorando la continuidad asistencial comunitaria, y estableciendo circuitos definidos de derivación y seguimiento.
3. Promover y reforzar programas formativos en formación reglada (Universidad, Postgrados y formación especializada: MIR, EIR, PIR) en salud mental infantil y adolescente con especial atención a la prevención, detección e intervenciones tempranas en el abordaje de las conductas suicidas y autolesiones.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud mental de los adolescentes [Internet]. OMS; 2025 [citado 12 enero 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio [Internet]. OMS; 2025 [citado 7 enero 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

3. Instituto Nacional de Estadística (ES). Encuesta de Condiciones de Vida (ECV): Resultados [Internet]. Madrid: INE; [citado 2026 Jul 2]. Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=12959&capsel=12965

4. Diaconía España. Proyecto Zoé: prevención del suicidio es cosa de todos [Internet]. Madrid: Diaconía España; [citado 2026 Mar 12]. Disponible en: https://diaconia.es/proyecto-zoe-prevencion-del-suicidio/

5. López Marcelino, Laviana Margarita. Determinantes sociales y problemas de salud mental. Una visión general. Rdo. Asociación. Esp. Neuropsicología. [Internet]. 2024 diciembre [consultado el 12 de marzo de 2026]; 44(146): 157-179. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352024000200008&lng=es. Publicación electrónica del 7 de febrero de 2025. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352024000200008

6. Na PJ, Shin J, Kwak HR, Lee J, Jester DJ, Bandara P, Kim JY, Moutier CY, Pietrzak RH, Oquendo MA, Jeste DV. Social Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. JAMA Psychiatry. 2025 Apr 1;82(4):337-346. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.4241.

7. Scaling up mental health services within the PHC approach: lessons from the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ed9b2253-b855-4e4f-b4e1-6ccf3c18b842/content

8. Ministerio de Sanidad. Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado 12 enero 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calida-

dAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf

9. Vicente Edo MJ, Abt Sacks A, Isern de Val S. Análisis de los Programas de Formación Continuada para Profesionales de Atención Primaria en la Prevención del Suicidio y Depresión en Población Infanto-Juvenil. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2026

10. QSR International Pty Ltd. NVivo (versión 14). Melbourne (Australia): QSR International; 2023.

11. Moreira E Silva CR, Pinheiro de Almeida AP, Pequeno Galvão L, Paiva HS, Butinhon MV, Marques Périco CA, Torales J, Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM, Martins Silva AS. Issues Faced by General Practitioners in Managing Mental Health Disorders in Basic Health Units: a Cross-Sectional Study. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed). 2024;53(3):278-283. doi: 10.1016/j.rcpeng.2024.10.003.

12. Moriarty A, Nearchou F, Byrne M, Cullen W, Hennessy E. General practitioners' training and their attitudes towards young people who self-harm: A cross-sectional survey. Early Interv Psychiatry. 2021;15 (2):271-277. doi: 10.1111/eip.12936.

13. Thangada MS and Kasoju R. A systematic review of suicide risk management strategies in primary care settings. Front. Psychiatry. 2024;15:1440738. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1440738

14. Bellairs-Walsh I, Perry Y, Krysinska K, Byrne SJ, Boland A, Michail M, et al. Best practice when working with suicidal behaviour and self-harm in primary care: a qualitative exploration of young people'sperspectives. BMJ Open. 2020;10:e038855. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038855

15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política social Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02

16. Roshan MP, Martinez S, Fu K, Bonnin R, Desmarais NS. Suicide Literacy: A Call for National Training in Suicide Competencies for All Medical Doctors. Cureus. 2025 Sep 24;17(9):e93150. doi: 10.7759/cureus.93150.

17. World Health Organization (WHO). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Geneva: WHO; 2021

[citado 7 enero 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629

18. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Promoting 2SLGBTQI+ health equity [Internet]. Registered Nurses' Association of Ontario; 2021 [citado 7 enero 2026]. General Submissions: Community and Population-based Materials, 8. Disponible en: https://www.sigmarepository.org/gen_sub_cpm/8

19. Serrano-Gallardo P, Platero L, Juárez SP, Fernández Elorriaga M, Borrell LN, Romero Bachiller C, Salcedo de Diego I, Aguilar-Palacio I, Franco M, Del Río Diéguez M, Benedicto C, Bacigalupe A, Gullón Tosio P. La interseccionalidad: factor clave para estudiar e intervenir sobre las desigualdades sociales en salud [Intersectionality: a key factor for studying and addressing social inequities in health]. Gac Sanit. 2025;39:102547. doi: 10.1016/j.gaceta.2025.102547

20. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022-2026 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 2026 ene 12]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es

21. Ministerio de Sanidad. Plan de acción de salud mental 2025-2027. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado…]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf

22. World Health Organization (WHO). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 7 enero 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

23. World Health Organization (WHO). Guidance on mental health policy and strategic action plans: Module 2: Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 7 enero 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240106819

24. Panamerican Health Organization (PAHO). Salud Mental en Atención Primaria [Internet]. Washington, DC: PAHO; [citado 7 enero 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsquedas

Pubmed

#1 "Primary Health Care"[Mesh] OR "Family Practice"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh]

#2 (primary health care[Title/Abstract]) OR (primary care[Title/Abstract]) OR (general practice[Title/Abstract]) OR (family medicine[Title/Abstract]) OR (community health care[Title/Abstract])

#3 "Education, Continuing"[Mesh] OR "Capacity Building"[Mesh] OR "Competency-Based Education"[Mesh]

#4"curriculum development"[Title/Abstract:~1] OR "continuing education"[Title/Abstract:~1] OR "continuing professional development"[Title/Abstract:~1] OR "healthcare professional training"[Title/Abstract:~1] OR "suicide training"[Title/Abstract:~1] OR "capacity building"[Title/Abstract:~1] OR "competency-based education"[Title/Abstract:~1]

#5 "Suicide"[Mesh] OR "Suicide Prevention"[Mesh] OR "Depressive Disorder, Major"[Mesh] OR "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"[Mesh]

#6 suicide[Title/Abstract] OR depression[Title/Abstract] OR (suicide prevention[Title/Abstract]) OR (suicide risk management[Title/Abstract]) OR (depression management[Title/Abstract]) OR "child mental health"[Title/Abstract:~1] OR "adolescent mental health"[Title/Abstract:~1] OR "youth mental health"[Title/Abstract:~1] OR (child suicide[Title/Abstract]) OR (adolescent suicide[Title/Abstract]) OR (youth suicide[Title/Abstract]) OR (suicide early intervention[Title/Abstract]) OR "major depressive symptoms"[Title/Abstract:~1]

(#1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)

Total de artículos: 89

Embase

#1 'Primary Health Care'/exp OR 'general practice'/exp OR 'community care'/exp

#2 (‘primary health care’:ti,ab) OR (‘primary care’:ti,ab) OR (‘general practice’:ti,ab) OR (‘family medicine’:ti,ab) OR (‘community health care’:ti,ab)

#3 ‘continuing education’/exp OR ‘capacity building’/exp OR ‘competency-based education’/exp

#4 (curriculum NEXT/1 development):ab,ti OR (continuing NEXT/1 education):ab,ti OR (continuing NEXT/1 professional NEXT/1 development):ab,ti OR (healthcare NEXT/1 professional NEXT/1 training):ab,ti OR (suicide NEXT/1 training):ab,ti OR (capacity NEXT/1 building):ab,ti OR (competency NEXT/1 based NEXT/1 education):ab,ti

#5 Suicide/exp OR ‘Suicide Prevention’/exp OR ‘major depression’/exp OR ‘treatment resistant depression’/exp

#6 suicide:ti,ab OR depression:ti,ab OR ‘suicide prevention’:ti,ab OR ‘suicide risk management’:ti,ab OR ‘depression management’:ti,ab OR (child NEXT/1 mental NEXT/1 health):ti,ab OR (adolescent NEXT/1 mental NEXT/1 health):ti,ab OR (youth NEXT/1 mental NEXT/1 health):ti,ab OR ‘child suicide’:ti,ab OR ‘adolescent suicide’:ti,ab OR ‘youth suicide’:ti,ab OR ‘suicide early intervention’:ti,ab OR (major NEXT/1 depressive NEXT/1 symptoms):ti,ab

(#1 AND #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)

Total de artículos: 10

Cochrane

#1 (“primary health care” OR “primary care” OR “general practice” OR “family medicine” OR “community health care”):ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#2 ((curriculum development) OR (continuing education) OR (continuing professional development) OR (healthcare professional training) OR (suicide training) OR (capacity building) OR (competency-based education)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#3 (suicide OR depression OR (suicide prevention) OR (suicide risk management) OR (depression management) OR (child mental health) OR (adolescent mental health) OR (youth mental health) OR (child suicide) OR (adolescent suicide) OR (youth suicide) OR (suicide early intervention) OR (major depressive symptoms)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#4 #1 AND #2 AND #3

Total de artículos: 5

CINAHL / PsycINFO

SU ((primary health care) OR (primary care) OR (general practice) OR (family medicine) OR (community health care)) AND SU ((curriculum development) OR (continuing education) OR (continuing professional development) OR (healthcare professional training) OR (suicide training) OR (capacity building) OR (competency-based education)) AND SU (suicide OR depression OR (suicide prevention) OR (suicide risk management) OR (depression management) OR (child mental health) OR (adolescent mental health) OR (youth mental health) OR (child suicide) OR (adolescent suicide) OR (youth suicide) OR (suicide early intervention) OR (major depressive symptoms))

Total de artículos: 14

Web of Science

TS=("primary health care" OR "primary care" OR "general practice" OR "family medicine" OR "community health care") AND TS=("curriculum development" OR "continuing education" OR "continuing professional development" OR "healthcare professional training" OR "suicide training" OR "capacity building" OR "competency-based education") AND TS=(suicide OR depression OR (suicide prevention) OR (suicide risk management) OR (depression management) OR (child mental health) OR (adolescent mental health) OR (youth mental health) OR (child suicide) OR (adolescent suicide) OR (youth suicide) OR (suicide early intervention) OR (major depressive symptoms))

Total de artículos: 45

LILACS

("atención primaria" OR "medicina de familia" OR "atención comunitaria") AND ((formación continuada) OR (educación continuada) OR (desarrollo profesional) OR (marco formativo) OR (cursos de formación) OR capacitación OR (educación basada en competencias)) AND (suicidio OR depresión OR (prevención manejo suicidio infanto-juvenil) OR (prevención manejo depresión infanto-juvenil) OR (prevención suicidio) OR (gestión riesgo suicidio) OR (gestión depresión) OR (salud mental niños adolescentes) OR (salud mental jóvenes) OR (suicidio niños adolescentes) OR (intervención temprana suicidio) OR (síntomas depresivos graves))

Total de artículos: 23

SciELO

((atención primaria) OR (medicina de familia) OR (atención comunitaria)) AND ((formación continuada) OR (educación continuada) OR (desarrollo profesional) OR (marco formativo) OR (cursos de formación) OR capacitación OR (educación basada en competencias)) AND (suicidio OR depresión OR (prevención manejo suicidio infanto-juvenil) OR (prevención manejo depresión infanto-juvenil) OR (prevención suicidio) OR (gestión riesgo suicidio) OR (gestión depresión) OR (salud mental niños adolescentes) OR (salud mental jóvenes) OR (suicidio niños adolescentes) OR (intervención temprana suicidio) OR (síntomas depresivos graves))

Total de artículos: 5

Anexo 2. Otras fuentes de información consultadas

Google Scholar

("primary health care" OR "primary care" OR "general practice" OR "family medicine" OR "community health care") AND ("curriculum development" OR "continuing education" OR "continuing professional development" OR "healthcare professional training" OR "suicide training courses" OR "capacity building" OR "competency-based education") AND (suicide OR depression OR "suicide prevention" OR "suicide risk management" OR "depression management" OR "child mental health" OR "adolescent mental health" OR "youth mental health" OR "child suicide" OR "adolescent suicide" OR "youth suicide" OR "suicide early intervention" OR "major depressive symptoms") AND (criteria* OR planning OR development OR design OR implementation OR method* OR guideline* OR pattern* OR rule* OR guide OR standard*)

https://scholar.google.es/scholar?q=%28%E2%80%9Cprimary+health+care%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cprimary+care%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cgeneral+practice%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cfamily+medicine%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Ccommunity+health+care%E2%80%9D%29+AND+%28%E2%80%9Ccurriculum+development%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Ccontinuing+education%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Ccontinuing+professional+development%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Chealthcare+professional+training%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Csuicide+training+courses%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Ccapacity+building%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Ccompetency-based+education%E2%80%9D%29+AND+%28suicide+OR+depression+OR+%E2%80%9Csuicide+prevention%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Csuicide+risk+management%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cdepression+management%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cchild+mental+health%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cadolescent+mental+health%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cyouth+mental+health%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cchild+suicide%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cadolescent+suicide%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cyouth+suicide%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Csuicide+early+intervention%E2%80%9D+OR+%E2%80%9Cmajor+depressive+symptoms%E2%80%9D%29+AND+%28criteria*+OR+planning+OR+development+OR+design+OR+implementation+OR+method*+OR+guideline*+OR+pattern*+OR+rule*+OR+guide+OR+standard*%29&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2020&as_yhi=

TESEO

Sin resultados.

DIALNET

("atención primaria" OR "medicina de familia" OR "atención comunitaria") AND (formación OR educación OR desarrollo) AND (suicidio OR depresión)

https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querysDismax.DOCUMENTAL_TODO=(%E2%80%9Catenci%C3%B3n%20primaria%E2%80%9D%20OR%20%E2%80%9Cmedicina%20de%20familia%E2%80%9D%20OR%20%E2%80%9Catenci%C3%B3n%20comunitaria%E2%80%9D)%20AND%20(formaci%C3%B3n%20OR%20educaci%C3%B3n)%20AND%20(suicidio%20OR%20depresi%C3%B3n)

Anexo 3. Organizaciones nacionales e internacionales consultadas

Nacionales

Ministerio de Sanidad

Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022-2026 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 2026 ene 12]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm

Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. Versión 9 de mayo de 2022. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf

Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado 2026 ene 12]. Disponible en : https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf

Ministerio de Sanidad. Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado 12 enero 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf

Internacionales

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029

Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Guidance on mental health policy and strategic action plans* [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 12 Ene 2026]. Disponible en: https://www.mhinnovation.net/resources/guidance-mental-health-policy-and-strategic-action-plans

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Organización Panamericana de la Salud. Salud mental en atención primaria [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 2026 Ene 12]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria

Anexo 4. Parrilla de extracción de datos

DOCUMENTO
Resumen
Contribución a criterios de formación en Atención Primaria
Otros comentarios

Anexo 5. Guión para el grupo de discusión

Primer bloque: determinantes sociales de la salud en el abordaje del suicidio en la infancia y la adolescencia

Pregunta 1: Raza, etnia, religión, espiritualidad y cultura

- ¿Creéis que hay diferencias relacionados con el origen o la pertinencia a una religión, raza o cultura? ¿Cuáles son las diferencias que lo distinguen de otra población? ¿Consideráis la religión, raza o cultura como algo específico que necesita un abordaje concreto? ¿Qué tipo de abordaje?

Pregunta 2: orientación sexual e identidad de género

En cuanto a la identidad y roles de género se refiere:

- ¿De qué manera consideráis que afecta el género en la población infantil y adolescente? ¿Consideran que se tiene en cuenta en los entornos sanitarios (ej. centro de salud) en la forma de atención? ¿Cómo se debería abordar?

En cuanto a la orientación sexual:

- ¿Consideráis que una persona (LGTBIQ+) genera discriminación institucional en la sanidad pública? ¿cómo se manifiesta dicha discriminación? ¿de qué manera se debería abordar? ¿Qué se necesitaría? ¿están los y las profesionales sanitarias suficientemente concienciados/formados en este ámbito?

Pregunta 3. Discapacidad

- ¿Qué tipo de formación consideráis indispensable para los profesionales de Atención Primaria sobre jóvenes con discapacidad y salud mental?

Pregunta 4. Estatus económico

- ¿Consideran que la formación actual en Atención Primaria les prepara adecuadamente para identificar y abordar el riesgo de suicidio en niños, niñas y jóvenes en contextos de vulnerabilidad económica?

Pregunta 5 para finalizar el primer bloque:

- ¿Cómo creéis que se debería abordar todos estos determinantes sociales en Atención Primaria?
- ¿consideráis que con formación en Atención Primaria sobre el impacto de estos factores en suicidio infantil y adolescente sería un avance importante? ¿Qué se necesitaría? ¿Cómo se podría hacer? ¿Quién lo debería hacer? ¿Qué competencias o herramientas creen que deberían reforzarse en su formación continuada?

Segundo bloque: formación en Atención Primaria en suicidio infantil y adolescente

Pregunta 6: formación en Atención Primaria

- ¿Qué papel creéis que juega la Atención Primaria en la salud mental de los niñas, niños y adolescentes?
- ¿Consideráis la formación como uno de los mecanismos más importantes para el abordaje del suicidio infantil y adolescente en Atención Primaria?

Pregunta 7: Enfoque de la formación

- ¿Creéis que se está dando este modelo "hospitalocentrista" en el tema del suicidio infantil y adolescente?
- ¿Creéis que la formación actual tiene un enfoque muy biomédico y no responde a las necesidades de la salud mental de la población infantil y adolescente?
- ¿Consideráis que está al mismo nivel en la consulta abordar la salud mental que el resto de problemas de salud?
- ¿Echáis en falta una formación comunitaria y multiprofesional para el abordaje del suicidio infantil y adolescente donde se aborden otros factores (como los hablados en el primer bloque)?
- ¿Creéis que es útil que los profesionales de salud aprendan de competencias emocionales, comunicación con los y las pacientes, escucha, etc.?
- ¿Pensáis que sería importante incluir en la formación temas sobre experiencias difíciles de vida (como el *bullying* o la violencia en la familia etc.), que están muy relacionadas con el suicidio?

- ¿Qué otros factores echáis en falta que se debería incluir en la formación a profesionales en Atención Primaria y que no se hace?
- ¿Consideráis que la formación en Atención Primaria tiene que ser específica para este contexto y profesionales?
- ¿Qué opináis respecto a la formación en Atención Primaria, es mejor formación conjunta con todos los profesionales o según áreas de conocimiento? ¿Por qué? ¿Qué valor tiene hacerlo?
- ¿Creéis que es importante que las personas supervivientes y sobrevivientes/familiares etc. formen parte del equipo docente? ¿Por qué? ¿Cómo/de qué manera?
- ¿Consideráis también importante que personas de otros ámbitos (ej. educación, ámbito social, organizaciones sociales/comunitarias etc.) formar parte del equipo docente?
- ¿Consideráis que la formación enfocada al suicidio infantil y adolescente tendría que ser presencial? ¿Qué formato creéis es mejor para la formación ej. Online, presencial, mixta…etc.?

Pregunta 8: formación a personal no sanitario en Centros de Salud

- ¿Es necesaria esta formación en este colectivo? ¿Por qué?
- ¿Qué tipo de formación debería ser (ej. comunicación, detección y evaluación del riesgo …etc.)? o ¿tendría que ser la misma que a la de profesionales sanitarios?
- ¿debería ser su formación conjunta con todos los profesionales sanitarios o separada?

Pregunta 9: para finalizar el segundo bloque:

- ¿Qué característica/tema/ contenido etc. especifico se debería incluir en la formación en Atención Primaria sobre suicidio infanto-juvenil que no se esté haciendo ahora?
- ¿Qué recomendaciones haríais para que la formación fuera más efectiva? (de forma general).
- ¿Hay algún aspecto que no hemos tocado y que consideran importante?

Anexo 6. Personas participantes en el Grupo de Discusión

Participaron un total de 13 personas con los siguientes perfiles:

NOMBRE / PERFIL PARTICIPANTE (POR ORDEN ALFABÉTICO)
Carlos Aguilera-Serrano. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)
Paula Armero Pedreira. Pediatra. Asociación Española de Pediatría (AEP)
Sandra Astete Muñoz. Responsable de Salud Mental. UNICEF España
Juan José Escudero Barrera. Superviviente por el fallecimiento por suicidio de su hijo. Asociación Sendas.
Santiago González Parejo. Miembro del Consejo Estatal de Participación de la Infancia y la Adolescencia.
Calixto Herrera Rodríguez. Maestro y Psicopedagogo. Dirección General de Protección a la Infancia. Consejería de Bienestar Social, Igualdad, Juventud, Infancia y Familias. Gobierno de Canarias.
Alma Martínez de Salazar Arboleas. Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia.
Raquel Millán Susinos. Trabajadora Social Sanitaria. Consejo General de Trabajo Social
Marta Nieto Moreno
Ana Belén Recio Hernández. Enfermera especialista en Atención Primaria y Comunitaria Federación de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP)
César Luis Sanz de la Garza. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Gijón. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plataforma de Asociaciones de Profesionales de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia
Luz de Myotanh Vázquez Canales. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estivella (Valencia). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)
Juan de Vicente Abad, orientador del IES Miguel Catalán. Coslada (Comunidad de Madrid)