

# Conocimientos y prácticas de pediatras paraguayos sobre depresión e ideación suicida en niños y adolescentes

## Knowledge and practices of Paraguayan pediatricians on depression and suicidal ideation in children and adolescents

Julio Torales<sup>1,2,3</sup> , Sofía Gauto<sup>1</sup> , Marcelo O'Higgins<sup>1</sup> , José Almirón-Santacruz<sup>1</sup> , Tomás Caycho-Rodríguez<sup>4</sup> , João Mauricio Castaldelli-Maia<sup>5</sup> , Antonio Ventriglio<sup>6</sup> , Iván Barrios<sup>3,7\*</sup> 

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Grupo de Investigación sobre Epidemiología de los Trastornos Mentales, Psicopatología y Neurociencias. San Lorenzo, Paraguay

<sup>2</sup>Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, Universidad de Los Lagos. Osorno, Chile

<sup>3</sup>Universidad Sudamericana, Facultad de Ciencias de la Salud. Salto del Guairá, Paraguay

<sup>4</sup>Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

<sup>5</sup>University of São Paulo, Department of Psychiatry. São Paulo, Brazil

<sup>6</sup>University of Foggia, Department of Clinical and Experimental Medicine. Foggia, Italy

<sup>7</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Filial Santa Rosa del Aguaray, Cátedra de Bioestadística. Santa Rosa del Aguaray, Paraguay

### Cómo citar/How cite:

Torales J, Gauto S, O'Higgins M, Almirón-Santacruz J, Caycho-Rodríguez T, Castaldelli-Maia JM, et al. Conocimientos y prácticas de pediatras paraguayos sobre depresión e ideación suicida en niños y adolescentes. Rev. cient. cienc. salud. 2026;8:e953. [10.53732/rccsalud/e8953](https://doi.org/10.53732/rccsalud/e8953)

### Fecha de recepción:

08/11/2025

### Fecha de revisión:

15/11/2025

### Fecha de aceptación:

30/12/2025


### Autor correspondiente:

Iván Barrios

e-mail:

[jbarrios@fcmuna.edu.py](mailto:jbarrios@fcmuna.edu.py)

### Editor responsable:

Margarita Samudio 

Universidad del Pacífico.

Dirección de Investigación.

Asunción, Paraguay

e-mail:

[margarita.samudio@upacifico.edu.py](mailto:margarita.samudio@upacifico.edu.py)

[upacifico.edu.py](http://upacifico.edu.py)



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

## INTRODUCCIÓN

La depresión en niños y adolescentes se caracteriza por estado de ánimo deprimido o irritabilidad persistente y pérdida de interés, y se asocia a un mayor riesgo de ideación y conducta suicida<sup>(1,2)</sup>. A nivel mundial, alrededor del 14 % de los adolescentes presenta algún trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad las principales causas de morbilidad, mientras que el suicidio figura entre las causas más relevantes de mortalidad en este grupo etario<sup>(3)</sup>. Un metaanálisis reciente evidenció que los adolescentes con trastorno depresivo mayor presentan casi ocho veces más probabilidades de ideación suicida en comparación con sus pares sin depresión<sup>(2)</sup>, lo que resalta la necesidad de detección y tratamiento tempranos.

En Paraguay, el primer estudio nacional sobre suicidio pediátrico reportó 940 defunciones entre 2004 y 2022, señalando la magnitud del problema y la urgencia de

implementar estrategias preventivas basadas en evidencia local<sup>(4)</sup>. Tendencias similares han sido descritas en América Latina, con un aumento sostenido de las tasas de suicidio adolescente durante la última década<sup>(5)</sup>.

Los pediatras ocupan una posición estratégica en la identificación precoz del riesgo suicida, al constituir con frecuencia el primer punto de contacto sanitario en controles de salud, consultas ambulatorias y servicios de urgencias<sup>(6)</sup>. Las guías clínicas internacionales recomiendan el cribado sistemático, la evaluación inicial del riesgo y la derivación oportuna a servicios especializados de salud mental<sup>(7,8)</sup>. Sin embargo, los síntomas inespecíficos — como cefaleas, dolor abdominal, alteraciones del sueño o cambios conductuales— pueden dificultar el reconocimiento clínico, y se ha estimado que una proporción considerable de adolescentes que posteriormente intentan suicidarse había consultado a profesionales médicos en semanas previas sin una detección adecuada del riesgo<sup>(9)</sup>.

Diversos estudios han documentado brechas relevantes en la formación y práctica pediátrica en salud mental infanto-juvenil. En América Latina, solo una minoría de pediatras indaga sistemáticamente síntomas emocionales o utiliza instrumentos estandarizados de cribado<sup>(10)</sup>. En países de altos ingresos se reportan niveles igualmente limitados de confianza para abordar la depresión y la ideación suicida, pese al reconocimiento del rol profesional del pediatra<sup>(11)</sup>. Entre las principales barreras se describen la falta de capacitación específica, las limitaciones de tiempo en consulta, el temor a la estigmatización de los pacientes y la ausencia de protocolos institucionales estandarizados<sup>(12)</sup>.

En Paraguay no existen estudios publicados que evalúen de manera sistemática los niveles de conocimiento, las percepciones clínicas y las prácticas profesionales de los pediatras frente a la depresión y el riesgo suicida en la población infanto-juvenil, lo que limita el diseño de programas de capacitación específicos y de estrategias preventivas basadas en evidencia local.

En este contexto, el presente estudio exploratorio transversal tuvo como objetivo evaluar los conocimientos, percepciones clínicas y prácticas de los médicos pediatras en Paraguay respecto a la detección y manejo de la depresión, la ideación suicida y los intentos de suicidio en niños y adolescentes, buscando generar evidencia que oriente acciones formativas y el fortalecimiento de protocolos de atención integral.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Diseño del estudio**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de asociación cruzada<sup>(13)</sup> y de corte transversal, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado y autoadministrado a médicos pediatras en ejercicio en Paraguay. La recolección de datos se desarrolló entre abril y agosto de 2025.

## Participantes y muestreo

La población incluyó pediatras titulados y médicos residentes en ejercicio clínico activo en consultas ambulatorias, servicios de urgencias o internación en instituciones públicas, privadas o mixtas del país. Se excluyeron profesionales sin actividad clínica directa y cuestionarios incompletos. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, reclutándose participantes de hospitales públicos, centros de salud, sanatorios privados y hospitales universitarios de áreas urbanas y rurales mediante invitaciones institucionales, redes profesionales y actividades académicas.

## Tamaño muestral

El tamaño mínimo se estimó a partir de la proporción de uso de instrumentos de cribado reportada por el *Periodic Survey* de la *American Academy of Pediatrics* (63%)<sup>(11)</sup>, considerando un nivel de confianza del 90% y una precisión del 10 %, resultando en un requerimiento mínimo de 63 participantes. La muestra final superó dicho umbral.

## Variables

Se recolectaron variables sociodemográficas y profesionales (edad, sexo, años de experiencia, ámbito laboral, carga asistencial semanal y formación previa en salud mental), así como antecedentes de atención a pacientes con ideación o intento suicida.

Las variables de conocimiento incluyeron reconocimiento de síntomas depresivos, identificación de factores de riesgo psicosociales, estimación de prevalencia de ideación suicida adolescente, conocimiento de herramientas de cribado validadas —como la Escala de Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS)— y consideración de la frecuencia recomendada para pesquisa sistemática.

Las prácticas clínicas se evaluaron mediante la frecuencia autorreportada de indagación de síntomas depresivos e ideación suicida y las conductas adoptadas ante riesgo elevado (derivación urgente, notificación familiar, hospitalización o seguimiento ambulatorio).

Las percepciones abordaron barreras estructurales y formativas para la atención de la salud mental infanto-juvenil, incluyendo limitaciones de tiempo, falta de capacitación específica, dificultades de derivación y ausencia de protocolos institucionales, así como propuestas de mejora planteadas por los participantes.

## Instrumento

El cuestionario fue desarrollado para evaluar conocimientos, percepciones y prácticas de médicos pediatras sobre depresión, ideación suicida y manejo del intento suicida en niños y adolescentes mediante un proceso en tres etapas: revisión de literatura, elaboración de ítems y validación por expertos.

En la fase inicial se revisaron instrumentos utilizados para la detección y el manejo de depresión y riesgo suicida en población pediátrica, incluyendo los cuestionarios de Olson et al.<sup>(14)</sup> y Diamond et al.<sup>(15)</sup>, y los módulos del *Periodic Survey* de la *American Academy of Pediatrics*<sup>(11)</sup>, además de estudios sobre formación en psiquiatría infantil<sup>(16)</sup>. A partir de esta revisión se definieron los dominios conceptuales y el formato de las preguntas.

La elaboración de ítems siguió las recomendaciones metodológicas de Fowler<sup>(17)</sup>, las buenas prácticas de Boateng et al.<sup>(18)</sup> y los principios psicométricos descritos por DeVellis<sup>(19)</sup>, priorizando claridad semántica, pertinencia clínica y reducción de ambigüedades.

El instrumento se estructuró en cinco secciones: características sociodemográficas y profesionales; conocimientos sobre depresión; evaluación del riesgo suicida; prácticas clínicas ante depresión, ideación e intento suicida; y barreras percibidas con propuestas de mejora. Se emplearon ítems de opción múltiple, verdadero/falso y escalas tipo Likert.

La validez de contenido fue establecida por un panel de cinco jueces expertos mediante el método de Lawshe<sup>(20)</sup>, conservándose ítems con índices  $\geq 0,78$ . Posteriormente se realizó una prueba piloto en 10 pediatras ( $\approx 15$  minutos de duración), observándose una consistencia interna adecuada con coeficientes alfa de Cronbach  $\geq 0,75$  en los principales dominios.

### Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante Microsoft Excel y PSPP. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas mediante medias y desviaciones estándar, previa evaluación de su distribución.

Para el análisis inferencial se emplearon pruebas no paramétricas debido a la distribución no normal del puntaje de conocimiento. La asociación de este puntaje con variables categóricas (formación previa en salud mental, años de experiencia y número de pacientes atendidos semanalmente) se evaluó mediante la prueba de Kruskal–Wallis. La relación entre variables continuas, como edad y puntaje de conocimiento, se examinó mediante el coeficiente de Spearman.

Las respuestas abiertas se analizaron mediante análisis de contenido temático con codificación inductiva, identificándose categorías emergentes y cuantificándose los principales temas.

Se adoptó un nivel de significación estadística de  $\alpha = 0,05$  y se reportaron valores  $p$  cuando fue pertinente.

### Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, conforme a lo establecido en la Resolución N° 0652-00-2025 del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas (artículo 3), relativa a los procedimientos de aprobación ética para investigaciones no experimentales. El estudio se desarrolló de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki, garantizando el respeto por la autonomía, la confidencialidad y el bienestar de los participantes. La participación fue voluntaria y anónima; todos los pediatras recibieron información completa sobre los objetivos y procedimientos del estudio y otorgaron su consentimiento informado previo a la participación. No se recolectó información identificatoria personal y los datos fueron utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos.

## RESULTADOS

La muestra incluyó 82 pediatras en ejercicio en Paraguay, procedentes principalmente del departamento Central (42,7%). La edad media fue de  $46 \pm 11$  años (rango: 25–65), con predominio femenino (86,6%). En cuanto a experiencia profesional, el 39,0 % refirió más de 20 años de ejercicio. La mayoría atendía entre 20 y 100 pacientes pediátricos por semana (63,4%). El detalle de las características sociodemográficas se encuentra en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y profesionales de los participantes (N = 82)

Variable	Característica	n	%
Sexo biológico	Femenino	71	86,6
	Masculino	11	13,4
Residencia	Asunción	34	41,5
	Central	35	42,7
	Interior	13	15,9
Años de experiencia	< 5 años	5	6,1
	5–10 años	21	25,6
	11–20 años	17	20,7
	> 20 años	32	39,0
	Residente	7	8,5

El puntaje medio de conocimiento en salud mental infanto-juvenil fue de  $3,43 \pm 1,19$  (máximo=6), y solo el 28 % de los participantes alcanzó valores  $\geq 5$ , indicando conocimientos parciales. En relación con la formación previa, que se presenta en la tabla 2, el 34,1% no había recibido capacitación formal. A pesar de ello, el 75,6% refirió haber atendido al menos un caso de ideación o intento suicida.

**Tabla 2.** Formación y experiencia en salud mental infantil (N = 82)

Variable	Característica	n	%
Capacitación formal en salud mental	No, nunca	28	34,1
	Sí, durante la residencia	22	26,8
	Sí, cursos/talleres	32	39,0
Atención de pacientes con ideación o intento suicida	Sí	62	75,6
	No	13	15,9
	No está seguro	7	8,5

En las prácticas clínicas se evidenció baja sistematización del cribado de síntomas depresivos en adolescentes: el 39,0 % indagó "algunas veces" y el 36,6% "rara vez". Ante la detección de intento suicida o alto riesgo, predominó la derivación urgente a psiquiatría (85,4%), seguida de la notificación familiar (57,3%). La tabla 3 presenta el detalle de las prácticas clínicas.

**Tabla 3.** Prácticas clínicas ante depresión e intento de suicidio (N = 82)

Variable	Característica	n	%
Indagación de síntomas depresivos	Frecuentemente	9	11,0
	Algunas veces	32	39,0
	Rara vez	30	36,6
	Nunca	11	13,4
Derivación urgente a psiquiatría	Sí	70	85,4
Notificación a la familia	Sí	47	57,3
Evaluación en hospitalización	Sí	36	43,9
Manejo y seguimiento en consulta	Sí	20	24,4

Las respuestas abiertas fueron analizadas mediante codificación inductiva de contenido, identificándose como categorías centrales la falta de formación específica, las limitaciones de tiempo en consulta y la ausencia de herramientas estandarizadas. Como propuestas de mejora, predominaron la capacitación continua en salud mental pediátrica, la implementación de protocolos clínicos y la ampliación del tiempo destinado a la evaluación emocional.

Entre las barreras percibidas, la principal fue la falta de formación específica (56,1%), seguida por la falta de tiempo en consulta (22%) y la carencia de herramientas de cribado (11%). Solo el 29,3% reportó utilizar instrumentos estandarizados para la evaluación del riesgo suicida. En relación con las propuestas, el aumento de capacitación obtuvo mayor apoyo (85,4%), seguido de la implementación de protocolos institucionales (69,5%) y de la ampliación del tiempo disponible en consulta (45,1%).

En el análisis inferencial mediante la prueba de Kruskal-Wallis se observó asociación significativa entre el puntaje global de conocimiento y la formación previa en salud mental ( $H = 7,179$ ;  $p = 0,028$ ), con mayores rangos promedio en el grupo capacitado durante la residencia. No se registraron asociaciones con los años de experiencia profesional ( $p = 0,271$ ) ni con la carga asistencial semanal ( $p = 0,446$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Asociación entre formación previa y puntaje de conocimiento (Kruskal-Wallis)

Grupo	n	Rango promedio	p-valor
<b>Sin formación</b>	28	35,00	0,028
<b>Formación en residencia</b>	22	51,95	
<b>Cursos/talleres</b>	32	40,00	

No se observaron correlaciones significativas entre la edad de los participantes y el puntaje total de conocimiento ( $r = -0,159$ ;  $p = 0,155$ ).

## DISCUSIÓN

El presente estudio exploratorio evaluó los conocimientos y prácticas de pediatras en Paraguay respecto a la depresión, la ideación suicida y el manejo del intento de suicidio en población infanto-juvenil. Los resultados evidenciaron un nivel de conocimiento parcial, escasa sistematización del tamizaje clínico y alta dependencia de la derivación especializada, pese a que una proporción considerable de profesionales refirió haber atendido casos de riesgo suicida.

Aunque no existen estudios directamente comparables con el puntaje de conocimiento observado, la literatura regional reporta déficits persistentes en la formación y las actitudes profesionales hacia la salud mental infantil. Un análisis multicéntrico latinoamericano identificó que solo el 28% de los profesionales correspondían al grupo de promotores activos del abordaje de la depresión<sup>(21)</sup>, porcentaje concordante con el nivel de conocimiento elevado observado en este estudio, lo que refuerza la persistencia de una brecha entre reconocimiento del problema y capacidad práctica de manejo.

La evidencia internacional demuestra que los programas educativos estructurados pueden modificar estas limitaciones. El currículo longitudinal descrito por Kiger et al. mostró mejoras en la confianza clínica de residentes pediátricos para el manejo de depresión y la planificación de seguridad suicida<sup>(22)</sup>, mientras que la exposición sistemática durante rotaciones en salud mental se asoció con mayores competencias para la detección y tratamiento de trastornos afectivos en niños y adolescentes<sup>(23)</sup>. No obstante, la formación formal en psiquiatría infantil continúa siendo insuficiente en numerosos programas de residencia, configurando una brecha curricular persistente<sup>(24)</sup>, coherente con la elevada proporción de participantes sin capacitación específica en el presente estudio.

La baja sistematización del cribado clínico concuerda con reportes previos sobre obstáculos para la implementación del tamizaje universal. Doan et al. identificaron limitaciones de tiempo, insuficiente capacitación y dificultades en los circuitos de derivación como barreras centrales para la pesquisa sistemática en atención primaria pediátrica<sup>(25)</sup>, situación similar a la descrita por los participantes paraguayos.

La alta dependencia de la derivación inmediata refleja reconocimiento del riesgo, pero escasa internalización del manejo inicial en consulta pediátrica. Este patrón ha sido observado en sistemas carentes de integración de atención conductual, favoreciendo la fragmentación del cuidado<sup>(26)</sup>. Modelos interdisciplinarios de atención integrada han demostrado mejorar la continuidad asistencial, reducir hospitalizaciones urgentes y optimizar síntomas depresivos y ansiosos<sup>(26,27)</sup>.

El uso limitado de herramientas estandarizadas contrasta con la sólida evidencia que respalda instrumentos breves como el PHQ-A y la C-SSRS para la detección temprana del riesgo suicida<sup>(7)</sup>. La implementación de protocolos escalonados aumenta la identificación precoz y el seguimiento sistemático de adolescentes en riesgo, alcanzando niveles de adherencia superiores al 90 % cuando se utiliza el C-SSRS dentro de programas estructurados de mejora de calidad<sup>(28)</sup>.

Las barreras referidas por los pediatras paraguayos —falta de capacitación, limitaciones de tiempo y ausencia de herramientas clínicas— coinciden con los desafíos descritos por la OPS en la "Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas", que destaca déficits formativos, sobrecarga asistencial y fragmentación de servicios como determinantes de la brecha de tratamiento en población infanto-juvenil<sup>(29)</sup>.

Las propuestas de mejora planteadas son consistentes con las guías internacionales, que recomiendan el tamizaje anual de depresión en adolescentes desde los 12 años y abordajes escalonados para la evaluación del riesgo suicida<sup>(7)</sup>, aunque la *US Preventive Services Task Force* señala que la pesquisa universal de suicidio aún carece de evidencia suficiente para recomendaciones definitivas, subrayando la necesidad de acompañar el tamizaje con sistemas adecuados de seguimiento clínico<sup>(8)</sup>.

Desde una perspectiva sanitaria, los hallazgos refuerzan la urgencia de fortalecer la

formación obligatoria en salud mental durante la residencia pediátrica e implementar estrategias institucionales de integración conductual en el primer nivel de atención. Estudios de implementación han demostrado que protocolos sistemáticos de evaluación del riesgo, como el desarrollado por Horowitz et al., alcanzan tasas de cumplimiento superiores al 90% sin afectar el flujo asistencial habitual<sup>(30)</sup>.

### **Fortalezas, limitaciones y futuras direcciones**

Entre las fortalezas del estudio destaca el uso de un instrumento diseñado y validado para el contexto local, sustentado en literatura relevante y aplicado mediante validación por jueces expertos y prueba piloto, lo que permitió una evaluación integral de conocimientos, prácticas y barreras percibidas. La inclusión de pediatras de los sectores público y privado, provenientes de distintos niveles asistenciales, aportó una visión amplia de la práctica pediátrica nacional. El abordaje combinado de análisis cuantitativo e interpretación de respuestas abiertas permitió una comprensión más completa del fenómeno estudiado.

Entre las limitaciones, el muestreo no probabilístico restringe la generalización de los hallazgos. La concentración de la muestra en Asunción y el Departamento Central pudo limitar la representatividad de regiones rurales. El carácter autoadministrado del cuestionario implica riesgo de sesgo de autorreporte, y el diseño transversal impide establecer relaciones causales. Además, al tratarse de un instrumento desarrollado para este estudio, las comparaciones con investigaciones internacionales deben interpretarse con cautela.

Futuras investigaciones deberían incorporar diseños multicéntricos con muestreo probabilístico, integrar metodologías cualitativas y evaluar intervenciones educativas estructuradas y modelos de atención integrada para fortalecer el tamizaje sistemático y el manejo clínico. Estudios longitudinales permitirían estimar el impacto sostenido de estas estrategias en la práctica asistencial.

Este estudio exploratorio evidencia una brecha relevante entre la alta exposición de los pediatras paraguayos a casos de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes y la limitada formación formal, los conocimientos específicos y la sistematización de prácticas clínicas en este ámbito. Aunque los profesionales reconocen la gravedad del problema —reflejada en la elevada tasa de derivación urgente—, la escasa implementación de herramientas de tamizaje y el débil seguimiento desde la consulta pediátrica señalan la necesidad de fortalecer la respuesta institucional. La capacitación estructurada, la adopción de protocolos estandarizados y la integración efectiva de servicios de salud mental en pediatría constituyen estrategias prioritarias para mejorar la atención de la salud mental infanto-juvenil, aportando una base empírica local para el desarrollo de políticas de formación e integración en Paraguay.

**Declaración de conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés.

### **Contribución de los autores:**

Concepción/diseño de trabajo: Julio Torales, Sofía Gauto

Recolección/obtención de datos/información: Sofía Gauto, José Almirón-Santacruz

Análisis e interpretación de datos: Iván Barrios, Marcelo O'Higgins

Redacción del borrador del manuscrito: Julio Torales, Sofía Gauto

Revisión crítica del manuscrito: Tomás Caycho-Rodríguez, João Mauricio Castaldelli-Maia, Antonio Ventriglio

Aprobación de la versión final del manuscrito: Julio Torales, Sofía Gauto, Marcelo O'Higgins, José Almirón-Santacruz, Tomás Caycho-Rodríguez, João Mauricio Castaldelli-Maia, Antonio Ventriglio, Iván Barrios

Financiamiento: Este trabajo ha sido autofinanciado.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A, Torales J. The global prevalence of mental disorders among adolescents: Focus on sex, regional and socio-demographic differences. *Int Rev Psychiatry*. 2025;1-11.  
<https://doi.org/10.1080/09540261.2025.2573752>
2. Arnone D, Karmegam SR, Östlundh L, Alkhyeli F, Alhammadi L, Alhammadi S, et al. Risk of suicidal behavior in patients with major depression and bipolar disorder - A systematic review and meta-analysis of registry-based studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2024;159:105594.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105594>
3. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
4. Torales J, Barrios I, Melgarejo O, Tullo-Gómez JE, Ruiz Díaz N, O'Higgins M, et al. Suicides among adults in Paraguay: An 18-year national exploratory study (2004-2022). *Int J Soc Psychiatry*. 2023;69(7):1641-1648.  
<https://doi.org/10.1177/00207640231169650>
5. Santacruz E, Duarte-Zoilan D, Benitez Rolandi G, Cañete F, Smits D, Barengo NC, et al. Epidemiology of Suicide Mortality in Paraguay from 2005 to 2019: A Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(3):277.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph21030277>
6. Kelly M, Bath E, McNeill-Johnson A, Barnert E. A call to action: the pivotal role of pediatricians in addressing the mental health crisis among youth in custody. *Pediatr Res*. 2025;97(7):2205-2207.  
<https://doi.org/10.1038/s41390-024-03659-6>
7. Hua LL, Lee J, Rahmandar MH, Sigel EJ; Committee on Adolescence; Council on Injury, Violence, and Poison Prevention. Suicide and Suicide Risk in Adolescents. *Pediatrics*. 2024;153(1):e2023064800.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2023-064800>
8. US Preventive Services Task Force; Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmow D, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022;328(15):1534-1542.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2022.16946>
9. Cafferty R, Grupp-Phelan J, Anthony B. Children and Adolescents With Suicidal Ideation and the Emergency Department. *JAMA*. 2024;331(3):193-194.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2023.26291>
10. Maldonado-Ontiveros DJ, Ruiz-Jaramillo MC, López-Vargas L. El pediatra y la salud mental en la historia clínica: un estudio exploratorio. *Arch Invest Pediatr Mex*. 2024;16(2):21-28.
11. Green C, Gottschlich EA, Burr WH. A National Survey of Pediatricians' Experiences and Practices With Suicide Prevention. *Acad Pediatr*. 2023;23(7):1403-1410.  
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.01.010>
12. Peters-Corbett A, Parke S, Bear H, Clarke T. Barriers and facilitators of implementation of evidence-based interventions in children and young people's mental health care - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2024;29(3):242-265.  
<https://doi.org/10.1111/camh.12672>
13. Torales J, Barrios I. Diseño de investigaciones: algoritmo de clasificación y características esenciales. *Med. clín. soc*. 2023;7(3):210-235.  
<https://doi.org/10.52379/mcs.v7i3.349>
14. Olson AL, Kelleher KJ, Kemper KJ, Zuckerman BS, Hammond CS, Dietrich AJ. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. *Ambul Pediatr*. 2001;1(2):91-8.  
[https://doi.org/10.1367/1539-4409\(2001\)001<0091:pcprap>2.0.co;2](https://doi.org/10.1367/1539-4409(2001)001<0091:pcprap>2.0.co;2)
15. Diamond GS, Herres JL, Krauthamer Ewing ES, Atte TO, Scott SW, Wintersteen MB, et al. Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care. *Am J Prev Med*. 2017;53(1):48-54.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.020>

16. Scivoletto S, Fondello MA, Otoch LN, Celeri EHRV, Caetano SC, Graeff-Martins AS, et al. Child and adolescent psychiatry training in Brazil, Argentina, Uruguay and Chile: current panorama and future challenges. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(1):71-81.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-019-01454-x>
17. Fowler FJ Jr. *Survey Research Methods*. 5th ed. London: SAGE Publications; 2013.
18. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Health*. 2018;6:149.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
19. DeVellis RF, Thorpe CT. *Scale development: Theory and applications*. 4th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2021.
20. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol*. 1975;28(4):563-75.  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
21. Faytong-Haro M, Camacho-Leon G, Araujo-Contreras R, Gallegos S, Mautong H, Robles-Velasco K, et al. Healthcare attitudes toward depression in Latin America: a latent class analysis from Argentina, Chile, Ecuador, Peru, and Venezuela using the Spanish-validated revised depression attitude questionnaire (SR-DAQ). *Int J Equity Health*. 2025;24(1):249.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-025-02612-1>
22. Kiger ME, Fowler L, Eviston M, Cook A, Forbush J, Nelson S, et al. A Case-Based, Longitudinal Curriculum in Pediatric Behavioral and Mental Health. *MedEdPORTAL*. 2024;20:11400.  
[https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.11400](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11400)
23. Green CM, Leyenaar JK, Nuncio B, Leslie LK. Where Do Future Pediatricians Learn Behavioral and Mental Health Skills? *Acad Pediatr*. 2021;21(7):1288-1296.  
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.04.015>
24. Harris E, Bowden J, Greiner E, Duby JC. Mental Health Training in Pediatric Residency: Where Can We Go? *J Pediatr*. 2019;211:4-6.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.05.075>
25. Doan TT, DeJonckheere M, Wright DR, Hutton DW, Prosser LA. Preferences and experiences of pediatricians on implementing national guidelines on universal routine screening of adolescents for major depressive disorder: A qualitative study. *Compr Psychiatry*. 2023;127:152412.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152412>
26. Wellen BCM, Wright NM, Bickford MA, Bakken EH, Riley AR. Integrated behavioral health services in pediatric primary care and emergency department utilization for suicide risk. *Front Psychiatry*. 2023;14:1241642.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1241642>
27. Schweitzer J, Bird A, Bowers H, Carr-Lee N, Gibney J, Schellinger K, et al. Developing an innovative pediatric integrated mental health care program: interdisciplinary team successes and challenges. *Front Psychiatry*. 2023;14:1252037.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1252037>
28. Davis M, Rio V, Farley AM, Bush ML, Beidas RS, Young JF. Identifying Adolescent Suicide Risk via Depression Screening in Pediatric Primary Care: An Electronic Health Record Review. *Psychiatr Serv*. 2021;72(2):163-168.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000207>
29. Pan American Health Organization. *A New Agenda for Mental Health in the Americas: Report of the Pan American Health Organization High-Level Commission on Mental Health and COVID-19*. Washington, D.C.: PAHO; 2023.  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57671>
30. Horowitz LM, Bridge JA, Tipton MV, Abernathy T, Mournet AM, Snyder DJ, et al. Implementing Suicide Risk Screening in a Pediatric Primary Care Setting: From Research to Practice. *Acad Pediatr*. 2022;22(2):217-226.  
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.10.012>