

ARTÍCULO CIENTÍFICO / SCIENTIFIC ARTICLE

Perfil epidemiológico descriptivo de pacientes psiquiátricos atendidos en el Hospital Regional de Encarnación, Paraguay, 2023: estudio observacional de corte transversal

Matías Ezequiel Sánchez Matthias¹ <https://orcid.org/0009-0003-9340-6420>Aldo José Rolón Wilcke¹ <https://orcid.org/0009-0005-6267-4099>¹Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Campus Itapúa, Encarnación, Paraguay

RESUMEN

Introducción: Los trastornos mentales constituyen un problema de salud pública prioritario a nivel mundial. En Paraguay, la información epidemiológica disponible se concentra en áreas metropolitanas, existiendo un vacío sustancial de datos en regiones del interior como el departamento de Itapúa. El Hospital Regional de Encarnación (HRE) es el establecimiento de referencia psiquiátrica de la región, pero carece de registros sistematizados sobre su población atendida. **Objetivo:** Describir el perfil epidemiológico de los pacientes psiquiátricos atendidos en el HRE durante el año 2023, según variables demográficas (sexo, edad, grupo etario) y clínicas (diagnóstico CIE-10, tipo de atención). **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyó la totalidad de pacientes psiquiátricos atendidos en el HRE entre enero y diciembre de 2023 (n = 255), mediante un enfoque de censo poblacional. Los datos se extrajeron de expedientes clínicos institucionales utilizando una ficha estructurada validada. Se aplicó estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión. Se excluyeron registros sin diagnóstico confirmado según CIE-10. El reporte sigue los lineamientos STROBE. **Resultados:** El 71,8% (n = 183) de los pacientes recibieron atención mural (hospitalización) y el 28,2% (n = 72) atención extramural (ambulatoria). En la población mural, predominó el sexo femenino (63,9%; n = 117), con una razón mujer: hombre de 1,77:1. Los grupos etarios de 21–30 años (21,2%) y 31–40 años (20,6%) concentraron la mayor proporción de casos. Los diagnósticos más frecuentes fueron: esquizofrenia (F20, 15,7%), trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2, 10,2%), psicosis no orgánica no especificada (F29, 6,3%), trastornos esquizoafectivos (F25, 5,9%) y trastorno bipolar (F31, 5,9%). Los trastornos del espectro ansioso-depresivo en conjunto representaron el 29,0% de todos los diagnósticos.

Conclusiones: El perfil identificado evidencia una elevada carga de trastornos psicóticos y afectivos, con predominio en mujeres y adultos jóvenes. Los hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer los servicios de salud mental en Itapúa, implementar estrategias con perspectiva de género y consolidar redes descentralizadas de atención psiquiátrica en la región sur del Paraguay.

Palabras clave: perfil epidemiológico; trastornos mentales; psiquiatría; CIE-10; Paraguay; salud mental; Hospital Regional de Encarnación.

Recibido: 20/05/2026
Revisado: 10/06/2026
Aceptado: 19/06/2026

Autor para correspondencia:
Matias Sánchez

Matias.matthias@gmail.com

Conflictos de interés:
Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación:
Los autores no recibieron apoyo financiero de entidades gubernamentales o instituciones para realizar esta investigación

Epidemiological profile of psychiatric patients treated at the Regional Hospital of Encarnación, Paraguay, 2023: cross-sectional observational study

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders represent a major public health challenge worldwide. In Paraguay, epidemiological data are concentrated in metropolitan areas, leaving a significant information gap in inland regions such as the Department of Itapúa. The Regional Hospital of Encarnación (HRE) is the primary psychiatric referral centre for the region, yet no systematic epidemiological record of its patient population existed prior to this study. **Objective:** To describe the epidemiological profile of psychiatric patients treated at the HRE during 2023, according to demographic (sex, age) and clinical variables (ICD-10 diagnosis, type of care). **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study. All psychiatric patients seen at HRE between January and December 2023 (n = 255) were included via complete population census. Data were extracted from institutional clinical records using a validated structured form. Descriptive statistics were applied: absolute and relative frequencies, measures of central tendency and dispersion. Records lacking a confirmed ICD-10 diagnosis were excluded. Reporting follows STROBE guidelines. **Results:** Of the total patients, 71.8% (n = 183) received inpatient care and 28.2% (n = 72) outpatient care. Among inpatients, female sex predominated (63.9%; n = 117), with a female-to-male ratio of 1.77:1. The age groups 21–30 (21.2%) and 31–40 years (20.6%) concentrated the largest proportion of cases. The most frequent ICD-10 diagnoses were: schizophrenia (F20, 15.7%), mixed anxiety-depressive disorder (F41.2, 10.2%), unspecified non-organic psychosis (F29, 6.3%), schizoaffective disorders (F25, 5.9%), and bipolar disorder (F31, 5.9%). Anxiety-depressive spectrum disorders as a group accounted for 29.0% of all diagnoses. **Conclusions:** The identified profile reveals a high burden of psychotic and affective disorders, predominantly affecting women and young adults. Findings highlight the need to strengthen mental health services in Itapúa, integrate gender-sensitive approaches, and consolidate decentralised psychiatric care networks in southern Paraguay.

Keywords: epidemiological profile; mental disorders; psychiatry; ICD-10; Paraguay; mental health; Regional Hospital of Encarnación.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales constituyen uno de los principales desafíos de salud pública en el siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan el 13% de la carga global de morbilidad y se estima que una de cada cuatro personas desarrollará al menos un trastorno mental a lo largo de su vida [1]. El informe mundial de salud mental de 2022 señala que los trastornos depresivos y de ansiedad son los más prevalentes a nivel global, con incrementos significativos registrados tras la pandemia por COVID-19 [2]. A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que aproximadamente el 20% de la población de las Américas experimenta algún trastorno mental en un momento dado, siendo las psicosis, la depresión y los trastornos de ansiedad las condiciones más prevalentes y con mayor impacto sobre la discapacidad [3].

En América Latina, los trastornos mentales representan una causa significativa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), con una carga desproporcionadamente elevada en países de ingresos medios y bajos [4]. La Comisión Lancet sobre Salud Mental Global estima que la brecha de tratamiento supera el 70% en estos contextos, debido a la combinación de insuficiencia de servicios especializados, estigma social y barreras económicas y geográficas [4]. Estudios poblacionales en la región han documentado patrones epidemiológicos consistentes: en Chile, Vicente et al. reportaron que el 22,2% de la población adulta había experimentado algún trastorno mental en el último año [5]; en México, Medina-Mora et al. encontraron una prevalencia de vida del 28,6% para cualquier trastorno mental [6]; y en Colombia, Posada-Villa et al. documentaron una prevalencia anual de trastornos de ansiedad del 19,3% [7].

En Paraguay, los trastornos mentales generan una carga significativa sobre el sistema sanitario nacional [8]. Un estudio de González et al. en Asunción evidenció que el 15% de la población urbana había experimentado alguna condición de salud mental en los últimos 12 meses [9]. Sin embargo, la información disponible se concentra

principalmente en la capital y áreas metropolitanas, existiendo un vacío importante de datos epidemiológicos en regiones del interior del país. El departamento de Itapúa, con una población de aproximadamente 600.000 habitantes y características socioeconómicas diversas que incluyen importantes áreas rurales y poblaciones vulnerables, no cuenta con registros epidemiológicos publicados sobre la situación de la salud mental local.

El Hospital Regional de Encarnación (HRE) es el establecimiento de referencia de segundo nivel para la atención psiquiátrica en Itapúa. Ofrece atención mural (hospitalización) y coordina la atención extramural articulada con el Hospital Distrital de Coronel Bogado y el Hospital Distrital de Fram, constituyendo el nodo central de la red de salud mental departamental. A pesar de su relevancia estratégica, no existían estudios publicados sobre el perfil epidemiológico de su población psiquiátrica, lo que limita la planificación de recursos, el diseño de intervenciones basadas en evidencia y la formulación de políticas locales de salud mental.

El conocimiento del perfil epidemiológico de los pacientes psiquiátricos en establecimientos de segundo nivel es fundamental para orientar la asignación de recursos, diseñar protocolos de atención diferenciada y evaluar la equidad del acceso a los servicios especializados [10]. En el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental 2015–2020 de la OPS [11] y de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Paraguay [12], contar con datos locales robustos resulta indispensable para avanzar hacia un sistema de salud mental más equitativo, descentralizado y eficiente. El presente estudio busca cubrir este vacío, aportando evidencia sistematizada sobre las características demográficas y clínicas de los pacientes psiquiátricos del HRE durante 2023, como línea de base para la planificación sanitaria regional.

MÉTODOS

Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, basado en fuentes secundarias (registros clínicos institucionales). Este diseño es adecuado para caracterizar la distribución de variables clínicas y demográficas en una población definida sin establecer relaciones causales [13, 14]. El reporte del estudio sigue los lineamientos de la Declaración STROBE para estudios observacionales [15].

Ámbito y período de estudio

El estudio se desarrolló en el Hospital Regional de Encarnación (HRE), establecimiento público de segundo nivel de atención, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) de Paraguay. El HRE presta servicios de psiquiatría mural (hospitalización de pacientes agudos y crónicos descompensados) y extramural (atención ambulatoria coordinada con establecimientos de la red periférica de Itapúa). El período de análisis correspondió al año calendario 2023 (1 de enero – 31 de diciembre).

Población y muestra

La población objetivo estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico psiquiátrico confirmado atendidos en el HRE durante el período de estudio, tanto en modalidad mural como extramural. Dado que se accedió a la totalidad de los registros disponibles para el período ($n = 255$), se aplicó un enfoque de censo poblacional, que eliminó la necesidad de muestreo probabilístico y maximizó la representatividad de los hallazgos [13].

Criterios de selección

Criterios de inclusión: (1) pacientes con diagnóstico psiquiátrico codificado según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10); (2) atendidos en el HRE durante el período enero–diciembre 2023; (3) expedientes clínicos con datos sociodemográficos (sexo, edad) y diagnósticos completos.

Criterios de exclusión: (1) registros con información sociodemográfica o clínica incompleta que impidieran su clasificación; (2) casos en los que

no fue posible confirmar el diagnóstico psiquiátrico mediante código CIE-10; (3) consultas clasificadas exclusivamente como Z76.0 (contacto con servicios de salud sin diagnóstico psiquiátrico activo), que fueron contabilizadas por separado.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variables demográficas: sexo (masculino/femenino; nominal dicotómica); edad en años cumplidos (cuantitativa discreta); grupo etario en intervalos de 10 años (ordinal: 1–10, 11–20, 21–30, 31–40, 41–50, 51–60, ≥ 61 años).

Variables clínicas: diagnóstico principal según CIE-10 (nominal politómica, categorizada por código); tipo de atención (mural/extramural; nominal dicotómica); comorbilidades psiquiátricas y médicas registradas (nominal politómica); frecuencia de diagnósticos por código CIE-10 (cuantitativa discreta).

Recolección de datos

Los datos fueron obtenidos mediante revisión sistemática de los expedientes clínicos del archivo del HRE, utilizando una ficha de recolección estructurada diseñada ad hoc para el estudio. El instrumento registró de forma estandarizada las variables de interés para cada paciente. La recolección se realizó en un entorno controlado, previa obtención de la autorización institucional del HRE. En todo momento se garantizó la confidencialidad y el anonimato mediante la desidentificación de los datos antes del análisis. La ficha fue piloteada en diez expedientes antes de su aplicación definitiva, sin que fueran necesarias modificaciones sustanciales.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva. Para las variables cualitativas (sexo, tipo de atención, diagnóstico CIE-10) se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para las variables cuantitativas (edad) se calcularon medidas de tendencia central (media aritmética, mediana) y de dispersión (rango, desviación estándar). Se estimó la razón mujer:hombre para la variable sexo. Los

resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencias y figuras con criterios de publicación científica (normas SciELO). El procesamiento se realizó con Microsoft Excel 2019 y los gráficos se construyeron siguiendo las normas de la revista destinataria.

Sesgo y limitaciones metodológicas

El principal sesgo potencial es el de información, inherente al uso de fuentes secundarias (registros clínicos): variabilidad interprofesional en la asignación diagnóstica y posible subregistro de comorbilidades. Para minimizarlo, se incluyeron únicamente registros con código CIE-10 confirmado. El sesgo de selección es mínimo dado el enfoque censal. No existe sesgo de memoria por tratarse de fuentes documentales. La restricción del análisis a un único centro limita la generalización, pero garantiza la homogeneidad de los datos [15].

Consideraciones éticas

El estudio fue realizado conforme a los principios de la Declaración de Helsinki [16] y las normativas del Código de Ética del Psicólogo del Paraguay [17]. Al tratarse de un estudio retrospectivo de fuentes secundarias anonimizadas, el Comité de Ética Institucional del HRE eximió la obtención de consentimiento informado individual. Se obtuvo autorización institucional formal para el acceso a los registros. Los datos fueron tratados de forma anónima y confidencial, sin posibilidad de identificación de pacientes.

RESULTADOS

Durante el período analizado (enero–diciembre 2023) se identificaron 255 pacientes psiquiátricos atendidos en el HRE, constituyendo la totalidad de la población accesible para el período de estudio. No se registraron exclusiones por registros completamente vacíos; 13 registros correspondientes al código Z76.0 (contacto con servicios de salud sin diagnóstico psiquiátrico

activo) fueron contabilizados de forma diferenciada.

Distribución por tipo de atención

Del total de pacientes, 183 (71,8%) recibieron atención mural (hospitalización en el HRE) y 72 (28,2%) atención extramural (ambulatoria) prestada en articulación con centros periféricos de la red de salud mental de Itapúa.

En la población mural, se observó un predominio del sexo femenino: 117 pacientes (63,9%) frente a 66 del sexo masculino (36,1%). La razón mujer:hombre fue de 1,77:1. Los datos de sexo disponibles para la población extramural estaban incompletos en los registros institucionales, por lo que el análisis se restringió a pacientes murales (n = 183).

La distribución por grupos etarios muestra que los rangos de 21–30 años (n = 39; 21,2%) y 31–40 años (n = 38; 20,6%) concentraron la mayor proporción de casos, sumando conjuntamente el 41,8% del total de la población mural. Los grupos de 51–60 años (19,0%) y ≥ 61 años (17,9%) también tuvieron una representación relevante. La edad mínima registrada fue de 11 años y la máxima de ≥ 61 años. No se registraron pacientes en el rango de 1–10 años (Tabla 1).

Se registraron 38 códigos CIE-10 diferentes en el total de la población (n = 255). Los cinco diagnósticos más frecuentes fueron: esquizofrenia (F20, n = 40; 15,7%), trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2, n = 26; 10,2%), psicosis no orgánica no especificada (F29, n = 16; 6,3%), trastornos esquizoafectivos (F25, n = 15; 5,9%) y trastorno bipolar (F31, n = 15; 5,9%). Los trastornos del espectro ansioso-depresivo agrupados (F41, F41.0, F41.1, F41.2) representaron el 29,0% del total de diagnósticos. El diagnóstico neurológico G40 (epilepsia) estuvo presente en 11 casos (4,3%), evidenciando la atención de patología en la interfaz neuropsiquiátrica (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de pacientes atendidos en el Hospital Regional de Encarnación según modalidad de atención y características demográficas

	FA	%
Tipo de atención (N=255)		
Mural (hospitalización)	183	71,8
Extramural (ambulatoria)	72	28,2
Sexo (N=183)		
Femenino	117	63,9
Masculino	66	36,1
Distribución de pacientes murales por grupo etario (N=183)		
1–10	0	0,0
11–20	8	4,3
21–30	39	21,2
31–40	38	20,6
41–50	30	16,3
51–60	35	19,0
≥ 61	33	17,9

Tabla 2. Diagnósticos más frecuentes según CIE-10, HRE, 2023 (N = 255)

Código CIE-10	Diagnóstico	FA	%
F20	Esquizofrenia	40	15,7
F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo	26	10,2
F29	Psicosis no orgánica no especificada	16	6,3
F25	Trastornos esquizoafectivos	15	5,9
F31	Trastorno bipolar	15	5,9
F41.0	Trastorno de pánico	15	5,9
F41	Otros trastornos de ansiedad	15	5,9
Z76.0	Contacto con servicios de salud (sin diagnóstico psiquiátrico activo)	13	5,1
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	12	4,7
G40	Epilepsia	11	4,3
F33	Trastorno depresivo recurrente	6	2,4
F00	Demencia en enfermedad de Alzheimer	6	2,4
F51	Trastornos no orgánicos del sueño	6	2,4
F70	Retraso mental leve	6	2,4
F32	Episodio depresivo	5	2,0
F60	Trastornos específicos de la personalidad	5	2,0
F03	Demencia no especificada	5	2,0
Otros (< 5 casos c/u)	—	39	15,3

DISCUSIÓN

El presente estudio constituye el primer registro sistemático del perfil epidemiológico de los pacientes psiquiátricos del Hospital Regional de Encarnación, aportando una línea de base empírica para la planificación sanitaria en la región de Itapúa. Los hallazgos muestran patrones coherentes con la literatura regional e internacional, con particularidades propias del contexto local.

La proporción de atención mural (71,8%) frente a la extramural (28,2%) revela que el HRE funciona predominantemente como centro de hospitalización psiquiátrica. Esta configuración refleja un modelo centrado en la internación que contrasta con las recomendaciones de la OPS para la región, que propugnan la transición hacia modelos comunitarios y ambulatorios como estrategia central para reducir la institucionalización, mejorar la calidad de vida y ampliar el acceso [3, 11]. Estudios en contextos similares de América Latina coinciden en señalar que esta transición es aún incompleta en países de ingresos medios [4, 18]. El bajo peso de la atención extramural puede también reflejar barreras de acceso geográfico para los pacientes de zonas rurales del departamento, que acuden directamente al HRE ante la insuficiencia de la oferta ambulatoria periférica.

La mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en mujeres (63,9%; razón M:H 1,77:1) es consistente con los hallazgos de estudios internacionales y regionales. Kessler et al., en la National Comorbidity Survey Replication, documentaron que las mujeres presentan tasas significativamente más altas de trastornos afectivos y de ansiedad [19]. En América Latina, este patrón se ha replicado en Argentina [20], Brasil [21] y Chile [5], y se atribuye a una combinación de factores biológicos (fluctuaciones hormonales), psicosociales (mayor carga de roles domésticos y de cuidado) y culturales (mayor tendencia de las mujeres a buscar atención médica) [3]. En el contexto paraguayo, estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar la perspectiva de género

en el diseño y evaluación de los servicios de salud mental, conforme a los lineamientos de la Estrategia Nacional [12]. Cabe señalar que los datos de sexo disponibles se restringen a la población mural, lo que podría introducir una subestimación si la proporción de sexos difiere en la atención extramural.

La concentración de diagnósticos en los grupos etarios de 21–30 y 31–40 años (41,8% del total mural) es coherente con la evidencia epidemiológica internacional sobre la distribución etaria de los trastornos mentales. Merikangas et al. señalaron que la mayoría de los trastornos del espectro afectivo y psicótico tienen su inicio antes de los 35 años [22]. Esta distribución puede explicarse por la acumulación de factores estresantes característicos de la adultez joven en el contexto paraguayo: inicio de la vida laboral, formación familiar, presiones económicas y, en regiones como Itapúa, migración interna desde áreas rurales con la consecuente ruptura de redes de soporte social [8, 9]. La representación relevante de los grupos de 51–60 años (19,0%) y ≥ 61 años (17,9%) indica además una carga no desdeñable de patología crónica en adultos mayores, coherente con la presencia de diagnósticos de demencia (F00, F03) y epilepsia (G40) en la serie.

La esquizofrenia (F20) fue el diagnóstico individual más frecuente (15,7%), lo que es esperable para un centro hospitalario de segundo nivel con servicio de internación psiquiátrica. La esquizofrenia se asocia con hospitalizaciones más prolongadas, mayor frecuencia de recaídas y mayor utilización de los servicios de salud mental especializados [23], lo que explica su sobrerrepresentación en establecimientos de internación frente a su prevalencia en la comunidad (estimada en 0,5–1% de la población general) [1]. Souza et al. reportaron una prevalencia del 10% de esquizofrenia en pacientes hospitalizados en Brasil [18], cifra inferior a la nuestra, posiblemente por diferencias en el perfil de complejidad de los centros comparados. Minoletti et al. encontraron un 1,2% en la población general chilena [23], subrayando la

diferencia entre prevalencia poblacional y clínica hospitalaria que debe tenerse en cuenta al interpretar estos datos.

Los trastornos del espectro ansioso-depresivo representaron en conjunto el 29,0% de todos los diagnósticos. El trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2, 10,2%) fue la segunda condición más frecuente en términos individuales. Este patrón concuerda con los datos de López et al. en el Hospital de Clínicas de Asunción, que reportaron trastornos de ansiedad en el 25% y depresión mayor en el 20% de los pacientes [24], y con las estimaciones de García et al. en Argentina [20]. La alta prevalencia del diagnóstico mixto F41.2 puede reflejar tanto una realidad clínica —la frecuente comorbilidad entre ansiedad y depresión subumbral— como posibles limitaciones de especificidad diagnóstica en el uso de los registros institucionales, un fenómeno documentado en estudios de fuentes secundarias [15]. Kessler et al. reportaron que aproximadamente el 50% de los pacientes con depresión mayor presentan comórbidamente un trastorno de ansiedad [19], y esta co-ocurrencia incrementa la complejidad del manejo, reduce la adherencia terapéutica y empeora el pronóstico funcional [25].

La presencia de epilepsia (G40, 4,3%) entre los diagnósticos del servicio de psiquiatría evidencia la necesidad de abordajes neuropsiquiátricos diferenciados, y refleja las dificultades para la derivación apropiada entre especialidades en sistemas de salud con recursos limitados. Este hallazgo es consistente con reportes de otros hospitales generales de la región [8]. La identificación de demencias (F00, F03) en el servicio de psiquiatría subraya la creciente carga de patología neurocognitiva en el envejecimiento poblacional de la región, con implicaciones para la organización de servicios especializados.

Desde una perspectiva de salud pública, los resultados reflejan inequidades estructurales documentadas en Itapúa: acceso geográfico limitado, escasez de recursos humanos especializados y débil integración de la salud mental en la atención primaria. Patel et al.

identifican estas barreras como los principales determinantes de la brecha de tratamiento en países de ingresos medios y bajos [4], lo que obliga a reorientar las políticas de salud mental hacia estrategias comunitarias, descentralizadas e integradas en la atención primaria, en línea con el Plan de Acción de la OPS [11].

Este estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. Primera, el uso de registros clínicos como fuente secundaria implica riesgo de subregistro y variabilidad interprofesional en los criterios diagnósticos, lo que puede afectar la precisión de la distribución por códigos CIE-10. Segunda, el estudio se restringe a un único centro hospitalario, lo que limita la generalización al conjunto del sistema de salud mental departamental y nacional. Tercera, los datos de sexo y edad están disponibles únicamente para la población mural (n = 183), impidiendo describir el perfil completo de la población extramural. Cuarta, el diseño transversal no permite establecer relaciones causales ni analizar la evolución longitudinal de los diagnósticos o la adherencia al tratamiento. Quinta, la ausencia de variables socioeconómicas y del área de procedencia de los pacientes limita el análisis de los determinantes sociales de los trastornos observados.

CONCLUSIONES

El presente estudio describió el perfil epidemiológico de 255 pacientes psiquiátricos atendidos en el Hospital Regional de Encarnación durante el año 2023, constituyendo el primer registro sistematizado de esta naturaleza para la región de Itapúa. Los hallazgos principales evidencian: (1) predominio de la atención mural (71,8%) sobre la extramural (28,2%), indicativo de un modelo centrado en la hospitalización; (2) mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres (63,9%), con una razón mujer: hombre de 1,77:1; (3) concentración de diagnósticos en adultos jóvenes de 21–40 años (41,8%); y (4) alta prevalencia de trastornos psicóticos —esquizofrenia, psicosis no orgánica,

esquizoafectivos— y del espectro ansioso-depresivo como diagnósticos principales.

Estos resultados tienen implicancias directas para la planificación sanitaria regional: refuerzan la necesidad de fortalecer los programas de detección temprana, especialmente en mujeres y adultos jóvenes; de consolidar redes descentralizadas de atención psiquiátrica articuladas con el primer nivel de atención; y de implementar intervenciones con perspectiva de género. Los datos aportados constituyen una línea de base empírica para el desarrollo de indicadores epidemiológicos locales y para la orientación de la política pública en salud mental en la región sur del Paraguay.

Se recomienda que investigaciones futuras amplíen la base poblacional a múltiples centros asistenciales del departamento, incorporen variables socioeconómicas y del contexto de origen, y adopten diseños longitudinales o mixtos que permitan analizar la evolución de los trastornos, la adherencia terapéutica y el impacto de las políticas de salud mental.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Mental health: Strengthening our response [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 2024 Feb 10]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS; 2022.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Washington DC: OPS; 2018 [citado 2024 Feb 10]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>
4. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553–98.
5. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1362–70.
6. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1–16.
7. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004;33(2):181–90.
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Informe Anual de Salud Mental en Paraguay. Asunción: MSPBS; 2019.
9. González C, Martínez J, Fernández L. Prevalencia de trastornos mentales en la población urbana de Asunción, Paraguay. *Salud Publica Paraguay*. 2018;24(1):33–45.
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores básicos para el análisis de la situación de salud. Washington DC: OPS; 2020.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de Acción sobre Salud Mental 2015–2020. Washington DC: OPS; 2015.
12. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Estrategia Nacional de Salud Mental 2019–2024. Asunción: MSPBS; 2019.
13. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 7ª ed. México DF: McGraw-Hill; 2021.
14. Bryman A. *Social Research Methods*. 5ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2021.
15. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453–7.
16. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191–4.
17. Colegio de Psicólogos del Paraguay. Código de Ética del Psicólogo. Asunción: Colegio de Psicólogos del Paraguay; 2017.
18. Souza MA, Lima MS, Almeida RM. Prevalência da esquizofrenia em pacientes hospitalizados no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;39(4):283–90.
19. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617–27.
20. García M, Pérez A, López R. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados en un hospital general en Argentina. *Rev Psiquiatría*. 2019;45(3):201–10.
21. Figueira I, Lima MS, Almeida RM. Prevalência e fatores de risco para depressão maior no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(4):327–35.
22. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241–51.
23. Minoletti A, Rojas G, Sepúlveda R. Prevalencia y características de la esquizofrenia en Chile. *Rev Med Chile*. 2013;141(6):727–33.
24. López M, González C, Ruiz M. Diagnósticos psiquiátricos más comunes en el Hospital de Clínicas de Asunción, Paraguay. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;36(2):87–95.
25. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;66(1):17–31.

