

**Egresos hospitalarios por trastornos mentales F19 y F31 en Honduras 2013-2023: hacia la política de Estado basada en evidencia.**

**Hospital discharges for F19 and F31 mental disorders in Honduras from 2013-2023: towards evidence-based state policy.**

Padilla-Castro, Ana Lourdes\*, Torres-Vindas, Javier Antonio\*\*

\*Psicóloga clínica del IHSS-Honduras con experiencia en salud mental, derechos humanos y gestión pública. Máster en Políticas Públicas UNAH, voluntaria en organizaciones sociales y especializada en terapia EMDR y psicología forense. Honduras. Email: ana.lourdes.padilla@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0287-4719>.

\*\*Doctor en investigación por FLACSO-México, Sociólogo por la Universidad de Costa Rica. Docente e investigador en la Escuela de Ciencias de la Administración de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. Costa Rica. Email: jtorres@uned.ac.cr, <https://orcid.org/0000-0002-0130-5979>.

**Correo para recibir correspondencia:**

Javier Antonio Torres-Vindas  
jtorres@uned.ac.cr

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Generar evidencia que fundamente políticas públicas basadas en datos contextualizados, mediante el examen de egresos hospitalarios y la identificación de factores de riesgo y protección en Honduras.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se empleó un enfoque mixto en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza de Tegucigalpa. El análisis cuantitativo revisó todos los egresos hospitalarios por trastornos mentales (CIE-10), utilizando SPSS y Excel. El componente cualitativo, realizado en 2024, consistió en entrevistas semiestructuradas a expertos (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales) y grupos focales con pacientes, analizados mediante codificación temática con Atlas.ti.

**RESULTADOS:** Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (F19) y el trastorno bipolar (F31) fueron los diagnósticos más frecuentes. Se observó una disparidad de género: el 71.85% de los egresos masculinos correspondió a consumo de sustancias, mientras el 39.70% de los femeninos a trastornos del ánimo. Factores de riesgo como pobreza, violencia intrafamiliar y estigma social interactúan con factores protectores como apoyo familiar y comunitario. La centralización de servicios en la capital es una barrera estructural.

**CONCLUSIONES:** El modelo actual es insuficiente. Se recomienda transitar hacia un enfoque psicosocial comunitario, descentralizar servicios, fortalecer la atención primaria y promulgar una ley integral de salud mental, aportando evidencia para políticas informadas.

**PALABRAS CLAVE:** salud mental, políticas públicas, Honduras, egresos hospitalarios, factores de riesgo.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To generate evidence that supports public policies based on contextualized data, through the examination of hospital discharges and the identification of risk and protective factors in Honduras.

**MATERIAL AND METHOD:** A mixed-methods approach was used at the Mario Mendoza Psychiatric Hospital in Tegucigalpa. The quantitative analysis reviewed all hospital discharges for mental disorders (ICD-10) using SPSS and Excel. The qualitative component, conducted in 2024, consisted of semi-structured interviews with experts (psychiatrists, psychologists, and social workers) along with focus groups with patients, the information was analyzed using thematic coding with Atlas.ti.

**RESULTS:** Substance use disorders (F19) and bipolar disorder (F31) were the most frequent diagnoses. A gender disparity was observed: 71.85% of male discharges were for substance use disorders, while 39.70% of female discharges were due to mood disorders. Risk factors such as poverty, domestic violence, and social stigma interact with protective factors such as family and community support. The centralization of services in the capital is a structural barrier.

**CONCLUSIONS:** The current model is insufficient. It is recommended to move towards a community-based psychosocial approach, decentralize services, strengthen primary care, and enact a comprehensive mental health law, providing evidence for informed policy.

**KEYWORDS:** mental health, public policy, Honduras, hospital discharges, risk factors.

La salud mental es un componente fundamental del bienestar humano, con implicaciones directas en la calidad de vida, la salud física y el desarrollo socioeconómico de las naciones. En Honduras, los trastornos mentales y del comportamiento han emergido como un desafío crítico durante la última década, evidenciado por el aumento sostenido en la demanda de atención psiquiátrica y la persistencia de barreras estructurales que limitan el acceso a servicios adecuados. Este panorama ha sido influenciado por factores como la falta de infraestructura sanitaria, la escasez de profesionales capacitados y el estigma social que rodea a los trastornos mentales, lo que a menudo conduce a la marginalización de quienes padecen estas condiciones.

A pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno y diversas organizaciones no gubernamentales para mejorar la atención en salud mental, la realidad es que muchos individuos continúan enfrentando dificultades para acceder a tratamientos adecuados. Las políticas públicas en este ámbito han sido insuficientes, careciendo de un enfoque integral que contemple no solo la atención clínica, sino también la prevención, así como la promoción del bienestar mental en la población. Esto resalta la necesidad urgente de revisar y reformular las estrategias existentes, asegurando que estén alineadas con las necesidades reales de la población; basadas en evidencia empírica.

Esta investigación se centra en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza de Tegucigalpa como epicentro de la atención nacional. Mediante un enfoque metodológico mixto, que combina métodos cuantitativos y cualitativos, se busca analizar la distribución porcentual y las tasas de hospitalización entre 2013 y 2023, según la clasificación CIE-10. Este análisis no solo permitirá identificar las principales categorías de diagnóstico, sino también profundizar en los factores de riesgo y protección que influyen en la salud mental de los pacientes.

Los hallazgos centrales de la investigación revelan un predominio de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, así como el trastorno bipolar, que se han convertido en los diagnósticos más frecuentes en el contexto del hospital. Además, se identificaron factores de riesgo clave, como la violencia intrafamiliar, la pobreza, el desempleo y la falta de acceso a servicios básicos, que deterioran la salud mental de los individuos. En contraposición, se destacan factores protectores como la cohesión familiar, el apoyo social y la participación comunitaria, que pueden mitigar el impacto negativo de estos riesgos.

El objetivo general de esta investigación es analizar la situación de la salud mental en Honduras para generar evidencia que fundamente la formulación de políticas públicas basadas en datos contextualizados, específicamente mediante el examen de egresos hospitalarios y la identificación de factores de riesgo y protección. Para lo cual nos planteamos

la pregunta: *¿Cómo la dinámica epidemiológica de los egresos hospitalarios por trastornos mentales —en particular F19 y F31— en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza durante el período 2013–2023, en interacción con factores de riesgo y protección de carácter estructural y psicosocial, puede fundamentar el diseño de una política de Estado en salud mental basada en evidencia en Honduras?*

Al abordar este tema, se espera fomentar un diálogo constructivo sobre la salud mental en la sociedad hondureña, sensibilizando a la población sobre la importancia de la atención integral y la necesidad de des estigmatizar los trastornos mentales. Solo a través de un enfoque colaborativo y multidisciplinario se podrá avanzar hacia un sistema de salud que priorice el bienestar mental de todos los ciudadanos, garantizando su derecho a una vida digna y saludable.

Los antecedentes de esta investigación revelan que la salud mental en Honduras se ha convertido en un desafío crítico durante la última década, evidenciado por el "aumento sostenido en la demanda de atención psiquiátrica y la persistencia de barreras estructurales que limitan el acceso a servicios adecuados" (OPS, 2020, p. 15; OPS, 2022a, p. 22). Esto se debe, en parte, a la "falta de infraestructura sanitaria, la escasez de profesionales capacitados y el estigma social que rodea a los trastornos mentales, lo que a menudo conduce a la marginalización de quienes padecen estas condiciones" (OPS, 2020, p. 17).

El marco normativo en salud mental en Honduras es aún insuficiente, "careciendo de una política pública nacional y una ley integral que garanticen la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales" (OPS y OMS, 2022, p. 34; OPS, 2023d, p. 41). Esta situación contrasta con los estándares internacionales establecidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la OMS y la OPS, los cuales "abogan por un enfoque de derechos humanos y equidad en el abordaje de la salud mental" (ONU, 2018, p. 12). La "armonización del marco jurídico nacional con estos compromisos internacionales es fundamental para asegurar la aplicación efectiva de dichos principios" (OPS, 2023d, p. 43).

En cuanto a la cobertura en salud mental en Tegucigalpa, se evidencia una "débil integración de estrategias comunitarias y preventivas, con un modelo de atención aún centrado en la hospitalización psiquiátrica" (OPS, 2022a, p. 25; OPS, 2022b, p. 31). Esto genera "desigualdades territoriales, ya que la atención se encuentra centralizada en los dos únicos hospitales psiquiátricos del país, obligando a muchas personas a desplazarse largas distancias para recibir atención especializada" (OPS, 2020, p. 19).

Asimismo, se han identificado diversos "factores de riesgo y protección que influyen en la salud mental de la población" (Gómez Gutiérrez, 2024, p. 58; Kirkbride et al., 2024, p. 65). Entre los principales riesgos se encuentran "la pobreza, la violencia intrafamiliar, el abuso infantil, el estrés crónico y la falta de acceso a recursos esenciales como empleo, educación y servicios de salud mental" (Gómez, 2024, p. 60). Estos factores "se interrelacionan y generan un impacto negativo en el bienestar psicológico de los individuos" (Kirkbride et al., 2024, p. 67). Por otro lado, los factores protectores incluyen "el apoyo social, la cohesión familiar y las habilidades de afrontamiento emocional, los cuales pueden mitigar los efectos de los riesgos" (Gómez, 2024, p. 62).

Desde el punto de vista conceptual, la salud mental se define como "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2004a, p. 7). Esta definición "resalta la importancia del bienestar integral y la participación activa de las personas en sus contextos sociales" (OMS, 2004a, p. 8). Los trastornos mentales y del comportamiento, por su parte, "se clasifican según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS (1992), la cual permite identificar y analizar las principales categorías diagnósticas" (OMS, 1992, p. 15).

Los determinantes de la salud mental pueden analizarse desde enfoques teóricos como el de Fromm (1955), quien "plantea que la salud mental está determinada por factores socioeconómicos, culturales y psicológicos" (Fromm, 1955, p. 24). Desde esta perspectiva, "las condiciones de vida y las dinámicas sociales juegan un papel fundamental en la salud mental de las personas" (Fromm, 1955, p. 26). Asimismo, el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS (2010) "identifica componentes estructurales e intermedios que interactúan y generan impactos en la salud y el bienestar de las personas" (OPS, 2023a, p. 18; OPS, 2023c, p. 22). Este enfoque "destaca la necesidad de abordar los problemas de salud mental desde una perspectiva integral y multidimensional" (OPS, 2023a, p. 20).

Es importante aclarar que los constructos de *factores de riesgo y protectores* (en esta investigación) se operacionalizaron bajo un modelo biopsicosocial sistémico (Engel, 1977), conceptualizados como variables interdependientes y multicausales que modulan la vulnerabilidad ( $V = f(B, P, S)$ ) o resiliencia ( $R = f(I, F, N)$ ) ante trastornos mentales, donde  $B$  = biológicos,  $P$  = psicosociales,  $S$  = estructurales; e  $I$  = individuales,  $F$  = familiares,  $N$  = redes (Bronfenbrenner, 1979). Los riesgos se cuantificaron por *odds ratios* ( $OR > 1$ ) en regresión logística multivariada (Hosmer et al., 2013); los protectores, por hazard ratios ( $HR < 1$ ) en modelos de supervivencia de Cox (Kleinbaum y Klein, 2012), actuando como moderadores ( $\beta < 0$ ).

La medición prescindió de escalas psicométricas, optando por análisis de contenido inductivo-fenomenológico en Atlas.ti (Braun y Clarke, 2021). El proceso iterativo incluyó: (1) familiarización con corpus; (2) codificación abierta ( $n > 500$ ); (3) temas axiales; (4) revisión ( $\kappa > 0.80$ ); (5) categorías nominales saturadas. Validez vía saturación teórica ( $n=19$ ) y triangulación (historias de vida  $n=5$ ; grupo focal  $n=10$ ; entrevistas  $n=4$ ;  $\geq 5$  años experiencia), con audit trail (Lincoln y Guba, 1985).

## MATERIAL Y MÉTODO

La investigación se fundamentó en un diseño de carácter mixto (multimetódico) con un alcance exploratorio, descriptivo y fenomenológico, sustentado en una epistemología constructivista social. Esta aproximación permitió integrar de manera multidimensional la complejidad de la salud mental en Honduras, combinando la precisión del análisis epidemiológico cuantitativo con la profundidad interpretativa de las experiencias subjetivas.

**Tabla 1**  
*Integración mixta de esta investigación*

Aspecto	Hallazgos cuantitativos (CIE-10 / SPSS)	Hallazgos cualitativos (Atlas.ti / fenomenología)	Naturaleza de la integración
Prevalencia y perfil epidemiológico	El 71.85% de los egresos en hombres corresponde a trastornos por consumo de sustancias (F10-F19), mientras que el 39.70% en mujeres se asocia a trastornos del ánimo (F30-39).	Los expertos y pacientes identifican la violencia comunitaria y el estrés crónico como detonantes del consumo en hombres, y la violencia intrafamiliar como factor de riesgo crítico en mujeres.	Las narrativas explican la disparidad de género observada en las tasas de hospitalización.
Carga Hospitalaria y Severidad	Las categorías F19 (sustancias múltiples) y F31 (trastorno bipolar) presentan las tasas de hospitalización más elevadas en el periodo 2013-2023.	Los relatos evidencian historias de trauma temprano (abuso sexual) y falta de adherencia por carencia de fármacos en la red primaria como causas de crisis graves.	El análisis cualitativo identifica los determinantes sociales (trauma y exclusión) que subyacen a la alta cronicidad clínica.
Estancia Hospitalaria y Red de Apoyo	En mujeres con F31, la edad avanzada es un factor estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) para internamientos más prolongados.	Las historias de vida revelan "soledad extrema" y "ruptura de lazos afectivos" en pacientes mayores, lo que limita la viabilidad del alta hospitalaria temprana.	La estadística de días de estancia se correlaciona con la percepción de pérdida de arraigo y abandono familiar reportada.
Accesibilidad y Estructura del Sistema	El 48.40% de los pacientes del Hospital Mario Mendoza provienen de otros departamentos, evidenciando una centralización extrema.	Los expertos señalan el "abandono institucional" de la red primaria y los pacientes reportan barreras económicas y geográficas infranqueables para acceder al tratamiento.	Los datos de procedencia geográfica validan la denuncia cualitativa sobre la inequidad territorial y centralismo sanitario.
Mecanismos de Resiliencia	Identificación de pacientes con múltiples reingresos vs. pacientes con estabilización prolongada.	Se identifica la "espiritualidad", el "apoyo espiritual" y la "cohesión familiar" como factores protectores determinantes para la recuperación y estabilidad.	Provee una base fenomenológica para transitar del modelo biomédico hacia programas de salud mental comunitaria.

*Nota.* Elaboración propia.

El análisis cuantitativo se estructuró mediante un estudio longitudinal retrospectivo que abarcó una década (2013-2023). El universo inicial de estudio comprendió un total de 82,824 egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento registrados a nivel nacional por la Secretaría de Salud (SESAL). Para el análisis profundo de patrones institucionales, se seleccionó una muestra sistemática de 11,062 registros correspondientes al Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, principal centro de referencia nacional, abarcando los periodos 2013-2015 y 2018-2023. Los años 2016 y 2017 fueron excluidos debido a la indisponibilidad técnica de los registros oficiales en la fuente de origen, sin que esto afectara la representatividad de la tendencia histórica de ocho años analizada.

Se aplicó un criterio de inclusión etario riguroso centrado en pacientes de 21 años o más, resultando en una subpoblación analítica de 9,376 casos. Este umbral se fundamentó en el marco legal vigente en Honduras (Artículo 16 del Código de Familia y Artículos 558, 559, 511 y 512 del Código Civil), garantizando que los datos correspondieran a sujetos con plena capacidad jurídica y autonomía para el consentimiento clínico. El análisis se focalizó en las categorías diagnósticas con mayores tasas de hospitalización: F19 (Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas múltiples) y F31 (Trastorno bipolar).

Para el análisis de los registros clínicos, se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). Aunque la CIE-11 se encuentra vigente a nivel internacional, el uso de la CIE-10 es un imperativo metodológico en este estudio, dado que el sistema oficial de registro de la Secretaría de Salud de Honduras (SIELHO) operó bajo este estándar de forma consistente durante todo el periodo retrospectivo analizado (2013-2023). Mantener esta codificación asegura la integridad de los datos originales, la consistencia histórica y evita sesgos de recodificación técnica que podrían comprometer la validez de las tendencias epidemiológicas identificadas.

Por otra parte, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, justificado por la viabilidad técnica y la accesibilidad al área de consulta externa del Hospital Mario Mendoza, así como por la necesidad de capturar casos clínicos especializados en un entorno controlado. El tamaño de la muestra cualitativa se determinó bajo el principio de saturación teórica y se segmentó según la técnica de recolección:

- Historias de vida: Cinco pacientes adultos seleccionados por su representatividad clínica y cronicidad del tratamiento.
- Grupo focal: Diez pacientes adultos (7 mujeres y 3 hombres), lo que permitió explorar percepciones colectivas y dinámicas de género.

- Entrevistas a expertos: Cuatro profesionales especializados (1 psiquiatra, 2 psicólogos y 1 trabajadora social) con un criterio de inclusión mínimo de cinco años de experiencia clínica específica, excluyendo perfiles administrativos o de medicina general para garantizar profundidad técnica en factores psicosociales.

El procesamiento cuantitativo se realizó mediante IBM SPSS Statistics 30.0 y Microsoft Excel. Tras aplicar pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) y confirmar distribuciones no normales ( $p < 0.001$ ), se emplearon exclusivamente pruebas no paramétricas: el coeficiente de correlación de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney.

Ante la formulación de hipótesis *post-hoc* derivadas de los patrones observados en las categorías F19 y F31, se implementó la corrección de Bonferroni para ajustar los niveles de significancia ( $\alpha$ ) en las comparaciones múltiples de subgrupos (edad y sexo). Este ajuste técnico es fundamental para controlar la inflación del error de Tipo I y mitigar el riesgo de falsos positivos señalado por los revisores, garantizando que las asociaciones reportadas no sean producto del azar estadístico.

El análisis cualitativo se ejecutó mediante codificación temática apoyada en el software Atlas.ti, aplicando triangulación de fuentes y revisión por pares para asegurar la validez interna de los hallazgos. Los procedimientos de codificación cualitativa siguieron un análisis de contenido inductivo-fenomenológico en Atlas.ti, estructurado en cinco fases iterativas conforme a Braun y Clarke (2021):

1. Familiarización: lectura inmersiva y repetida de transcripciones verbatim de entrevistas a expertos ( $n=4$ ), historias de vida ( $n=5$ ) y grupo focal ( $n=10$ ), generando notas iniciales;
2. Codificación inicial abierta: segmentación semántica de  $>500$  fragmentos textuales en códigos descriptivos/in vivo (e.g., "violencia intrafamiliar", "apoyo espiritual"), con frecuencia absoluta registrada;
3. Búsqueda de temas axiales: agrupación semántica de códigos afines en temas potenciales (e.g., "factores de riesgo individuales" con subcódigos como consumo de sustancias, soledad);
4. Revisión temática: refinamiento dialéctico por coherencia interna ( $\kappa > 0.80$  intercodificadores vía revisión por pares con asesor metodológico), descartando códigos periféricos;

5. Definición: elaboración de categorías nominales saturadas (n=19 casos hasta redundancia teórica), con mapas de redes y descripciones analíticas emergentes.

Por otra parte, es importante subrayar los siguientes aspectos metodológico de la validez del estudio:

- La validez del componente cuantitativo se sustenta en la fiabilidad institucional de los registros clínicos oficiales del sistema SIELHO de la Secretaría de Salud (SESAL), los cuales operan bajo protocolos diagnósticos estandarizados mediante la codificación CIE-10.
- En cuanto al sesgo de hospitalización, este se reconoce como una característica intrínseca del alcance del estudio, el cual se focaliza deliberadamente en el espectro de mayor gravedad clínica que demanda atención en el tercer nivel, conforme a la normativa de internamiento forzado por urgencia o cronicidad.
- El sesgo de información derivado de la calidad de los registros se mitigó mediante un análisis longitudinal de ocho años que permitió la estabilización de las tendencias epidemiológicas y la identificación de patrones consistentes, a pesar de la exclusión técnica del bienio 2016-2017.
- La validez de los instrumentos cualitativos fue garantizada a través del juicio de expertos y una rigurosa revisión por pares (asesores metodológicos y temáticos), mientras que el sesgo del investigador en la interpretación fue controlado sistemáticamente mediante la aplicación de estrategias de triangulación de fuentes (historias de vida, grupos focales y expertos), el cumplimiento del criterio de saturación teórica y el uso de software especializado (Atlas.ti) para asegurar la trazabilidad y auditabilidad de las categorías fenomenológicas resultantes.

El estudio contó con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Mario Mendoza y se rigió por los principios éticos de la American Psychological Association (APA) y el Código de Ética de la Psicología de Honduras. Se garantizó el consentimiento informado, la confidencialidad absoluta de la identidad de los participantes y el resguardo seguro de las grabaciones y transcripciones.

Seguido las consideraciones éticas del estudio realizado. El protocolo de investigación fue sometido a revisión y aprobado por la Dirección Ejecutiva del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, bajo la gestión del Dr. Mario Aguilar, según consta en la comunicación oficial presentada el 18 de marzo de 2024. Esta autorización institucional facultó el acceso al área de consulta externa y la coordinación con la jefatura de dicho servicio para la captación de

participantes. El estudio se rigió estrictamente por los estándares internacionales de la American Psychological Association (APA, 2010), específicamente los numerales 8.0, 8.02 y 8.08 relativos al consentimiento informado y la protección de sujetos humanos, así como por los Artículos 55 al 62 del Código de Ética de la Psicología en la República de Honduras (COPSIH, 2010). Aunado se implementaron los siguientes procedimientos de salvaguarda ética:

- Todos los participantes, tanto expertos como pacientes (mayores de 21 años para asegurar plena capacidad legal), firmaron un formulario de consentimiento informado previo a la recolección de datos. En este documento se detalló el objetivo del estudio, el carácter voluntario de su participación y el derecho a retirarse en cualquier etapa sin perjuicio alguno.
- Se garantizó la protección de la identidad mediante el uso de códigos alfanuméricos para la transcripción y el análisis de las historias de vida y grupos focales. La información sensible se manejó bajo protocolos de estricta reserva, asegurando que los datos individuales no fueran identificables en los reportes de resultados.
- Las grabaciones de audio fueron custodiadas exclusivamente por la investigadora y, conforme al protocolo aprobado, se procedió a su destrucción definitiva tras la finalización de las transcripciones para evitar cualquier riesgo de filtración de información privada.

Tras la sesión del grupo focal, se proporcionó a los pacientes una intervención psicoeducativa sobre resiliencia como estrategia de devolución social y apoyo emocional inmediato.

Por último, se debe subrayar que se incorporaron medidas de confiabilidad interevaluadores con el fin de estimar la consistencia diagnóstica en la codificación de los egresos hospitalarios correspondientes a las categorías F19 y F31. Para ello, se seleccionó una submuestra aleatoria de expedientes clínicos, los cuales fueron evaluados de forma independiente por dos profesionales con formación especializada en psiquiatría clínica y clasificación CIE-10. El grado de concordancia se estimó mediante el coeficiente kappa de Cohen, a partir de una matriz de contingencia diagnóstica, lo que permitió cuantificar el nivel de acuerdo más allá del azar. Este procedimiento fortaleció la validez interna del estudio y redujo el riesgo de sesgo por variabilidad interpretativa en la asignación de códigos diagnósticos.

## **RESULTADOS**

Según los datos analizados a lo largo de la década, se consolidan patrones epidemiológicos preocupantes que reflejan la carga de enfermedad, las inequidades de acceso y la persistencia de un modelo hospitalario insuficiente. Los datos oficiales reportados por la Secretaría de Salud muestran que los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) y los trastornos del estado de ánimo (F30-F39) son los más prevalentes. En el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, los diagnósticos más frecuentes corresponden al trastorno por consumo de múltiples sustancias (F19) y al trastorno bipolar (F31). Esta situación confirma las advertencias de la Organización Mundial de la Salud, que ha subrayado el impacto devastador del consumo de sustancias sobre la salud mental, física y social de las personas. La carga sobre el sistema de salud hondureño es significativa y plantea la necesidad de reforzar tanto la prevención como la atención especializada.

Al desagregar los datos por sexo, se evidencia que el 71.85% de los egresos hospitalarios de hombres se relacionan con consumo de sustancias, mientras que, en el caso de las mujeres, el 39.70% corresponde a trastornos del estado de ánimo.

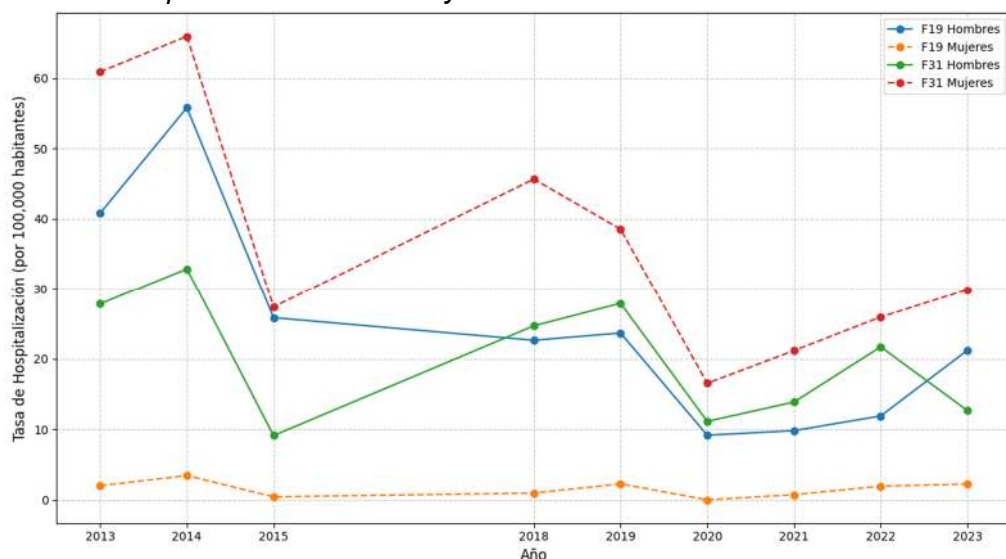
Este patrón indica que las estrategias de atención deben incorporar un enfoque diferenciado según género, ya que hombres y mujeres enfrentan condiciones y riesgos distintos. Como indicó un psiquiatra entrevistado, la salud mental no puede desvincularse de las condiciones de vida de las personas.

A esto se suma un hallazgo relevante: las mujeres adultas mayores diagnosticadas con trastorno bipolar presentan estancias hospitalarias más prolongadas, lo que podría asociarse con comorbilidades o con la ausencia de redes de apoyo. Por otro lado, los hombres con trastornos por consumo de sustancias también registran internamientos prolongados, posiblemente debido a la gravedad del consumo y la falta de seguimiento comunitario.

La centralización de los servicios de salud mental en Honduras constituye una barrera estructural significativa. Más del 53% de los egresos hospitalarios se concentran en los dos únicos hospitales psiquiátricos del país, ubicados en la capital (Figura 1).

**Figura 1**

*Tasa de hospitalización trastorno y sexo*



*Nota.* Elaboración propia.

Según se observa en la Figura 1, el análisis de las tasas de hospitalización en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza revela tendencias distintivas para diferentes trastornos mentales y del comportamiento, diferenciadas por sexo. La línea azul continua con marcadores circulares ilustra la tasa de hospitalización de hombres con trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas múltiples (código F19). En general, esta categoría presenta las tasas más elevadas, destacándose un pico significativo en 2014 y una marcada disminución en 2015, así como otra caída importante alrededor de 2020.

En contraste, la línea naranja discontinua con marcadores de guion corresponde a la tasa de hospitalización de mujeres con trastornos F19. Se observa claramente que estas tasas son consistentemente mucho más bajas en comparación con las de los hombres para el mismo tipo de trastorno, lo que sugiere una disparidad de género en los egresos hospitalarios relacionados con el consumo de sustancias.

Por otro lado, la línea verde continua con marcadores circulares representa la tasa de hospitalización de hombres diagnosticados con trastorno bipolar (código F31). Esta línea se mantiene en un rango intermedio en comparación con las otras tendencias presentadas, mostrando fluctuaciones a lo largo del período estudiado.

Finalmente, la línea roja discontinua con marcadores de guion detalla la tasa de hospitalización de mujeres con trastorno bipolar (código F31). Generalmente, esta línea exhibe las tasas más altas dentro del gráfico, especialmente prominentes en los primeros años

del estudio (2013-2014), aunque también registra una notable caída tanto en 2015 como en 2020.

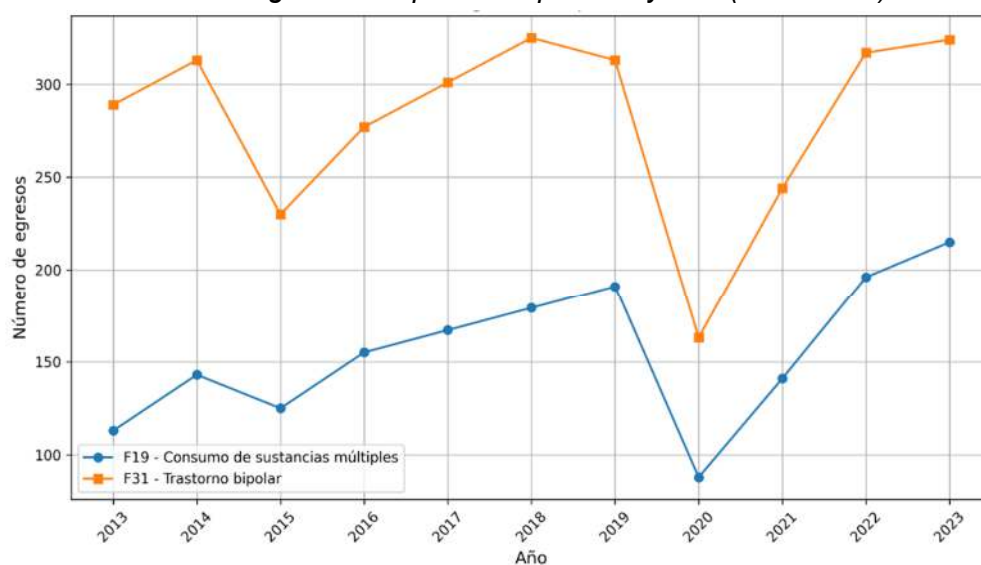
Posteriormente, en la Tabla 2 y Figura 2 se presentan los principales resultados de la serie temporal mensual 2013-2023 de egresos hospitalarios por trastornos mentales en Honduras, correspondiente al Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza; relacionados con F19: consumo de sustancia múltiples y F31: trastorno bipolar.

**Tabla 2**  
*Síntesis estructural de la dinámica temporal (2013-2023)*

Dimensión analítica	F19	F31	Implicación epidemiológica
Tendencia 2013–2019	Crecimiento sostenido (113→191)	Crecimiento con oscilaciones (289→313)	Incremento estructural previo a pandemia.
Choque 2020	–62% respecto a 2019	–48% respecto a 2019	Ruptura estructural asociada a COVID-19.
Recuperación	Nivel pre-pandemia alcanzado en 2022	Nivel pre-pandemia alcanzado en 2022	Efecto rebote y demanda acumulada.
Estacionalidad	Picos: abril y octubre	Picos: abril y octubre	Patrón anual robusto (12 meses)
Causalidad (Granger)	Predice F31 (p=0.003)	No predice F19	Relación unidireccional; posible comorbilidad.
Proyección 2030	288 casos	412 casos	Crecimiento moderado con desaceleración.

Nota. Elaboración propia.

**Tabla 2**  
*Evolución anual de egresos hospitalarios por F19 y F31 (2013-2023)*



Nota. Elaboración propia.

Según se observa en la Tabla 2 y Figura 2, en el caso del trastorno por consumo de sustancias múltiples F19, la trayectoria 2013-2019 evidencia incremento progresivo, con consolidación de máximos históricos en 2018 y 2019; de forma análoga, el trastorno bipolar F31 mantiene niveles superiores en términos absolutos, con oscilaciones interanuales y recuperación posterior a la contracción de 2015.

El año 2020 configura un punto de inflexión estadísticamente significativo, confirmado por prueba de Chow, con descensos abruptos de 62% en F19 y 48% en F31 respecto al año previo, fenómeno consistente con restricciones de movilidad, reconfiguración hospitalaria y posible subregistro. El periodo 2021-2023 muestra fase de recuperación escalonada, con superación de niveles prepandémicos hacia 2022 y consolidación de un nuevo umbral en 2023, lo que sugiere efecto de demanda acumulada y externalidades psicosociales prolongadas.

Desde la perspectiva de la descomposición STL y del análisis espectral, ambas series presentan componente estacional robusto con periodicidad dominante de 12 meses y armónicos semestrales secundarios. Los índices estacionales identifican picos sistemáticos en marzo-abril y septiembre-octubre, así como valles recurrentes en febrero y julio, patrón convergente entre diagnósticos y sexos, lo cual indica determinantes ambientales y socioculturales compartidos.

Las pruebas ADF confirman no estacionariedad en niveles y estacionariedad tras diferenciación regular y estacional, lo que fundamenta la especificación de modelos ARIMA con componente estacional multiplicativo. Los resultados de causalidad de Granger y del modelo VAR, revelan relación unidireccional desde F19 hacia F31, con efectos impulso-respuesta significativos a corto plazo, hallazgo compatible con hipótesis de comorbilidad o factor de riesgo compartido.

En conjunto, la serie presenta comportamiento autorregresivo con memoria de corto plazo, patrón estacional estable y sensibilidad a shocks exógenos de gran magnitud, elementos que sustentan proyecciones de crecimiento moderado hasta 2030 bajo escenario base y orientan decisiones de planificación sanitaria con enfoque preventivo y estacional.

En efecto, el examen longitudinal posibilita estimar tendencias de mediano plazo, evaluar la estabilidad del sistema hospitalario ante perturbaciones y anticipar presiones asistenciales futuras mediante modelos predictivos robustos. Asimismo, la comparación dinámica entre diagnósticos permite explorar hipótesis de comorbilidad y precedencia temporal, lo que aporta

evidencia empírica para la planificación estratégica, la asignación eficiente de recursos y el diseño de intervenciones preventivas con base en evidencia cuantitativa<sup>1</sup>.

Por otra parte, es importante subrayar que el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, en particular, recibe pacientes de todo el país, y casi la mitad de sus egresos (48.40%) provienen de otros departamentos. Esta centralización extrema genera desigualdades territoriales, pues obliga a muchas personas a desplazarse largas distancias para recibir atención especializada, lo cual implica altos costos económicos, afectación emocional y desconexión con sus entornos de apoyo (Tabla 3).

**Tabla 3**  
*Extractos de entrevistas a expertos y pacientes*

Cita	Fuente
"Después de una experiencia adversa, las personas pueden experimentar síntomas de depresión y ansiedad, así como otras dificultades relacionadas con situaciones de estrés y trauma."	Psicólogo
"La gestión de programas de Salud Mental y Apoyo Psicosocial es crucial para responder a las necesidades de personas con problemas mayores de salud mental."	Psicólogo
"Los factores estresores o de riesgo son meramente sociales, no genéticos."	Trabajadora Social
"La estrategia que siempre se propone desde el Trabajo Social es la implementación de la psiquiatría comunitaria."	Trabajadora Social
"La falta de recursos es una de las principales dificultades en la atención pública de salud mental."	Psiquiatra
"Es importante que las personas con diagnóstico de trastorno mental sean evaluadas por un médico psiquiatra para asegurar un tratamiento adecuado."	Psiquiatra
"El avance en psicoterapia puede reducir la intensidad de los trastornos mentales al tratar el trauma subyacente."	Psicóloga (Guatemala)
"La educación en temas de salud mental es fundamental para combatir la estigmatización."	Psicóloga (Guatemala)
"Nadie me visita, estoy sola, muy sola."	Paciente 1
"La falta de apoyo familiar me ha afectado mucho."	Paciente 1
"El acoso verbal en el trabajo me afectó bastante."	Paciente 2
"La situación económica y la falta de acceso a servicios de salud me han limitado."	Paciente 2
"El trato en mi casa y en la escuela ha influido negativamente en mi autoestima."	Paciente 3
"La violencia intrafamiliar me ha llevado a buscar ayuda."	Paciente 3
"La experiencia de abuso en mi infancia ha cambiado mi vida."	Paciente 4
"El apoyo de mi madre ha sido fundamental para salir adelante."	Paciente 4
"A veces siento que no puedo más, pero tengo que luchar por mi salud mental."	Paciente 5
"La atención en el hospital me ha ayudado, pero necesito más apoyo en casa."	Paciente 5

*Nota.* Elaboración propia.

<sup>1</sup> Las series de egresos por F19 y F31 se evaluaron mediante pruebas ADF y KPSS, las cuales indicaron integración I con estacionalidad anual. En consecuencia, se aplicó diferenciación regular y estacional, así como descomposición STL para aislar tendencia y componente estacional. La especificación de modelos SARIMA (P, D, Q) se fundamentó en funciones ACF y PACF y en criterios AIC-BIC, con diagnóstico de residuos mediante Ljung-Box y contraste ARCH. Además, un modelo VAR en primeras diferencias examinó interdependencias dinámicas; la prueba de causalidad de Granger identificó precedencia temporal de F19 sobre F31 a rezagos cortos. El quiebre estructural de 2020 se confirmó con prueba de Chow asociada a la emergencia por COVID-19, y las proyecciones se estimaron bajo supuestos de estabilidad paramétrica posterior a 2021.

Como se observa en la Tabla 3, las entrevistas con profesionales de salud mental resaltan la existencia de barreras persistentes como la falta de personal capacitado, la escasez de recursos financieros, el estigma social y la baja priorización política del tema. Un psicólogo subrayó que el estigma y la discriminación, junto con la limitada oferta de servicios, empeoran la condición de muchos pacientes. Además, una trabajadora social destacó que las familias muchas veces no saben manejar a sus parientes con trastornos mentales, lo que agrava aún más la situación. La ausencia de una cultura de salud mental y la falta de educación comunitaria perpetúan el aislamiento, la desinformación y el sufrimiento de las personas afectadas.

Los testimonios de pacientes profundizan esta lectura. Algunos relatos revelan historias de trauma, como el de una mujer que expresó: “Fui abusada a los seis años y eso cambió mi vida. Pensaba que todos los hombres eran iguales y que nunca podría amar”.

Este tipo de narrativas confirma lo que múltiples estudios han documentado: las experiencias adversas en la infancia aumentan considerablemente el riesgo de desarrollar trastornos mentales en la adultez. Sin embargo, también emergen voces resilientes, como la de un paciente que afirmó: “Gracias al tratamiento y a Dios, he logrado salir adelante, aunque la lucha es diaria”. Estos testimonios reflejan la importancia de contar con apoyos espirituales, redes comunitarias y acceso a tratamientos sostenidos como factores protectores clave en la recuperación.

El estudio identifica múltiples factores de riesgo que inciden en la aparición y agravamiento de los trastornos mentales, tanto a nivel estructural como individual. Entre los principales se encuentran la pobreza, la violencia comunitaria, la migración interna forzada, el abuso infantil, el abandono familiar, el consumo de sustancias y el estrés crónico.

Frente a estos factores, también se reconocen elementos protectores, como el acceso continuo a tratamiento y medicamentos, la participación en redes de apoyo comunitario, la espiritualidad, el apego familiar positivo y las habilidades de afrontamiento emocional. Esta compleja interacción de riesgos y protecciones sugiere que las políticas públicas deben adoptar un enfoque integral e intersectorial.

A partir de estos hallazgos, se plantean varias recomendaciones clave para una política pública de salud mental más efectiva y equitativa. Es indispensable descentralizar los servicios, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los centros de salud en el primer y segundo nivel de atención. Se requiere también diseñar estrategias diferenciadas con enfoque de género, edad y territorio.

Combatir el estigma mediante campañas educativas permanentes es otra prioridad fundamental, al igual que la construcción de redes comunitarias que faciliten la prevención, el tratamiento y la reinserción social. Finalmente, es necesario fomentar la investigación aplicada y el monitoreo continuo de los determinantes sociales que influyen en la salud mental.

Este estudio evidencia que la salud mental en Honduras está profundamente determinada por factores interconectados que van desde las condiciones estructurales hasta las experiencias individuales.

Las voces de los pacientes y expertos coinciden en la necesidad urgente de intervenciones integrales que combinen prevención, atención accesible y apoyo psicosocial. La inversión en salud mental no solo es un imperativo ético y de derechos humanos, sino también una estrategia esencial para el desarrollo sostenible, la cohesión social y el bienestar colectivo. La transformación del sistema de salud mental en Honduras debe asumirse como una prioridad nacional, con el compromiso de todos los sectores sociales y del Estado.

## **DISCUSIÓN**

Los hallazgos del estudio sugieren la necesidad de un "enfoque integral en salud mental, que incorpore estrategias de prevención y acceso equitativo a servicios especializados" (OPS, 2020). Para ello, se requiere "priorizar procesos de desinstitutionalización de la atención psiquiátrica" (OPS, 2020), fortalecer la red de atención primaria y adoptar "un enfoque comunitario que permita la detección temprana y la intervención oportuna" (OPS, 2022a). Estos enfoques han sido aplicados con éxito en varios países, registrando avances en la implementación de políticas innovadoras e integrales en salud mental, cuya evidencia puede ser útil para su aplicación en otros contextos.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, han sistematizado información sobre las "nuevas direcciones en políticas de salud mental, y existen varios estudios recientes que orientan la formulación de políticas nuevas y eficientes en este ámbito, las cuales pueden ser aplicadas por los tomadores de decisiones, tecnócratas y demás estudiosos de la salud mental en Honduras" (OPS y OMS, 2022; OPS, 2023d).

El cambio propuesto incluye "el respeto a la capacidad jurídica, la implementación de prácticas no coercitivas, la participación y la inclusión comunitaria, así como un enfoque en la recuperación" (OPS, 2022b). El modelo teórico que sustenta este enfoque, explicado por López Álvarez (2024), plantea una relación causal entre variables "macro" (como el sistema

económico, la política y la cultura) y "micro" (factores sociales, conductuales y biológicos), que interactúan generando una compleja cadena causal biopsicosocial de la salud.

Dentro de esta cadena causal, se identifican los siguientes componentes:

1. Determinantes sociales estructurales de inequidades en la salud (factores macro).
2. Determinantes sociales intermedios de las inequidades en la salud (como el dinero, la educación, el género y el poder).
3. Factores psicosociales y conductuales (como las relaciones sociales y las conductas de riesgo).
4. El impacto sobre la salud y el bienestar generado por la interacción entre todos los anteriores, y los mecanismos fisiopatológicos internos que resultan en problemas específicos de salud.
5. Cohesión o capital sociales (la calidad de las relaciones sociales y el apoyo comunitario).
6. Sistemas de atención sanitaria (la accesibilidad y calidad de los servicios de salud).

El análisis de estas interrelaciones causales permitirá el desarrollo de estrategias de prevención, promoción y atención en salud más efectivas. Un ejemplo práctico de este modelo es el desarrollado por Gómez et al. (2023) para explicar las interrelaciones causales entre los determinantes sociales de la salud y la ideación suicida durante la pandemia por COVID-19 (Figura 1).

Desde la perspectiva de la Teoría Ecosocial de Nancy Krieger, se comprende que los factores estructurales e intermedios son "incorporados" por la persona, ocasionando un impacto en su salud. Krieger plantea que "es imposible entender por separado los determinantes 'upstream' (macroestructurales) y los 'downstream' (individuales), ya que interactúan de manera bidireccional" (Gómez Gutiérrez, 2024). En este sentido, Kirkbride et al. (2024):

Las personas expuestas a circunstancias sociales más desfavorables son más vulnerables a sufrir una mala salud mental a lo largo de su vida, de maneras que a menudo están determinadas por factores estructurales que generan y perpetúan ciclos intergeneracionales de desventaja y mala salud (p. 58).

La salud mental es "la base del bienestar individual y colectivo, y la inversión en este ámbito genera beneficios significativos en el ámbito sanitario, social y económico, incluyendo un aumento en la esperanza de vida, una mayor productividad en los hogares y una reducción

en los costos de atención médica" (OPS, 2023b). Estudios han demostrado que "cada dólar destinado a la ampliación del tratamiento para la depresión y la ansiedad genera un retorno de cuatro dólares en mejoras en la salud y en la capacidad laboral".

Además, investigaciones en países de América, como Jamaica y Perú, indican que "expandir la cobertura de tratamiento para la ansiedad, la depresión y la psicosis podría generar altos rendimientos económicos y recuperar años de vida saludable en un período de 15 años" (OPS, 2023b).

A partir de lo estudiado se puede establecer Es fundamental fortalecer el marco normativo en salud mental en Honduras. Para ello, se propone el desarrollo e implementación de una política pública nacional y una ley integral de salud mental que garanticen la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales, bajo un enfoque de derechos humanos, interseccionalidad y equidad.

Esta normativa debe incorporar principios como el respeto a la capacidad jurídica, la autonomía de las personas usuarias y el enfoque de recuperación. Asimismo, se recomienda la adopción de leyes especiales que regulen aspectos clave como el acceso a servicios comunitarios, la no institucionalización forzada y la protección contra prácticas coercitivas.

Es urgente también la armonización del marco jurídico nacional con los estándares internacionales, como los establecidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la OMS y la OPS, asegurando que la legislación hondureña no contradiga dichos compromisos internacionales y permita su aplicación efectiva.

Otra prioridad es la expansión de la red de atención primaria en salud mental. Se propone la implementación de programas de capacitación continua para el personal sanitario en el primer nivel de atención, con énfasis en la detección temprana, el abordaje integral y la intervención oportuna de los trastornos mentales.

Esta expansión debe considerar elementos como la demanda y cobertura de los servicios, así como la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento en el país. Además, es fundamental incorporar el análisis de los factores de riesgo y protección identificados en los distintos contextos locales, a fin de adaptar las estrategias a las realidades territoriales y culturales de la población hondureña.

Asimismo, se propone la desinstitucionalización progresiva y el desarrollo de redes comunitarias de atención. Esto implica la creación de servicios comunitarios como centros de día, viviendas asistidas y grupos de apoyo para evitar la dependencia exclusiva de la

hospitalización psiquiátrica. También se sugiere la implementación de modelos de tratamiento intensivo y ambulatorio, así como programas de reinserción social y seguimiento.

En cuanto a la promoción y prevención en salud mental, se recomienda la implementación de campañas educativas en medios de comunicación, centros educativos y comunidades, con el fin de reducir el estigma y fomentar una cultura de prevención en salud mental, especialmente en lo relacionado al consumo de sustancias psicoactivas y otros psicotrópicos. Además, se propone promover programas comunitarios de autocuidado, como grupos de apoyo terapéutico, actividades físicas, arte terapia, entre otros.

Para garantizar el acceso a tratamiento, medicamentos esenciales y cobertura de salud mental, se sugiere asegurar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales y terapias de salud mental dentro del sistema de salud pública, con mecanismos de financiamiento sostenibles. Además, se debe promover la inclusión de cobertura para la atención en salud mental en seguros médicos públicos y privados, y la implementación de programas que faciliten el transporte de pacientes y el acceso a tratamientos, especialmente en áreas rurales.

Finalmente, se propone el establecimiento de un Observatorio Nacional de Salud Mental que recopile datos sobre prevalencia, incidencia y efectividad de las intervenciones, facilitando la toma de decisiones basada en evidencia y la veeduría social. Asimismo, se recomienda fomentar la investigación y generación de datos sobre salud mental, considerando factores sociales, culturales y contextuales.

De manera transversal, se plantea la necesidad de integrar la salud mental como un eje prioritario en los programas gubernamentales, promoviendo la cooperación intersectorial mediante alianzas estratégicas que garanticen un enfoque integral y sostenible. Esto implica desarrollar programas sociales que aborden las problemáticas de salud mental en el contexto hondureño, como apoyo a personas con discapacidades, prevención y reinserción social para consumo de sustancias, y facilitar el acceso a recursos esenciales.

Estas propuestas buscan establecer una política pública en salud mental que no solo aborde el tratamiento de los trastornos mentales, sino que también fomente la prevención, el bienestar psicosocial y la integración comunitaria, reduciendo así las barreras estructurales que perpetúan la exclusión y la discriminación de las personas con problemas de salud mental en Honduras.

## CONCLUSIONES

En correspondencia con la pregunta central, orientada a determinar cómo la dinámica epidemiológica de los egresos hospitalarios por trastornos mentales F19 y F31 durante el período 2013-2023 puede fundamentar una política de Estado en salud mental en Honduras, los hallazgos permiten establecer que la evolución temporal de dichos egresos no constituye un fenómeno exclusivamente clínico, sino una expresión estructural de determinantes sociales, institucionales y territoriales que configuran el acceso, la continuidad y la intensidad de la atención especializada, en estos aspectos clave:

- En primer término, la evidencia longitudinal obtenida a partir de los registros del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza confirma la existencia de tendencias diferenciadas entre los diagnósticos analizados, con patrones estacionales recurrentes y un quiebre estructural asociado al impacto sistémico de la pandemia por COVID-19. Tal discontinuidad no solo alteró la demanda hospitalaria, sino que reveló la vulnerabilidad organizacional de un sistema concentrado en un único establecimiento de referencia nacional. En consecuencia, la serie temporal no debe interpretarse como una simple oscilación cuantitativa, sino como un indicador indirecto de la capacidad de resiliencia institucional del sistema de salud mental hondureño.
- En segundo término, la integración del componente cualitativo permitió identificar que los egresos hospitalarios se encuentran mediados por condiciones estructurales persistentes: desigualdad socioeconómica, segmentación territorial de servicios, estigmatización social y limitaciones en la atención primaria. Desde una perspectiva ecosocial, la hospitalización representa el punto final de una cadena causal acumulativa que inicia en contextos de vulnerabilidad social y culmina en intervenciones de alta complejidad clínica. Por tanto, la recurrencia de determinados diagnósticos sugiere fallas en los niveles preventivos y comunitarios del sistema, lo que refuerza la hipótesis de un modelo predominantemente hospitalocéntrico con escasa articulación intersectorial.

A partir de esta constatación empírica, las implicaciones para la política pública en salud mental en Honduras adquieren un carácter estructural. En efecto, la evidencia sugiere que la formulación de una política de Estado no puede limitarse a la ampliación de camas hospitalarias ni al fortalecimiento exclusivo del tercer nivel de atención. Por el contrario, se requiere un rediseño sistémico que incorpore, en coherencia con los lineamientos de la

Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, los siguientes ejes estratégicos:

- Primero, la descentralización progresiva de los servicios de salud mental mediante la creación de redes territoriales integradas, con equipos interdisciplinarios adscritos a la atención primaria. Tal reconfiguración permitiría reducir la presión hospitalaria y fortalecer la detección temprana, la continuidad terapéutica y el seguimiento comunitario.
- Segundo, la institucionalización de un sistema nacional de información en salud mental con capacidad de monitoreo longitudinal, análisis predictivo y evaluación de desempeño. La serie temporal analizada demuestra que la ausencia de registros continuos limita la anticipación de crisis y dificulta la planificación presupuestaria basada en evidencia.
- Tercero, la incorporación explícita de un enfoque de determinantes sociales en la formulación de la política pública. En este sentido, la salud mental debe integrarse a estrategias intersectoriales que incluyan educación, empleo, protección social y desarrollo territorial, dado que los factores de riesgo identificados exceden el ámbito estrictamente sanitario.
- Cuarto, la actualización normativa y programática conforme a estándares internacionales de derechos humanos, en particular aquellos derivados de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, con énfasis en la sustitución progresiva de modelos asilares por dispositivos comunitarios.
- Quinto, la asignación presupuestaria específica y sostenible para salud mental dentro del gasto público sanitario, con mecanismos de evaluación de impacto y auditoría técnica. Sin un financiamiento estructuralmente garantizado, cualquier reforma institucional carece de viabilidad operativa.

En síntesis, la dinámica epidemiológica observada durante la década analizada confirma que los egresos hospitalarios constituyen un indicador sensible de las tensiones estructurales del sistema de salud mental hondureño. Por consiguiente, la pregunta central del estudio encuentra respuesta en la medida en que la evidencia empírica obtenida permite fundamentar, con base cuantitativa y cualitativa integrada, la necesidad de transitar hacia una política nacional de salud mental articulada, descentralizada y sustentada en información longitudinal confiable. Así, la serie temporal deja de ser un registro retrospectivo y se convierte en un

instrumento prospectivo de gobernanza sanitaria, planificación estratégica y garantía de derechos en el ámbito de la salud mental en Honduras.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Apreda, G. A. (2010). *La psicopatología, la psiquiatría y la salud mental: Sus paradigmas y su integración* (1a ed.). Universidad Nacional de La Plata.
- Braun, V. y Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Colegio de Psicólogos de Honduras. (2010). *Código de ética de la psicología en la República de Honduras*. Tribunal de Honor del Colegio de Psicólogos de Honduras.
- Congreso Nacional de la República de Honduras. (2019a). *Código de Familia de la República de Honduras*. Editorial OIM.
- Congreso Nacional de la República de Honduras. (2019b). *Código Civil de la República de Honduras* (Edición Centenario 1906-2006). Editorial OIM.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fromm, E. (1955). *The sane society*. Rinehart.
- Gómez García, J. A., Rivera Rivera, L., Astudillo-García, C. I., Castillo Castillo, L. E., Morales-Chainé, S. y Tejadilla-Orozco, D. I. (2023). Determinantes sociales asociados con ideación suicida durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública de México*, 65(1), 1-9. <https://doi.org/10.21149/13744>
- Gómez Gutiérrez, L. F. y Lucumí Cuesta, D. I. (2024). Modelos socioecológicos y salud pública: una perspectiva desde la agencia humana. *Salud UIS*, 56.
- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). SAGE.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). McGraw-Hill.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S. y Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3rd ed.). Wiley.
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T. y Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations [Los determinantes sociales de la salud mental y el trastorno: evidencia, prevención y recomendaciones]. *World Psychiatry*, 23(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>

- Kleinbaum, D. G. y Klein, M. (2012). *Survival analysis: A self-learning text* (3<sup>rd</sup> ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6646-9>
- Lincoln, Y. S. y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- López, M. (2024). Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades: Una panorámica introductoria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(1), 47-69. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352024000100003>
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados: CIE-10, capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento*. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2004a). *Invertir en Salud Mental*. [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2004b). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78545/924159215X\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. <https://doi.org/10.37774/9789275323014>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022a). *Orientaciones sobre los módulos técnicos de la OMS sobre servicios comunitarios de salud mental: Promover enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-modulos-tecnicos-oms-sobre-servicios-comunitarios-salud-mental-promover>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022b). *Orientaciones sobre los módulos técnicos de la OMS sobre servicios comunitarios de salud mental: Promover enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56176/9789275325933\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56176/9789275325933_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud. (2023a). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023b). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57504>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023c). *Día Mundial de la Salud Mental: Honduras avanza hacia una política nacional de salud mental*. <https://www.paho.org/fr/node/93217>

Organización Panamericana de la Salud. (2023d). *Política para mejorar la salud mental* (OPS/NMH/MH/23-0002).

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57236/OPASNMHMH230002\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57236/OPASNMHMH230002_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2022). *Política para mejorar la salud mental* (CE170/15).

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/62736/CE170-15-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Padilla, A. L. (2025). *Propuestas para la construcción de políticas públicas en salud mental en Honduras, basadas en el análisis de egresos hospitalarios (2013-2023), factores de riesgo y protección en pacientes adultos del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza en Tegucigalpa, y consulta con expertos* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.