

Variables psicosociales que inciden en la conducta de habitantes de la calle en Panamá del 2018 al 2023 Vol.1.

Psychosocial variables influencing the behavior of people living on the streets in Panama from 2018 to 2023, Vol. 1.

Miguel Ángel Cañizales Mendoza

Universidad de Panamá. Facultad de Psicología, Departamento Psicología Industrial, Organizacional y Social. Panamá.

E-mail: miguelangel.cañizales@up.ac.pa ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7433-2118>

Francisco Jesús De León, O.

Universidad de Panamá, Facultad de Psicología. Panamá.

E-mail: fdeleono1397@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9725-5293>.

Régulo N. Sandoya M.

Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Departamento Psicología Educativa y Escolar. Panamá.

E-mail: regulo.sandoya@up.ac.pa ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4575-8187>

Fecha de recepción: 2 de diciembre de 2025

Fecha de aceptación: 6 de abril de 2026

DOI <https://doi.org/10.48204/red.v5n2.8797>

Resumen

El propósito de este estudio fue identificar la existencia de frecuencias de variables psicosociales que inciden en la conducta de habitantes de la calle, por lo que se utilizó como referencia cinco albergues de Panamá. Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 160 personas que fueron beneficiarios del Centro Juan Pablo II por medio de sus espacios de albergue. Se utilizó como instrumentos de recolección de datos: una entrevista estructurada, Mini-Examen Cognoscitivo (Lobo, 1999) y un Protocolo del Examen del Estado Mental. El tipo de estudio es descriptivo (observacional no intervencionista). El diseño de investigación fue no experimental y el método de análisis estadísticos utilizado fue el análisis de frecuencia. Los resultados arrojaron una alta prevalencia de consumo temprano de sustancias (ej. 26% inició alcohol entre 13-17 años), correlacionado negativamente con rendimiento cognitivo ($r = -.42, p < .05$). Déficit en salud mental: 27.5% presentó depresión, 24.4% ansiedad y solo 20% tenía diagnósticos registrados. Limitaciones socioeducativas: 83.2% de la muestra superaba los 40 años, con baja escolaridad (16.3% educación superior) y empleos precarios (33.8% en trabajos no calificados). Alteraciones en capacidad de

179



juicio (15% gravemente perturbado) y estado de ánimo, asociadas a ludopatía ($r=.38$, $p<.01$) y detenciones policiales ($r=.35$, $p<.05$). Los resultados confirman la incidencia crítica de variables psicosociales (adicciones, salud mental, exclusión laboral) en la conducta de esta población. Se recomienda intervenciones integradas que combinen atención en salud mental, programas de desintoxicación y capacitación laboral.

Palabras Claves: Habitantes de calle, variables psicosociales, exclusión social y consumo de sustancias.

Abstract

The purpose of this study was to identify the presence of frequencies of psychosocial variables that influence the behavior of homeless individuals, using five shelters in Panama as reference points. A non-probabilistic purposive sample of 160 individuals, all beneficiaries of the Juan Pablo II Center through its shelter services, was used. The data collection instruments included a structured interview, the Mini-Mental State Examination (Lobo, 1999), and a Mental Status Examination Protocol. The study is descriptive (observational, non-interventional). The research design was non-experimental, and the statistical method used was frequency analysis.

The results revealed a high prevalence of early substance use (e.g., 26% began consuming alcohol between the ages of 13–17), negatively correlated with cognitive performance ($r = -.42$, $p < .05$). Mental health deficits were also identified: 27.5% presented with depression, 24.4% with anxiety, and only 20% had documented diagnoses. Socio-educational limitations were evident: 83.2% of the sample were over 40 years old, with low educational attainment (16.3% had higher education) and precarious employment (33.8% in unskilled jobs). There were also impairments in judgment capacity (15% severely disturbed) and mood alterations, associated with gambling addiction ($r = .38$, $p < .01$) and police detentions ($r = .35$, $p < .05$).

The findings confirm the critical impact of psychosocial variables (addictions, mental health, and labor exclusion) on the behavior of this population. Integrated interventions are recommended, combining mental health care, detoxification programs, and job training.

Key Words: Homeless individuals, psychosocial variables, social exclusion, and substance use

Introducción

Consideramos que existen diversos factores de riesgo social que pueden llevar a una situación de calle debido al aumento de costo de vida, el consumo de sustancias psicoactivas, rechazo social, migraciones forzadas y participación que llevan a la privación de libertad. Esto en un contexto social, que desde niños puede generar la ruptura del vínculo afectivo, generando un crecimiento con una imagen desesperanzadora, comúnmente relacionada con la vulnerabilidad social que según Kaztman (1999), abarca aspectos materiales y subjetivos como las condiciones precarias, falta de atención de salud, exclusión, discriminación y violencia.



Bajo estas precarias condiciones sociales no se cumple el enfrentar el estrés, desarrollar habilidades, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad, que es como la Organización Mundial de la Salud describe a la salud mental, por lo que el desarrollo integral de la persona se ve deteriorado. Grandón et al. (2018) destacan la compleja interacción entre la situación de calle y la salud mental, ya que los trastornos mentales pueden contribuir a esta vulnerabilidad social, y la exposición a condiciones adversas en la calle puede agravar o generar nuevos problemas mentales. Por ejemplo, la falta de vivienda es señalada por Moyano (2010) como un factor de riesgo para desarrollar psicopatologías.

Es importante destacar que muchas personas en situación de calle han enfrentado adversidades y traumas, y muchos carecen de recursos para desarrollar resiliencia y adaptarse positivamente a circunstancias desafiantes, ni tampoco tienen lo que la OMS menciona como los factores de protección, que son las relaciones sociales positivas, educación de calidad, trabajos dignos, barrios seguros y la cohesión social.

Existen diferentes interpretaciones para trastornos como el de conducta y negatividad desafiante, mencionado por Ramírez et al. (2011), que son el método de adaptación o facilitadores de problemas como el abandono del hogar, delincuencia y victimización. La comorbilidad entre estos trastornos, los trastornos por consumo de sustancias y la falta de hogar es común.

Otra relación compleja que existe es la relación entre consumo de sustancias o mejor dicho como adicciones y situación de calle. Ya que el consumo puede ser una estrategia de supervivencia en la calle, pero también puede ser el resultado. Según el National Institute on Drug Abuse o NIDA (2022), el trastorno por consumo de sustancias puede estar asociado a problemas de salud mental, ya sean anteriores o posteriores al inicio de consumo de drogas y pueden tener una relación de causalidad o agravamiento mutuo. Como, por ejemplo, el consumo de sustancias afecta la salud mental, precediendo a trastornos como el de conducta, déficit de atención, fobias, trastorno bipolar y depresión, según Posada, Bareño y Berbesí (2010).

Según De León y Cañizales (2022), el alcohol fue la droga más consumida por todos los participantes, seguida por la cocaína, que se inició a edades más tempranas. La marihuana fue la droga menos consumida entre las estudiadas. El consumo precoz de drogas aumenta la vulnerabilidad para desarrollar una tolerancia y una dependencia. La mayoría de los participantes no presentaban algún deterioro cognitivo, aunque se observaron alteraciones en la apariencia, la conducta, el pensamiento, el estado de ánimo, el funcionamiento intelectual y el sentido del sí mismo.

El NIDA (2020), menciona también que se presenta otros riesgos en los habitantes de la calle, como el de contraer infecciones al inyectarse con jeringas compartidas o la práctica sexual de riesgo.



Mashal (2022) destaca factores como los biológicos, psicológicos y ambientales que influyen en el trastorno por uso de sustancias, como la soledad, el estrés emocional, otros trastornos mentales y el dolor crónico. La adicción a las drogas tiene una base genética y puede ser afectada por factores culturales y sociales, influenciando el riesgo entre un 40% y un 60%.

Un factor complejo que de esta problemática son las dificultades de la resocialización que implica educar, incluir y rehabilitar a personas con desafíos que afectan su identidad y participación en la sociedad, y desarrollar nuevas capacidades para mejorar su calidad de vida según Álvarez, Durango, Carvajal, Pinzón y Gómez (2021). Algunos de estos desafíos de éste proceso son la violencia, las recaídas, la recuperación a la reintegración social.

Método

Muestra

Se trabajó con la población total, compuesta por 160 personas que han sido albergadas en un periodo del 18 de mayo del 2018 al 18 de mayo del 2023 (cinco años), dentro de los cinco albergues que ha tenido la institución, ubicados en: La Chorrera, Calidonia, Santa Ana, San Miguel y Río Hato.

Instrumentos

Para la realización de este estudio, se empleó la observación participante como técnica principal de investigación, permitiendo una evaluación del *Protocolo del Examen del Estado Mental*. Explora diversas dimensiones del estado psicológico de los participantes a partir de los criterios de Apropiado e Inapropiado, de los siguientes aspectos: apariencia y comportamiento, proceso y contenidos del pensamiento, estado de ánimo y afecto, funcionamiento intelectual, sentido del sí mismo y experiencias perceptuales.

También se utilizó la *Entrevista Estructurada* que incluye variables sociodemográficas estudiadas, como: edad, escolaridad, nacionalidad, estado civil, religión y otros.

Se utilizó el *Mini Examen Cognitivo de Lobo* (1999), como método de evaluación breve del deterioro cognitivo.

Aznar, (1999): señala:

Los expertos ahora consultados también avalaron la "factibilidad" y validez "de contenido" del MEC. Los siguientes datos previos existentes de la estandarización española original avalan la validez "de construcción" del instrumento: "validación concurrente" contra instrumentos psicométricos o exámenes clínicos independientes; capacidad discriminativa entre cuadros "orgánicos" y "no orgánicos"; y validación contra parámetros externos, incluyendo el EEG. Los resultados del cálculo de fiabilidad test/retest del MEC, en las exigentes condiciones del estudio, fueron satisfactorios. La mayoría de los individuos se sitúa en los márgenes altos, normales, de rendimiento en el MEC, pero existe suficiente dispersión en las puntuaciones y el coeficiente de fiabilidad fue, para el MEC-35: $k_w = 0,637$ ($IC_{95\%} = 0,596-0,678$; $z = 12,655$; $p < 0,01$).



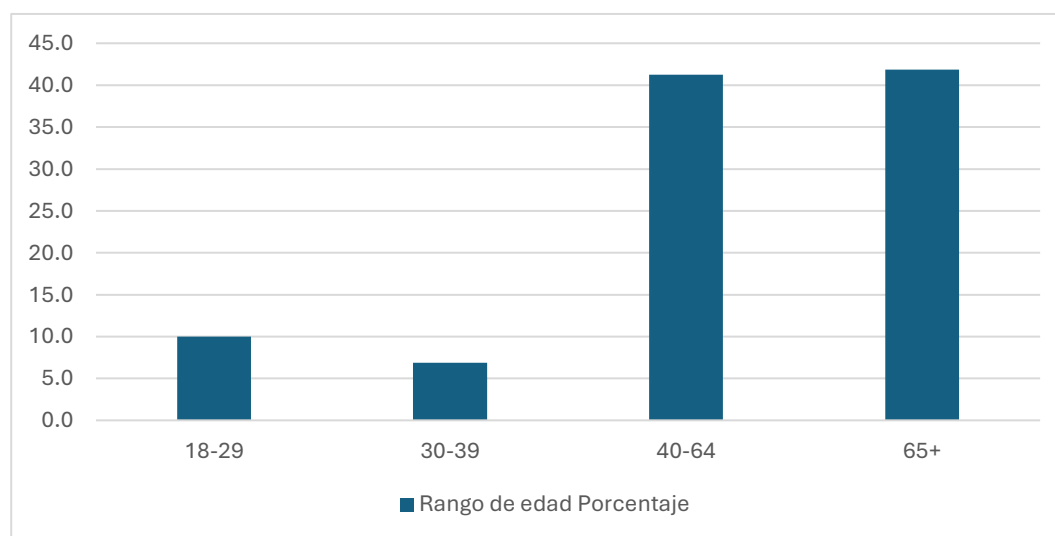
Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el análisis de los datos a través de la Entrevista Estructurada

En la **Figura 1**, describe la distribución de la muestra en función de cuatro rangos de edad: de 18 a 29 años, con un 10% (16 personas); de 30 a 39 años, con un 6.9% (11 personas); de 40 a 64 años, con un 41.3% (66 personas); y de 65 años en adelante, con el 41.9% de la muestra (67 personas). Los dos grupos de rangos mayores (que van de los 40 años en adelante) constituyen la mayoría de la población, representando más del 80% del total. En cambio, los grupos más jóvenes (menores de 40 años) representan una minoría, con el 16.9% de la muestra, lo que indica que la persistencia de las personas que han estado albergadas en estos lugares contribuye a una población envejecida.

Figura 1

Distribución de frecuencias de los rangos de edad de los participantes



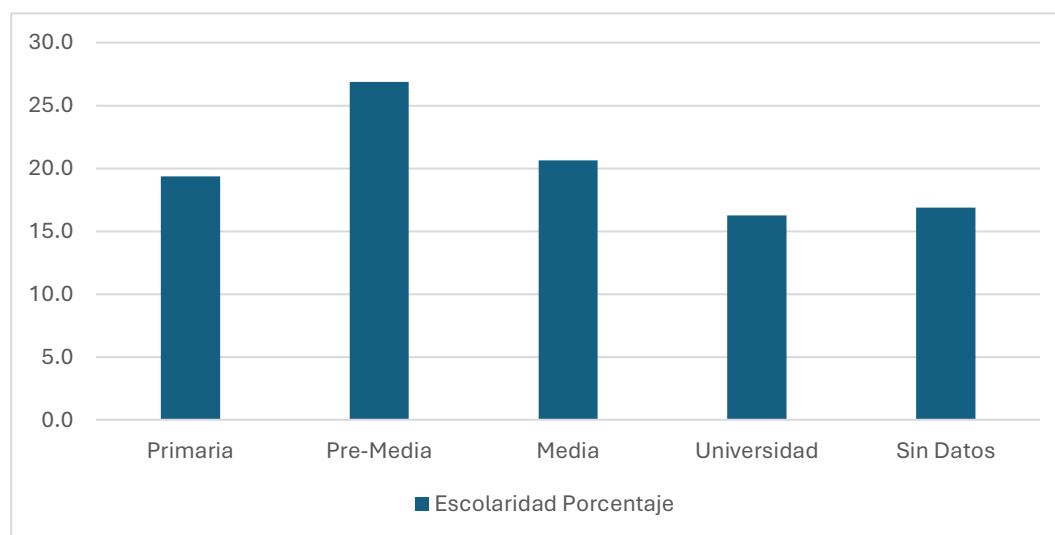
En la **Figura 2**, se observa la distribución según el nivel de escolaridad. El 19.4% llegó a estudiar hasta el nivel de primaria (31 personas), el 26.9% hasta el nivel de Pre-Media (43 personas), el 20.6% hasta el nivel de Media (33 personas), el 16.3% hasta un nivel universitario (26 personas), y el 16.9% se desconoce el nivel al que llegaron a estudiar (27 personas).

El nivel educativo en donde la mayor cantidad de personas dejó de estudiar es hasta los niveles de Pre-Media (lo que no implica que lograron culminar este período de estudio). De igual forma, el siguiente nivel donde estudiaron es hasta niveles de Media, y se observa un alto porcentaje de personas que llegaron a estudiar solo hasta primaria. Aunque hay personas que alcanzaron niveles

de estudios universitarios, la mayoría de la muestra se encuentra en niveles de estudios básicos y medios, con una proporción más baja que alcanza estudios universitarios.

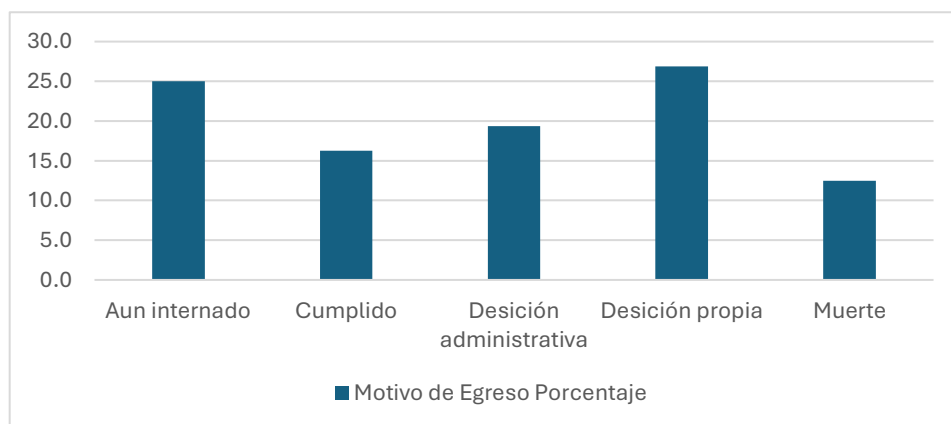
Figura 2

Distribución de frecuencias según el nivel de escolaridad.



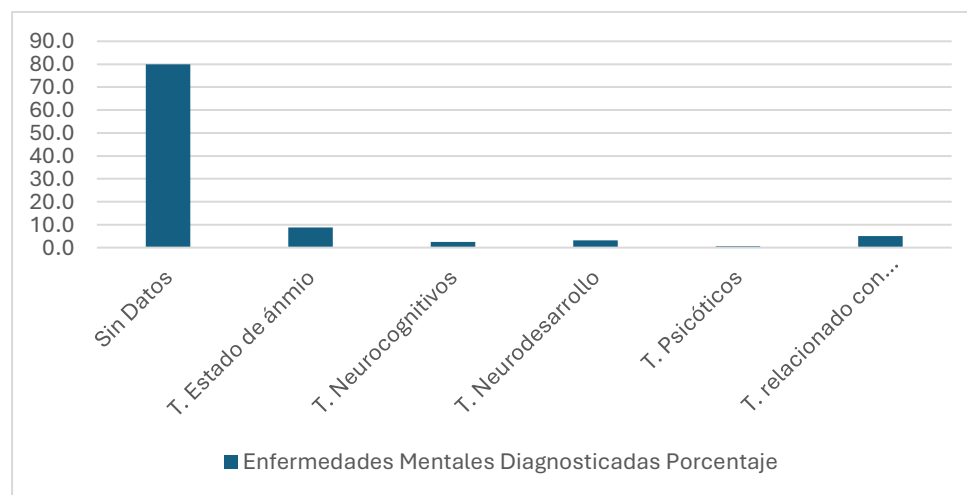
La **Figura 3**, describe los motivos de egreso de la muestra en la institución estudiada. Un 25% se mantuvo internado en el momento de la recolección de datos (40 personas), un 16.3% cumplió sus objetivos albergados (26 personas), un 19.4% fue retirado por decisión administrativa debido a conductas y actitudes (31 personas), un 26.9% tomó la decisión propia de desistir del apoyo brindado, y un 12.5% falleció mientras permanecía albergado en la institución (20 personas).

El motivo más común de egreso fue por decisión propia, seguido por decisiones administrativas, lo que en conjunto suma un 45.3% de la población. Esto podría considerarse como una actitud o conducta poco adaptativa en relación con los objetivos del albergue. A esto le sigue un alto porcentaje de personas que se mantienen albergadas o que han logrado cumplir con las metas del albergue, encontrando trabajo e independizándose con éxito. Finalmente, se observa un porcentaje de fallecimientos durante el periodo de permanencia en la institución.

Figura 3*Distribución de frecuencia por el motivo de egreso.*

La **Figura 4** describe la distribución de la población según las enfermedades mentales diagnosticadas. El 80% de la muestra no tiene datos o registros de alguna enfermedad mental diagnosticada, el 8.8% fue diagnosticado con trastorno del estado de ánimo (14 personas), el 2.5% con trastornos neurocognitivos (cuatro personas), el 3.1% con trastornos del neurodesarrollo (cinco personas), el 0.6% con diagnóstico de trastorno psicótico (una persona), y el 5% con diagnóstico de trastornos relacionados con sustancias/adictivos (ocho personas).

La mayoría de las personas evaluadas no cuentan con información registrada sobre enfermedades mentales, lo que refleja un déficit de atención recibida en el campo psicológico/psiquiátrico en cuanto a la proporción de la muestra estudiada.

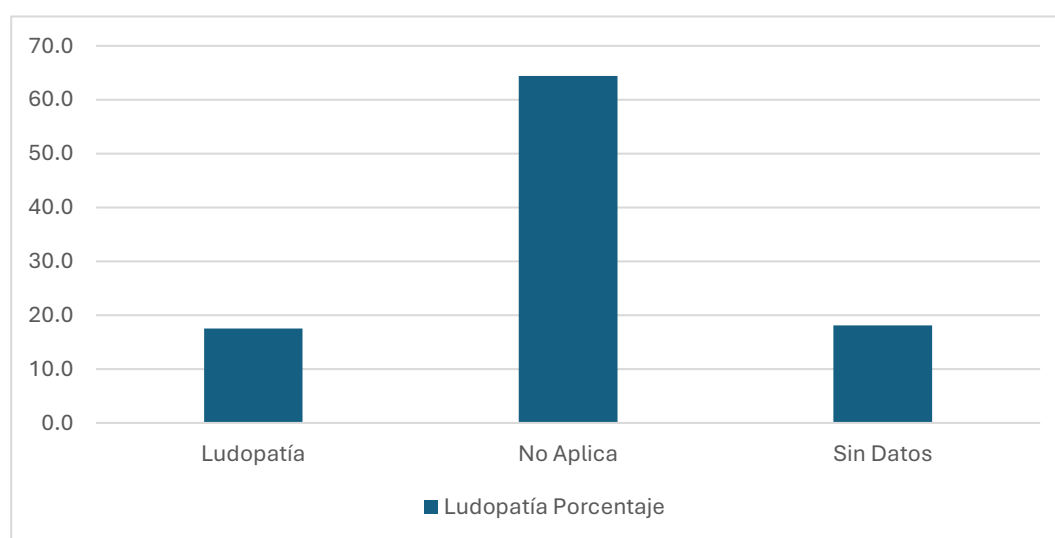
Figura 4*Distribución de frecuencias según las enfermedades mentales diagnosticadas.*

En la **Figura 5**, se presenta la distribución de la tendencia ludópata. El 17.5% muestra una tendencia ludópata (28 personas), mientras que el 64.4% no presenta esta tendencia (103 personas), y el 18.1% no tiene datos registrados (29 personas).

La categoría con mayor porcentaje demuestra no aplicar a la tendencia ludópata; sin embargo, el porcentaje que sí presenta esta tendencia dentro de la muestra estudiada resalta como un problema relevante en esta categoría.

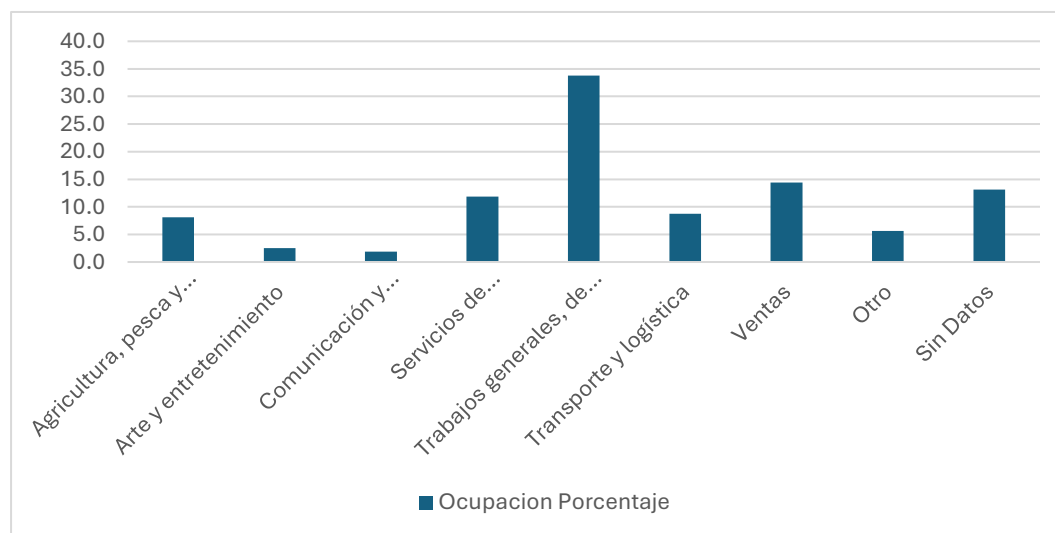
Figura 5.

Distribución de frecuencia según la tendencia ludópata.



Se presenta en la **Figura 6**, la distribución de la ocupación de la muestra estudiada, en donde el 33.8% se dedicó a trabajos generales de apoyo y limpieza (54 personas), el 14.4% al sector de ventas (23 personas), el 11.9% a servicios de emergencia y seguridad (19 personas), el 8.8% a transporte y logística (14 personas), el 8.1% a agricultura, pesca y ganadería (13 personas), el 5.6% a otro sector (9 personas), el 2.5% a arte y entretenimiento (cuatro personas), el 1.9% a comunicación y atención al cliente (tres personas), y el 13.1% no tiene datos registrados sobre su ocupación (21 personas).

La ocupación con mayor porcentaje de personas es en el sector de servicios generales y limpieza, seguida por el grupo del sector de ventas. La mayoría de la población se dedicó a ocupaciones que requieren habilidades manuales o servicios básicos, con un enfoque menor en sectores creativos o especializados.

Figura 6.*Distribución de frecuencia según la ocupación.*

Se presenta en la **Tabla 1**, la distribución porcentual del consumo de alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína y la primera vez de coito.

Los rangos de edad con mayor frecuencia de consumo de alcohol se encuentran entre los 13 y 29 años. Esto sugiere que el período de mayor consumo ocurre durante la adolescencia y la adultez joven. Sin embargo, se observa una frecuencia mínima, pero preocupante, en los rangos de edad de la niñez y la adultez.

La mayoría de la población inició el consumo en edades de adolescencia y adultez temprana, sin embargo, se observan casos de inicio en edades extremas de niñez.

La mayoría de la población menciona no haber consumido marihuana; sin embargo, se destaca que el consumo suele iniciar principalmente entre la adolescencia y la adultez temprana.

En su mayoría, la población no ha consumido cocaína, sin embargo, el mayor porcentaje se ubica en la adultez joven, seguido de la adolescencia y luego en edades extremas, que incluyen la niñez y la vejez.

El mayor índice porcentual de inicio de la actividad sexual se menciona en edades tempranas, antes de cumplir la mayoría de edad. Sin embargo, también se muestra un pequeño porcentaje relacionado con un estilo de vida poco sexual.

Tabla 1

Distribución porcentual según el rango de inicio de consumo de alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína y primera vez de coito.

Rango de edad de inicio	Alcohol	Cigarrillo	Marihuana	Cocaína	Coito
3-6	1.3	.6	1.3	1.3	0.0
7-12	13.8	12.5	6.3	8.1	13.1
13-17	26.3	23.1	8.1	9.4	34.4
18-29	26.3	15.6	10.0	10.6	30.0
30-39	2.5	1.3	1.3	1.9	2.5
40-64	.0	.6	0.0	.6	.6
65+	0.0	0.0	0.0	.6	0.0
No Aplica	12.5	29.4	55.0	48.1	.6
Sin Datos	17.5	16.9	18.1	19.4	18.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Los resultados de la **Tabla 2**, destaca que la mayor cantidad de la población evaluada obtuvo puntajes altos, entre 26 y 35, lo que refleja un desempeño cognitivo aceptable o bueno para la muestra evaluada. Sin embargo, también hay un porcentaje significativo con niveles cognitivos que requieren atención en salud mental.

Tabla 2

Tabla cruzada de los resultados del deterioro cognitivo según el MEC y el consumo de drogas.

Nivel de deterioro	Frecuencia	Porcentaje
0-5	7	4.4
6-10	2	1.3
11-15	6	3.8
16-20	12	7.5
21-25	14	8.8
26-30	41	25.6
31-35	64	40.0
Sin Datos	14	8.8
Total	160	100.0

Los resultados de la **Tabla 3**, muestra el resultado porcentual de algunas categorías del Examen del Estado Mental, en cuanto a apariencia y conducta, proceso y contenido del pensamiento, funcionamiento intelectual, juicio y experiencias perceptuales.

La mayoría de la muestra se clasificó en la categoría de inapropiado, teniendo en consideración la condición física y social en la que se encontraban, así como sus capacidades físicas y psicológicas. Esto indica que la mayoría de las personas albergadas en la institución presentaban una necesidad de intervención o dificultades para lograr independencia.

Un poco más de una cuarta parte de la población cumplió con la mayoría de los requisitos evaluados como apropiados, mientras que más de la mitad exhibe alteraciones en los pensamientos o la razón, lo que está relacionado con problemas de salud mental.

La distribución refleja una notable diversidad de capacidades. El índice de funcionamiento intelectual inapropiado, o lo que se describe como déficit intelectual, es muy alto, mientras que los que reportan un funcionamiento apropiado, o lo que se considera común o aceptable, a pesar de ser un porcentaje mayor, aún se considera bajo.

Esta tabla revela una distribución variada en cuanto a la capacidad de toma de decisiones. Un alto porcentaje de la muestra se encuentra en la categoría de inapropiados, lo que indica que necesitan ayuda, para tomar decisiones, o tienen capacidades gravemente afectadas en la toma de decisiones. La mayoría de los participantes no presentan alteraciones sensoriales, sin embargo, se presentan alteraciones relacionadas con problemas de la salud mental, como trastornos psicóticos.

Tabla 3

Distribución porcentual según los resultados del Examen del Estado Mental.

	Apariencia y conducta	Proceso y contenido	Funcionamiento intelectual	Juicio	Experiencias perceptuales
Apropiada	31.3	27.5	45.6	11.3	80.6
Inapropiada	60.6	61.9	43.1	76.3	7.5
Sin Datos	8.1	10.6	11.3	12.5	11.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Los resultados de la **Tabla 4**, muestra el resultado porcentual de algunas categorías del Examen del Estado Mental, en cuanto al estado de ánimo.

Se observa que los estados de ánimo más predominantes son los depresivos, de ansiedad y de desesperanza, lo que indica una prevalencia de emociones relacionadas con el malestar, con un pequeño porcentaje de personas con un estado apropiado.

Tabla 4

Distribución de frecuencia según los resultados del Estado de Ánimo del Examen del Estado Mental.

	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	39	24.4
Apropiado	20	12.5
Deprimido	44	27.5
Desesperanza	26	16.3
Disfórico	4	2.5
Eufórico	4	2.5
Sin Datos	23	14.4
Total	160	100.0

Discusión

La presente investigación partió de la hipótesis estadística que postula la existencia de tendencias significativas en las frecuencias de variables psicosociales —como el consumo de sustancias, la salud mental deteriorada, la exclusión laboral y la ruptura de vínculos familiares— que inciden directamente en la conducta de las personas en situación de calle. Los resultados obtenidos respaldan esta premisa, revelando patrones en los datos que vinculan dichos factores con comportamientos disruptivos, dificultades de adaptación social y limitaciones en la capacidad de autonomía.

Los datos de esta investigación señalan que la mayoría de la muestra tiene 40 años o más (83.2%), lo que sugiere que la situación de calle afecta principalmente a personas mayores. Esto en las referencias, que no abordan específicamente la edad como un factor de riesgo.

Los factores como la falta de viviendas asequibles, crisis económicas, rechazo social y ruptura de vínculos familiares contribuyen a la situación de calle (Alvarado, 2017). Esto se refleja donde el 80% de la muestra está compuesta por personas solteras, lo que sugiere una falta de redes de apoyo familiar. Además, la mayoría de la muestra tiene niveles básicos de educación (Pre-Media y Media), lo que coincide con la falta de oportunidades educativas mencionada en los primeros datos. Sin embargo, los primeros datos incluyen factores como desastres naturales, conflictos armados y migraciones forzadas, que no son mencionados en los segundos datos. Esto difiere directamente, ya que los datos son principalmente panameños (79.4%), lo que sugiere que los factores internacionales no son lo primordial en este contexto.

La teoría menciona que la falta de oportunidades laborales es uno de los principales factores que contribuyen a la situación de calle, Alvarado (2017). Esto se refleja en estos datos, donde la mayoría



de las personas se dedican a trabajos de baja cualificación, y que para el estilo de vida de una persona que sea habitante de la calle se puede interpretar algunos estilos de trabajo como vendedor siendo de buhonero u otro tipo de trabajo que no requiere mayores conocimientos estratégicos para generar más ingresos, lo que sugiere una falta de acceso a empleos estables y bien remunerados.

Se destacan que la vulnerabilidad social genera un sistema emocional frágil, con síntomas como preocupación, tristeza, ansiedad y estrés laboral (Kaztman, 1999). Esto se correlaciona en donde los estados de ánimo más comunes son la depresión (27.5%) y la ansiedad (24.4%). Además, la desesperanza y la baja autoestima son comunes en esta población (Zabala, 2021), lo que coincide con los resultados del Protocolo del Examen del Estado Mental, donde el 43.1% de la muestra tiene un funcionamiento intelectual inapropiado.

La salud mental es un derecho humano fundamental y que su deterioro tiene un impacto económico y social (OMS, 2021). Esto coincide con los datos obtenidos, donde solo el 20% de la muestra tiene registros de diagnósticos de salud mental, lo que sugiere un déficit en la atención psicológica/psiquiátrica. Además, los primeros datos mencionan que los trastornos mentales pueden contribuir a la vulnerabilidad social, lo que coincide con los diagnósticos más comunes en los segundos datos, como los trastornos del estado de ánimo (8.8%) y los relacionados con sustancias (5%).

Los primeros datos clasifican las drogas en depresoras, estimulantes y psicodélicas, y destacan que el consumo de sustancias psicoactivas es un detonante principal de la situación de calle (De León y Cañizales, 2022). Esto se refleja en los segundos datos, donde el alcohol es la sustancia más consumida, seguida por el cigarrillo y la marihuana. Además, los primeros datos mencionan que el consumo de drogas afecta áreas cerebrales como la corteza prefrontal, lo que coincide con las correlaciones negativas entre el consumo de alcohol y el rendimiento cognitivo en los segundos datos.

El consumo de sustancias puede preceder a trastornos como la depresión y el trastorno bipolar (Posada, Bareño y Berbesí, 2010). Esto se refleja en los segundos datos, donde el 5% de la muestra tiene diagnósticos relacionados con sustancias. Además, se destaca que la falta de vivienda es un factor de riesgo para desarrollar psicopatologías (Moyano, 2010), lo que coincide con los diagnósticos de trastornos del estado de ánimo (8.8%) y trastornos neurocognitivos (2.5%) en los segundos datos.

Los factores como el consumo de sustancias psicoactivas y la ruptura de vínculos familiares generan resistencia al cambio y perpetúan la vida en la calle (Álvarez et al., 2021). Coincide con



los datos recolectados en donde el 26.9% de la muestra abandonó el albergue por decisión propia y el 19.4% fue retirado por decisiones administrativas debido a conductas inapropiadas.

La teoría menciona que las personas en situación de calle enfrentan limitaciones psicológicas, como emociones negativas, ansiedad y depresión, que obstaculizan la toma de decisiones adecuadas (Sosa, 2018). Esto coincide con estos datos. Además, se destaca en la teoría que el consumo de sustancias afecta la capacidad de juicio y la toma de decisiones, lo que podría estar relacionado con las alteraciones observadas en la muestra.

Se coincide con los datos investigados en que el consumo de sustancias es un problema prevalente, pero los segundos datos proporcionan información más detallada sobre el inicio del consumo y su impacto en la salud mental y el funcionamiento cognitivo.

Conclusión

Se concluye con esta investigación que existen factores psicosociales que influyen en la conducta de una persona en condición de calle. Por lo que se acepta la hipótesis alterna de esta investigación.

A continuación, se presentarán las conclusiones de los resultados:

- A pesar de que la muestra es de 160 personas, es reducido, por lo que para explorar con mayor profundidad las posibles influencias de variables sociodemográficas es importante aumentar la muestra de estudio.
- Los hallazgos de esta investigación revelan un perfil multidimensional de vulnerabilidad en la población estudiada, caracterizado por la intersección de factores socioeconómicos, educativos, de salud mental y conductuales que perpetúan la condición de calle. La predominancia de personas mayores de 40 años (83.2%) sugiere un fenómeno de envejecimiento en situación de calle, posiblemente asociado a la cronicidad de la exclusión, la falta de redes de apoyo y las limitadas oportunidades de reinserción. Este grupo enfrenta barreras adicionales, como el deterioro cognitivo vinculado a la edad y el consumo histórico de sustancias, evidenciado en los bajos puntajes del Mini Examen Cognitivo en un segmento significativo de la muestra.
- La baja escolaridad (con solo 16.3% de educación superior) y la concentración en empleos precarios (33.8% en trabajos no calificados) reflejan una exclusión estructural que limita la movilidad social. Estos factores se agravan por patrones de consumo temprano de alcohol y otras sustancias (iniciado predominantemente en la adolescencia), que se puede relacionar negativamente con el rendimiento cognitivo y el estado de ánimo (depresión: 27.5%, ansiedad: 24.4%) subrayan su rol como determinantes psicosociales críticos. La ludopatía (17.5%) y las alteraciones en la capacidad de juicio (15% gravemente perturbado) emergen como variables adicionales que complican la autonomía y la toma de decisiones.
- Aunque la mayoría presenta un funcionamiento cognitivo aceptable (45.6%), el 43.1% muestra déficits intelectuales, muchos probablemente exacerbados por el consumo de sustancias y la falta de atención en salud mental (solo 20% con diagnósticos registrados). La deserción tem-



prana del albergue (63.1% abandona antes de un año) y los egresos por conductas inadaptativas (19.4%) reflejan la urgencia de intervenciones integrales que aborden no solo las necesidades básicas, sino también las psicológicas y sociales.

Referencias

- Acosta, J. C. (2009). Perfil del MINI-MENTAL en policonsumidores de 25 A 50. *Psicogente*, 12(22), 316-325.
- Álaba, J. A.-O. (2011). Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(3), 131-138.
- Allegri, R. y. (2001). La corteza prefrontal en los mecanismos atencionales y la memoria. *Revista de Neurología*, 32(5), 449 – 453.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Panamericana.
- Arbaiza, M. (2014). *Alteraciones cognitivas, conectividad funcional y personalidad en el drogodependiente*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Arbaiza-Díaz, I. B.-B.-V.-V.-R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de sustancias psicoactivas. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(3), 168-73.
- Astigarraga, E. G. (2005). Only spontaneous counterfactual thinking is impaired in patients with prefrontal cortex lesions. *Brain Res Cogn Brain Res*, 24(3), 723-726.
- Aznar, S. d. (1999). Revalidación y estandarización del miniexamen de cognición (primera versión en español del Mini-Examen de Estado Mental) en la población geriátrica general. *National Center For Biotechnology Information*, 112(29), 767-74.
- B., R. C. (2004). Sequential memory: a developmental perspective on its relation to frontal lobe functioning. *Neuropsychol Rev*, 14(1) 43-64.
- Bejarano, J. F. (2006). El consumo de drogas en hombres y mujeres costarricenses. Análisis de una década en personas de 25 a 59 años de la población general. *Costarric. salud pública*, 15(28).
- Bramati, I. G. (2002). Functional networks in emotional moral and nonmoral social judgments. *Neuroimage*, 16(3), 696-703.
- Bramham, J. B. (2004). Reward-related reversal learning after surgical excisions in orbitofrontal or dorsolateral prefrontal cortex in humans. *J Cogn Neurosci*, 16(10) 1796-804.
- Carcelén, R. G. (2020). Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes. *Correo Científico Médico*, 24(2).
- Castro, M. y. (2014). *Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014*. Universidad de Costa Rica.



- Cea, S. E. (2016). Relación Entre Coeficiente Intelectual, Inteligencia Emocional, Dominancia Cerebral y Estilos de Aprendizaje Honey-Alonso en Estudiantes de Educación Física de Chile. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(4), 1207-1209.
- Cimadevila, C. (2008). Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en población gallega mayor de 65 años. [Tesis de doctorado, Universidad de Santiago de Compostela]. <https://books.google.com.pa/books?id=ohpUv2vKcBAC&lpg=PA179&dq=deterioro%20cognitivo&hl=es&pg=PP2#v=onepage&q=deterioro%20cognitivo&f=false>.
- Cogollo, Z. y. (2011). Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de Cartagena, Colombia. *Colomb. Psiquiat*, 40(4).
- CONAPRED. (14 de diciembre de 2017). *Ministerio Publico de Panamá*. Obtenido de <https://ministeriopublico.gob.pa/informe-conapred-control-del-abuso-drogas-panama-evento-conexos/>
- Coullaut, R. A. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(3), 168-73.
- Crozier S., D. B. (2001). The role of dorsolateral prefrontal cortex in the preparation of forthcoming actions: an fMRI study. *Cereb Cortex*, 11(3) 260-266.
- D. Salado, A. D. (2017). *Psicofisiología Humana (1ed.)*. Universidad de Panamá.
- Damasio, H. (1989). *Lesion Análisis in neuropsychology*. Oxford University Press.
- Domínguez, M. L. (2009). Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del norte de México. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(1), 119-135.
- E., G. W. (2001). Functions of the medial frontal cortex in the processing of conflict and errors. *J Neurosci*, 21(23) 9430-9437.
- Esteban F., E. D. (2018). Locus de control según estadios de cambio en usuarios del centro "Proyecto Esperanza". *Revista Killkana Salud y Bienestar*, 2(1), 1-8.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (08 de mayo de 2018). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Obtenido de <https://www.emcdda.europa.eu/drug-profiles>
- Fidel, E. y. (2019). *Detetiotto cognitibo en jovenes por el consumo excesivo de drogas*. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro.
- Folstein, M. F. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients. *J. Psych. Res.*, 12(3) 189-98.
- García, M. y.-M. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral*, 3(6), 43-52.
- García, V. (2019). *Consumo de sustancias psicoactivas asociado al desempeño cognitivo, la depresión y otras variables psicosociales*. Colombia: Universidad de Córdoba.
- Gilbert, D. T. (2004). Looking forward to looking backward: the misprediction of regret. *Psychol Sci*, 15(5), 346-350.



- González, J. R. (2012). Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas . *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(3).
- Lira, J. O. (2013). Perfil sociodemográfico y patrones de consumo de drogas de pacientes de cocaína y crack. *Diversitas*, 9(2).
- Lobo, A. y. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. (112), 767-774.
- M., B. (2018). Inteligencia emocional y drogodependencias: Factores de riesgo psicosociales [Tesis de grado, Universidad Autonoma de Barcelona]. Obtenido de https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2018/194373/TFG_mbuendiapoyo.pdf
- Mariño, N. C. (2012). Funcionamiento ejecutivo en policonsumidores de sustancia psicoactivas. *Revista de psicología Universidad de Antioquía*, 4(2), 49-64.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013. Colombia: Gobierno Nacional de la Republica de Colombia.
- Monroe, T. y. (2012). Uso del Examen Folstein Mini Mental State (MMSE) para explorar problemas metodológicos en la investigación del envejecimiento cognitivo. *Eur J Envejecimiento*, 9(3), 265-274.
- National Institutes of Health. (20 de Agosto de 2020). National Institute on Drug Abuse . Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/sustancias-de-abuso-habitual>
- Navas, E. y. (2004). El síndrome disejecutivo en la psicopatía. *Revista de Neurología*, 38(6), 582 – 590.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
- Papalia, D. &. (2009). *Psicología del Desarrollo (11ed.)*. Mexico: McGrawHill.
- Pérez, M. L. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Adicciones*, 14(3).
- Pradat-Diehl, P. S. (2003). Perception of action boundaries in patients with frontal lobe damage. *Elsevier Science Ltd*, 41(12), 1619-1627.
- R., S. (2014). Metodología de la Investigación. McGrawHill.
- Wechsler, D. (2005). *Protocolo de Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV*. El Editorial Moderno

