








Diagnóstico de las condiciones generales de salud mental en la Urbanización San Antonio de la provincia de Veraguas

Diagnosis of the general mental health conditions in the San Antonio Urbanization in the province of Veraguas

Vanetti Alaín¹  Héctor D. Camarena²  Susana Díaz²  Aramis Mela² 
 Vladimir A. Ortega²  Dulcidio Rodríguez²  Emily Villarreal²  César A. Ortiz H.² 

¹ Ministerio de Educación, Gabinete Psicopedagógico ² Universidad Especializada de las Américas, Doctorado en Ciencias de la Salud y del Comportamiento Humano. Ciudad de Panamá, República de Panamá. Correo: psicoclinicapy@outlook.es | hector.camarena.7@udelas.ac.pa | susana.diaz@udelas.ac.pa | aramis.mela.2080@udelas.ac.pa | vladimir.ortega.8@udelas.ac.pa | dulcidio.rodriguez@udelas.ac.pa | emily.villarreal.1487@udelas.ac.pa | cesar.ortiz.3@udelas.ac.pa

DOI: <https://doi.org/10.57819/02m4-6v31>



Fecha de Recepción: 23-07-2023. **Fecha de Aceptación:** 02-08-2023. **Fecha de publicación:** 01-01-2025.

Conflictos de interés: Ninguno que declarar

RESUMEN

Actualmente son muchos los cambios sociales que se han presentado y provocado un incremento en las afectaciones en la salud mental, que, en su momento, pudieron verse como algo individual, sin embargo, diversos factores sociales han provocado que estos sean identificados de manera comunitaria. Esta investigación tuvo como objetivo general evaluar el estado de salud mental y determinar los factores de riesgo presentes dentro de la comunidad Urbanización San Antonio, complejo habitacional multifamiliar en la provincia de Veraguas; donde se empleó un diseño no experimental cuali-cuantitativo, descriptivo y transversal, en el que participaron 280 apartamentos divididos en 34 torres, que corresponde a 9 familias cada una. A su vez, se utilizó como instrumento un cuestionario relacionado a síntomas y signos de salud mental, distribuidos en 16 indicadores tales como ansiedad, depresión, estrés, problemas de sueño, comportamientos de riesgos, atención, autoestima, comportamientos violentos entre otros que abarcan el equilibrio psíquico y emocional. La población objeto de estudio estuvo conformada en un rango de 20 años en adelante, de los cuales el 84.4% fueron de género femenino y el 15.2% Masculino. Los resultados encontrados no reflejaron porcentajes elevados relaciones a sintomatologías o condiciones específicas de diagnóstico en la salud mental, por otro lado, sí se evidenció que una parte significativa de la población presenta factores de riesgos para depresión, ansiedad, estrés, problemas de sueño, problemas de atención, concentración y afrontamiento de experiencias traumáticas.

Palabras clave: salud mental, trastorno mental, elementos psíquicos, salud integral, factor de protección, salud comunitaria.

ABSTRACT

Currently, there are many social changes that have occurred, and caused an increase in the effects on mental health, which, at the time, could be seen as something individual, however, various social factors have caused these to be identified in a community way. This research had the general objective of evaluating the state of mental health and determining the risk factors present within the San Antonio community in the province of Veraguas; A non-experimental qualitative-quantitative, descriptive and cross-sectional design was used, in which 280 apartments divided into 34 towers participated, corresponding to 9 families each. In turn, a questionnaire related to symptoms and signs of mental health was used as a measurement instrument, distributed in 16 indicators such as anxiety, depression, stress, sleep problems, risk behaviors, sleep problems, attention, self-esteem, behaviors violent among others that cover the psychic and emotional balance of the sample. The population surveyed for this study was in a range of 20 years and older, of which 84.4% were female and 15.2% male. The results found did not reflect high percentages related to symptoms or specific diagnostic conditions in mental health, on the other hand, it was evidenced that a significant part of the population presents risk factors for depression, anxiety, stress, sleep problems, problems of attention and concentration and coping with traumatic experiences.

Keywords: mental health, mental disorder, psychic elements, integral health, protection factor, community health.

Introducción

Para Lopera (2015) la salud mental es la capacidad de una persona para relacionarse con los demás, así como, factores internos asertivos para adaptarse a diferentes cambios en el entorno físico-social y hacer de esto un modelo productivo para sí mismo, siendo entonces, un factor integral para la convivencia personal e interpersonal del ser humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como el estado de completo bienestar a nivel físico, mental y social y no solo basarse en aspectos de orden de enfermedad (Herrero, 2016).

En esta línea de ideas, Camas (2018) hace referencia sobre la salud mental comunitaria, detallando que su objeto de estudio se dirige al análisis integral desde la vinculación colectiva en los elementos psíquicos compartidos por una comunidad (Bloom 1984, citado en Rosa-Davila, *et al*, 2020). Por su parte, Barukel y Stolkiner (2018) hacen referencia sobre los conceptos mórbidos que, enfocados a la realidad comunitaria en términos de Salud Mental, se opta por la condición de trastorno, a pesar de que posee un carácter variable y desde la perspectiva de la medicina, equivale al malestar que padece un individuo y que éste interfiere en su funcionamiento y calidad de vida.

Craig, *et al*, (2019) encontraron que los servicios de salud mental basados en la comunidad pueden reducir la estigmatización y mejorar las actitudes hacia la búsqueda de ayuda profesional, así, como la efectividad al involucrar a la comunidad y a los proveedores de estos servicios, siendo esta, una estrategia positiva en la reducción de mitos asociados con los trastornos mentales a nivel social. Verhaeghe, *et al*. (2014) destacaron la importancia de la participación de la familia y la comunidad en el proceso de tratamiento y recuperación, ya que esto puede mejorar la efectividad de los servicios, señala, además, que estos servicios pueden ser más accesibles para ciertos grupos, como los que viven en zonas urbanas o que pertenecen a minorías étnicas.

Para el 2019, se estimó que al menos mil millones de personas habían sido afectadas por una problemática de salud mental, además, se determinó que los trastornos mentales graves reducían la vida de la población que los padece en una media de 10 a 20 años menos en comparación con quienes no habían desarrollado alguna psicopatología, aunado a esto, en los países de ingresos

bajos, sólo 12 de cada 100 personas con algún tipo de psicosis recibió atención especializada, aquellos con depresión, solo un tercio fue intervenido profesionalmente y de estos, solo el 3% recibió un tratamiento idóneo para su problemática (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Sin embargo, La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) reportó que los habitantes americanos han desarrollado trastornos mentales, neurológicos y/o uso de sustancias en un periodo de 12 meses, en donde, además, relacionan que estas alteraciones en la salud mental están fuertemente vinculadas con otras problemáticas de salud. OPS, reportó, además, que, a raíz de la pandemia, los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad han aumentado en América Latina y el Caribe en un 32% y un 35% respectivamente (Román, 2022).

En el año 2013 un grupo de investigadores mexicanos evaluó algunos indicadores claves del sistema de salud mental para tener un conocimiento más acabado de la estructura y la distribución de los recursos de atención, en donde se evidenció que solo el 2% del presupuesto para salud, es asignado a esta área y de ese porcentaje, el 80% se empleaba para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, sin embargo, el acceso a la atención y hospitalización psiquiátrica está limitado a las grandes ciudades (Berenzon, *et al*, 2013).

Dentro de las políticas de salud en Chile, se señala que el actual sistema se basa en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, el cual plantea múltiples propuestas sobre el financiamiento y enfermedades prioritarias, enfatizando un modelo comunitario en el tratamiento y prevención de enfermedades mentales (Errázuriz, 2015).

En un estudio realizado en el año 2009, en la ciudad de Panamá, se determinó que, entre las condiciones asociadas a la salud mental, que afectan el desenvolvimiento escolar de la muestra de estudio, está la ansiedad según reportes de maestros con un 15.3% y según lo descrito por padres de familia un 8.4%; el estudio también reveló que menos de 1 en 10 niños categorizados con al menos un trastorno en salud mental, ha sido atendido con algún servicio de salud mental o recibido algún tipo de medicación (Velarde, *et al*, 2014).

En una instalación de la Caja de Seguro Social se realizó una investigación respecto a los motivos de consulta de los usuarios, que dio como resultado que las características de la población de los casos recibidos durante las atenciones individuales se encuentra en 31% consultas orientativas, 19% modificación de conducta, 13% necesidades educativas especiales, 13% medidas curativas, 9% trastornos de ansiedad, 6% trastornos de personalidad, 6% trastornos depresivos y 1% trastornos del sueño, evidenciando así, una clara necesidad de diagnóstico (Sucre, 2019).

Para el Ministerio de Salud (MINSAL, 2016), uno de los problemas con mayor trascendencia en Panamá, son los vinculados con la Salud Mental, detallando en sus políticas de salud, que la ansiedad, problemas afectivos, los relacionados a desórdenes psicóticos y la depresión muestran un aumento significativo en la población, teniendo en cuenta que las alteraciones del estado de ánimo ascienden en un 5.3%, los relacionados a distorsiones cognitivas entre el 3% al 5%, repercutiendo en la falta de control y la inestabilidad emocional causando en el afectado autolesiones e ideas afines a comportamientos suicida.

Instancias como el instituto Conmemorativo Gorgas, en colaboración con el Ministerio de Salud y la Contraloría General de la República de Panamá, llevaron a cabo el desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud en el país, donde resultó que el mayor consumo de alcohol se registra en la población del área urbana con un 47.9%, para el área rural muestra una prevalencia de 41.9% y para la zona indígena un 42.7%, registrándose una alta incidencia de consumo en varones con el 56.5% y en damas de un 32.9% con edades entre 20 a 24 años (Gordón, 2020).

En relación con lo anterior, Gordón (2020) resalta que geográficamente la mayor prevalencia de consumo de alcohol se registra en las provincias de Coclé, Los Santos, el centro de Panamá y las comarcas, con datos que oscilan entre el 48.3% y el 67.1% teniendo un impacto de inicio de consumo desde edades tempranas, manteniéndose en mayor preferencia al sexo masculino.

En correspondencia con lo planteado, el presente estudio tiene como objetivo evaluar el estado de salud mental y determinar los factores de riesgo en la comunidad de San Antonio ubicada en la Provincia de Veraguas.

Marco metodológico

La presente investigación corresponde al tipo no experimental, ya que no se desarrollan manipulaciones de las variables objetos del estudio, asimismo, corresponde al enfoque cuali-cuantitativo, por tanto, es un estudio mixto debido a que logra la triangulación de datos provenientes del análisis estadísticos y los elementos propios de la recolección de evidencias y observaciones registradas en el lugar, es de tipo descriptiva y transversal, ya que además de describir los fenómenos de investigación es ejecutada en una sola línea del tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La población (N :) corresponde a 34 torres, cada una conformada por 30 apartamentos, 1020 en total que forman parte del complejo habitacional de la Urbanización San Antonio, ubicada en la provincia de Veraguas, corregimiento de Nuevo Santiago. La muestra (n : 280) es de tipo no probabilística por afijación simple, donde se eligió una representación de 8 a 9 apartamentos por torre. Como criterio de inclusión, se consideraron aquellos departamentos donde se encontraban habitantes con edades iguales o mayores de 20 años y se excluyeron del estudio, menores a este rango de edad o apartamentos con menores de edad sin la representación de un adulto.

Las principales variables que formaron parte de la investigación consideraron ansiedad, depresión, estrés, problemas de sueño, comportamientos de riesgo, problemas de atención y concentración, autoestima y autoimagen, relaciones interpersonales, comportamientos violentos, problemas de rendimiento laboral, nivel de felicidad, experiencias traumáticas, estilos de vida, espiritualidad, abuso de sustancias y convivencia social.

El instrumento es de tipo *ad hoc* con escalas de Likert, se encontró conformado por 16 dimensiones y 5 categorías de aceptación, entre ellas: siempre, casi siempre, ocasionalmente,

rara vez y nunca, diseñado para diagnosticar los elementos relevantes de la salud mental relacionado a 16 indicadores, que involucran características de ansiedad, depresión, estrés, problemas de sueño, comportamientos de riesgo, problemas de atención y concentración, autoestima y autoimagen, relaciones interpersonales, comportamientos violentos, problemas de rendimiento laboral, nivel de felicidad, experiencias traumáticas, estilo de vida, espiritual, abuso de sustancias, y convivencia social. Una vez construido el mismo, fue sometido a la validación por el criterio de jueces expertos, los cuales estuvieron conformados por un Psicólogo Clínico, un Médico Psiquiatra, Licenciado en Teología y un Profesor de Español, la matriz empleada para la validación consideró la evaluación de cuatro aspectos, claridad, pertinencia, redacción y relevancia. Una vez obtenidos los resultados, se procedió al análisis de fiabilidad con el Alpha de Cronbach el cual dio como resultado 0.919.

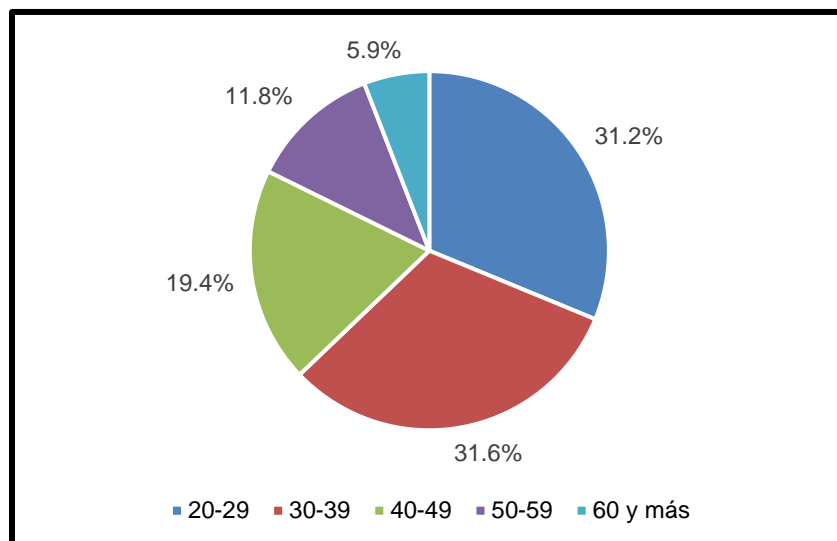
Como parte del proceso, luego de revisados los sustentos teóricos que fundamentaron la investigación, se procedió al diseño del instrumento, solicitud de autorización a la Junta Comunal, Coordinadores, representantes de cada torre y autorización de la Policía Nacional; una vez en la comunidad, se aplicó en primer momento el documento de consentimiento informado, donde se estableció el objetivo de la investigación, el acuerdo de confidencialidad y la aceptación voluntaria de los participantes, cumpliendo de esta manera con los aspectos éticos y bioéticos de la investigación. Seguido a ello, se organizaron grupos de trabajo para el abordaje a las 34 torres del complejo habitacional, el instrumento tipo cuestionario fue aplicado a través del formulario en línea de Google Forms® y los datos obtenidos fueron posteriormente procesados con la ayuda de la hoja de cálculo de Microsoft Excel® para posteriormente presentar el resultado final en forma de tablas y figuras, para ello, se presenta entonces el análisis obtenido.

Análisis de los resultados

Al realizar el análisis correspondiente a los Factores de riesgo para la salud mental: se evidenció mediante los resultados, algunos síntomas, comportamientos, hábitos y experiencias significativas presentes en la población de estudio los cuales requieren de una mención relevante por su influencia en el bienestar individual y colectivo de esta comunidad.

Figura 1

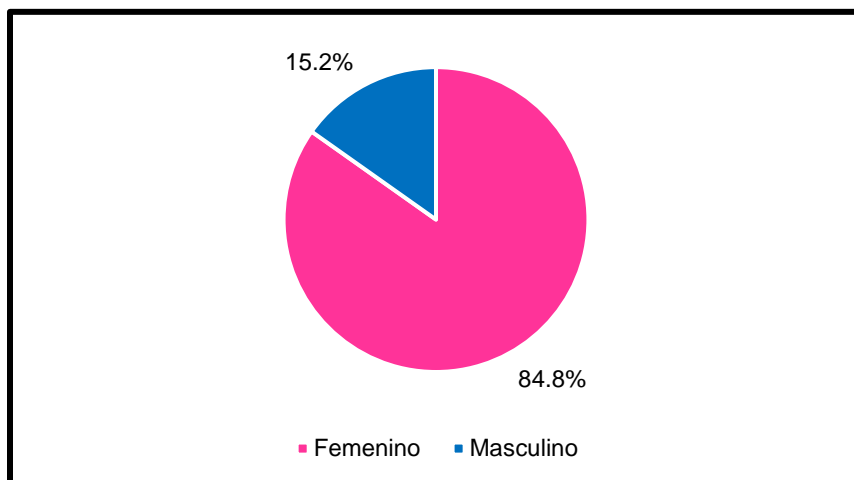
Distribución porcentual según edad de los encuestados



Dentro de la población encuestada, como le presenta la figura 1, 31.6% está en un rango de edad entre 30 y 39 años y un 31.2% 20 y 29 años. Seguido a ello, se consultó sobre la distribución de la población, según sexo, los resultados se proyectan a continuación en la figura 2.

Figura 2

Distribución porcentual según sexo



Como les muestra la figura 2, respecto al sexo de la muestra, un 84.8% corresponden al género femenino y un 15.2% al género masculino. Ahora bien, al consultar sobre los indicadores relacionados a depresión, los resultados son proyectados en la tabla 1.

Tabla 1

Distribución porcentual, según indicador relacionado a signos de depresión

| Indicadores | Porcentaje | | | | | |
|--|-------------------|----------------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Tristeza o desesperanza sin motivo aparente | 100 | 11.4 | 9.3 | 13.5 | 16 | 49.8 |
| Fatiga o disminución de la energía | 100 | 16.9 | 10.9 | 19.4 | 14.8 | 38.8 |
| Disminución de interés en cosas que solían disfrutar | 100 | 10.4 | 7.1 | 6.8 | 12.9 | 47.5 |

Al consultar a la población objeto del estudio, se puede apreciar que, el 49.8% de los participantes declara nunca haber sentido tristeza o desesperanza sin motivo aparente, el 38.8% describe nunca haber experimentado fatiga o disminución de la energía y el 47.5 expresa nunca sentir disminución de interés en cosas que solían disfrutar.

Ante estos resultados, es oportuno resaltar que un significativo grupo de participantes registra atravesar alguna señal de depresión en algún momento. Por otra parte, se quiso consultar sobre los indicadores relacionados a signos de ansiedad, para ello, la tabla 2 proyecta los datos recabados.

Tabla 2*Distribución porcentual, según indicador relacionado a signos de ansiedad*

| Indicadores | Porcentaje % | | | | | |
|---|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Preocupación sin motivo aparente las dos últimas semanas | 100 | 8.9 | 13.9 | 20.7 | 16.5 | 49.8 |
| Irritación o agitación | 100 | 9.3 | 8.0 | 14.8 | 15.6 | 52.3 |
| Cambios en el comportamiento: evitación de situaciones o dificultad para concentrarse | 100 | 11.1 | 7.9 | 10.4 | 10.4 | 45.0 |

Según los resultados obtenidos en la tabla 2, se observa que, el 49.8% de los consultantes nunca ha presentado preocupación sin motivo aparente las dos últimas semanas, el 52.3% refiere que nunca ha sentido irritación o agitación y el 45.0% indica nunca haber experimentado cambios en el comportamiento: evitación de situaciones o dificultad para concentrarse.

Con los datos expuestos es relevante señalar que una parte de la muestra estudiada refiere manifestar signos de ansiedad en alguna circunstancia. Seguidamente, se preguntó sobre los indicadores relacionados al estrés, la tabla 3 muestra los resultados.

Tabla 3*Distribución porcentual, según indicador de signos relacionados al estrés*

| Indicadores | Porcentajes % | | | | | |
|---|---------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Aumento de ritmo cardiaco en situaciones de tensión | 100 | 15.2 | 9.7 | 18.1 | 13.9 | 43.0 |
| Irritabilidad o impaciencia con mayor frecuencia | 100 | 10.1 | 9.3 | 14.8 | 11.8 | 54.0 |
| Dolores de cabeza, dolores de estómago o dolores musculares sin motivo aparente | 100 | 14.3 | 13.9 | 22.8 | 11.8 | 37.7 |

La población de estudio, en la tabla 3 se aprecia que, el 43.0% declara nunca haber experimentado aumento de ritmo cardiaco en situaciones de tensión, el 54.0 % refiere que nunca muestra Irritabilidad o impaciencia con mayor frecuencia y el 37.7 % indica nunca presentar dolores de cabeza, dolores de estómago o dolores musculares sin motivo aparente. Sobre la base de los resultados, se aprecia en una sección de la comunidad encuestada algunos signos relativos al estrés.

Tabla 4

Distribución porcentual, según indicador relacionado a problemas de sueño

| Indicadores | Porcentaje % | | | | | |
|---|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Dificultad para conciliar el sueño | 100 | 16 | 9.3 | 17.7 | 20.3 | 40.1 |
| Se despierta cansado o sin energía | 100 | 15.6 | 11.4 | 13.9 | 12.7 | 46.4 |
| Cambios en los patrones de sueño: se despierta varias veces o presencia de pesadillas | 100 | 15.6 | 9.3 | 11.4 | 14.3 | 50.2 |

Otro de los resultados que evidenció datos relevantes, hace referencia a los problemas de sueño donde, el 40.1 % señala nunca mostrar dificultad para conciliar el sueño, el 46.4 % manifiesta que nunca se despierta cansado o sin energía y el 50.2 % refleja nunca tener cambios en los patrones de sueño o se despierta varias veces o presencia de pesadillas. Ahora bien, al cuestionar sobre los indicadores relacionados a problemas de atención y concentración, la tabla 5 reporta los datos obtenidos.

Tabla 5

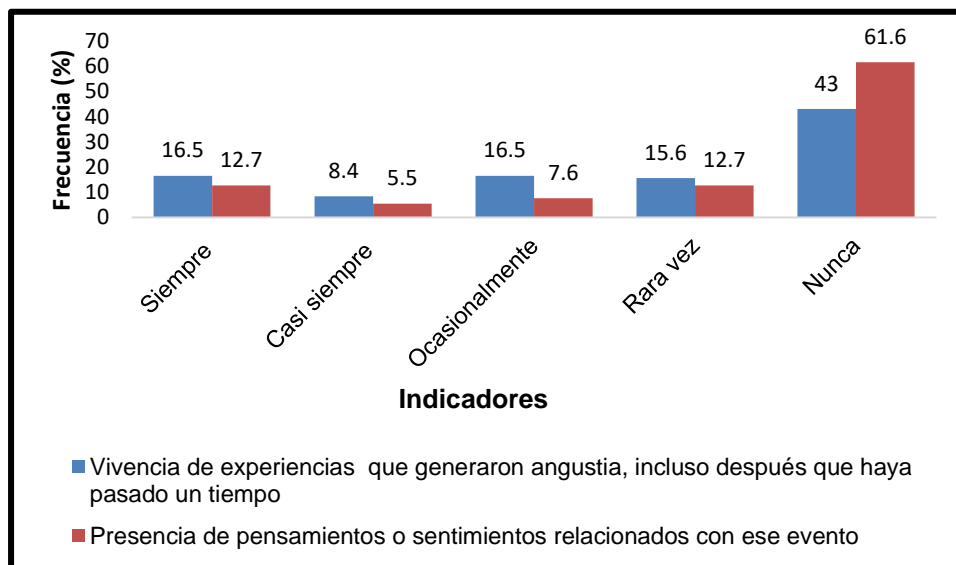
Distribución porcentual, según indicador de signos de problemas de atención y concentración

| Indicador | Porcentaje % | | | | | |
|--|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Dificultad para mantener la atención en una tarea por un tiempo determinado. | 100 | 7.2 | 5.9 | 10.5 | 12.7 | 63.7 |
| Fácil distracción con estímulos externos | 100 | 12.2 | 5.1 | 9.3 | 14.3 | 59.1 |
| Dificultad para recuperar información importante | 100 | 12.7 | 7.6 | 16 | 13.9 | 49.8 |

Referente a las alteraciones en la atención y concentración, los resultados en los encuestados observados en la tabla 5, indican que, el 63.7 % expresa que nunca tiene Dificultad para mantener la atención en una tarea por un tiempo determinado, el 59.1 % indica que nunca se distrae fácilmente con estímulos externos y el 49.8 % nunca presenta dificultad para recuperar información importante. Ante estos resultados es necesario señalar que un grupo de participantes refleja poseer problemas de atención y concentración en algún momento dado. Seguidamente, al considerar los indicadores de experiencias traumáticas vividas, la figura 3 muestra los resultados.

Figura 3

Distribución porcentual según indicador de presencia de experiencias traumáticas en los habitantes



Otro indicador que generó relevancia entre los resultados obtenidos se trató de la vivencia de experiencias traumáticas, plasmadas en la figura 3, ya que, el 43.0 % de los encuestados declara que nunca ha vivenciado experiencias que le generaron angustia incluso luego de haber pasado un tiempo y un 61.6 % manifiesta nunca tiene presencia de pensamientos o sentimientos relacionado con ese evento. A pesar de estos datos, es relevante resaltar que una parte de la muestra refiere que si han percibido experiencias relacionadas a traumas. Al referir preguntas sobre los signos relacionados a autoestima y autoimagen, la tabla 6 describe los datos obtenidos.

Tabla 6

Distribución porcentual, según indicador de signos relacionados a autoestima y autoimagen

| Indicador | Porcentaje % | | | | | |
|---|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Se siente inseguro sobre su apariencia física | 100 | 6.3 | 3.4 | 7.6 | 8.4 | 73.8 |
| Se compara con frecuencia con los demás | 100 | 3.0 | 2.1 | 6.8 | 7.2 | 81.0 |
| Le resulta difícil aceptarse a sí mismo | 100 | 3.4 | 1.7 | 8.0 | 7.2 | 79.7 |

Para la tabla 6, sobre la autoestima y autoimagen se refleja que, el 73.8% reporta nunca haberse sentido inseguro sobre su apariencia física, el 81.0 % indica que nunca se compara con frecuencia con los demás y el 79.7% nunca le resulta difícil aceptarse a sí mismo. Continuando con la investigación, se realizaron preguntas sobre la percepción de felicidad, los datos se aprecian en la tabla 7.

Tabla 7

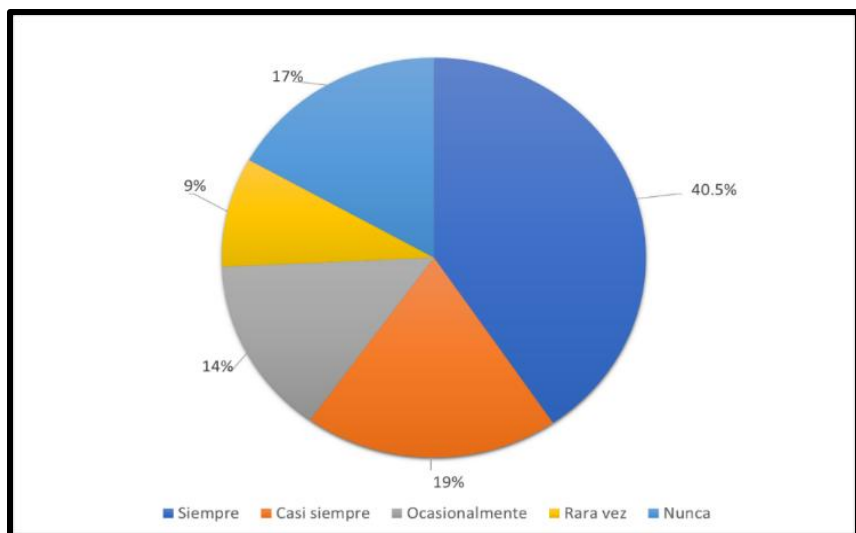
Distribución porcentual, según indicadores de percepción de felicidad reportada por los habitantes

| Indicador | Porcentaje % | | | | | |
|--|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Experimenta con frecuencia emociones positivas | 100 | 48.5 | 24.1 | 16.0 | 7.2 | 4.2 |
| Presencia de situaciones que aporten felicidad | 100 | 46.8 | 25.3 | 11.0 | 8.0 | 8.9 |
| Presencia de situaciones que le hagan sentir infeliz | 100 | 12.7 | 8.0 | 11.0 | 18.6 | 49.8 |

Entre otros de los resultados obtenidos, ante la percepción de felicidad, se muestra que, el 48.5% indica que siempre experimenta con frecuencia emociones positivas, el 46.8% manifiesta que siempre hay situaciones que le aportan felicidad y un 49.6% refiriere nunca haber percibido presencia de situaciones que le hagan sentir infeliz. Por su parte, a consultar sobre las prácticas de estilo de vida saludable, la figura 4 muestra los datos obtenidos.

Figura 4

Distribución porcentual, según indicador de práctica de estilo de vida saludable



Según lo referido por la población en estudio, en cuanto al estilo de vida, los resultados proyectados en la figura 4 evidencian que, un 40.5% siempre lleva una rutina que pone en práctica estilos de vida saludable. Sin embargo, el 17 % manifiesta nunca haber practicado estilo de vida saludable en algún momento. También se cuestionó sobre la identificación de signos relacionados a comportamientos de riesgo, la tabla 8 muestra los hallazgos registrados.

Tabla 8

Distribución porcentual, según indicador de signos relacionados a comportamientos de riesgo

| Indicador | Porcentaje % | | | | | |
|---|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Abuso en el consumo de alcohol o drogas | 100 | 0.8 | 0% | 3.8 | 3.8 | 91.1 |
| Comportamientos de riesgo como tener relaciones sexuales sin protección o tener múltiples parejas | 100 | 1.7 | 1.7 | 1.7 | 4.6 | 90.3 |
| Comportamiento impulsivo como gastar demasiado dinero, conducir de manera imprudente o aumento en la ingesta de alimentos | 100 | 4.2 | 2.5 | 11 | 7.6 | 74.7 |

En los datos obtenidos sobre los problemas asociados a comportamientos de riesgo, se detalla que, el 91.1% refiere nunca presentar abuso en el consumo de sustancias como alcohol o drogas, el 90.3% describe nunca mostrar comportamientos de riesgo como tener relaciones sexuales sin protección o tener múltiples parejas sexuales y un 74.7% indica nunca tener comportamiento impulsivo como gastar demasiado dinero, conducir de manera imprudente o aumento en la ingesta de alimentos. Por otra parte, al referir sobre las relaciones interpersonales, la tabla 9 refleja los datos obtenidos.

Tabla 9

Distribución porcentual, según indicador de percepción de la interacción en las relaciones interpersonales

| Indicador | Porcentaje % | | | | | |
|--|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Se siente incómodo al interactuar con otros | 100 | 5.5 | 2.1 | 13.1 | 8.9 | 70.5 |
| Le cuesta establecer relaciones profundas con otras personas | 100 | 6.3 | 6.3 | 11 | 12.7 | 63.7 |
| Tiene dificultades para relacionarse con otras personas | 100 | 10.1 | 5.9 | 8.9 | 11.8 | 64.6 |

Dentro de la población de estudio, como se refleja en la tabla 9, se muestra que, el 70.5 % manifiesta nunca sentirse incómodo al interactuar con otros, el 63.7 % refiere que nunca le cuesta establecer relaciones profundas con otras personas y el 64.6% nunca ha tenido dificultades para relacionarse con otras personas. A pesar de la relevancia de estos datos, existen algunos encuestados que refiere tener cierta dificultad para establecer relaciones profundas con otros. Seguidamente, se preguntó sobre la situación de la convivencia social en la comunidad, la tabla 10 proyecta los resultados.

Tabla 10

Distribución porcentual, según indicador de percepción sobre convivencia social en la comunidad

| Indicador | Porcentaje % | | | | | |
|--|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Realización de actividades comunitarias que facilitan la integración de los miembros | 100 | 36.7 | 17.3 | 18.6 | 14.8 | 12.7 |
| Ha participado en las actividades comunitarias que se realizan | 100 | 25.3 | 8.4 | 21.9 | 12.7 | 31.6 |
| Considera que las actividades comunitarias que se realizan mejoran la convivencia entre los miembros | 100 | 50.6 | 13.1 | 12.7 | 10.1 | 13.5 |

Según los datos de la tabla 10, se muestra que, el 36.7% considera que siempre se realizan actividades comunitarias que facilitan la integración de los miembros, el 31.6 % declara nunca haber participado en las actividades comunitarias que se realizan y el 50.6% describe que siempre considera que estas actividades mejoran la convivencia social. Sobre la base de estos resultados se resalta que existe parte de la población de estudio, que tiene una participación en las actividades comunitarias.

Tabla 11*Distribución porcentual, según indicador de violencia*

| Indicador | Porcentaje % | | | | | |
|--|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Ha notado que tiene dificultades para controlar sus emociones y se enoja fácilmente, incluso en situaciones que normalmente no le molestarían. | 100 | 14.8 | 9.3 | 14.3 | 14.8 | 46.8 |
| Está involucrado en peleas físicas o amenazas e intimidas a otras personas. | 100 | 0.8 | 1.7 | 2.1 | 4.2 | 91.1 |
| Ha notado aumento de la irritabilidad o agresividad que antes no estaban presentes | 100 | 3.8 | 3.0 | 6.8 | 7.2 | 79.3 |

Según los datos obtenidos en la tabla 11, un 46.8% nunca ha notado que tiene dificultades para controlar sus emociones y se enoja fácilmente, incluso en situaciones que normalmente no le molestarían, un 91.1% nunca está involucrado en peleas físicas o amenazas e intimidada a otras personas y un 79.3 % nunca ha notado aumento de la irritabilidad o agresividad que antes no estaban presentes. En cuanto a los indicadores de espiritualidad, la tabla 12 proyecta los resultados.

Tabla 12*Distribución porcentual, según indicador de espiritualidad*

| Indicador | Porcentaje % | | | | | |
|--|--------------|---------|--------------|----------------|----------|-------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| ¿Cree que hay algo más grande que usted en el universo, algo que te haga sentir conectado con el mundo que te rodea? | 100 | 67.9 | 2.1 | 5.9 | 6.8 | 17.3 |
| Ha encontrado alguna vez una fuente de esperanza o de fortaleza en momentos difíciles gracias a su espiritualidad (fe) | 100 | 82.7 | 5.9 | 3.0 | 3.0 | 5.0 |
| Ha encontrado alguna vez consuelo o guía en enseñanza espirituales, religiosas o filosóficas | 100 | 75.1 | 7.2 | 3.4 | 3.4 | 11.0 |

Según las respuestas de los encuestados, un 67.9% cree que hay algo más grande que usted en el universo, algo que le haga sentir conectado con el mundo que te rodea, un 82.7% ha encontrado alguna vez una fuente de esperanza o de fortaleza en momentos difíciles gracias a su espiritualidad (fe) y un 75.1% ha encontrado alguna vez consuelo o guía en enseñanza espirituales, religiosas o filosóficas. Finalmente, se consultó sobre el abuso de sustancias, la tabla 13 muestra los resultados.

Tabla 13

Distribución porcentual, según indicador de abuso de sustancia

| Indicador | Porcentaje % | | | | | |
|---|---------------------|----------------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| | Total | Siempre | Casi siempre | Ocasionalmente | Rara vez | Nunca |
| Ha sentido que necesita cada vez más de una sustancia (droga, alcohol etc.) para obtener el mismo efecto antes | 100 | 0.0 | 0.8 | 2.1 | 4.2 | 92.4 |
| ¿Se siente inquieto o ansioso cuando no tiene acceso a la sustancia (droga o alcohol)? | 100 | 0.0 | 0.0 | 2.1 | 3.0 | 94.1 |
| Se ha dado cuenta que el uso de las sustancias (droga o alcohol) está causando problemas en sus relaciones interpersonales o financieras. | 100 | 5.5 | 0.0 | 1.3 | 2.1 | 90.7 |

Según los datos de la tabla 13, 92.4% de los encuestados, nunca ha sentido que necesita cada vez más de una sustancia (droga, alcohol etc.) para obtener el mismo efecto antes, 94.1% nunca se siente inquieto o ansioso cuando no tiene acceso a la sustancia (droga o alcohol) y un 90.7% nunca se ha dado cuenta que el uso de las sustancias (droga o alcohol) está causando problemas en sus relaciones interpersonales o financieras.

Conclusiones

- Luego de analizados los datos obtenidos en la presente investigación, se concluye que el rango de edad de los encuestados se ubica en la etapa de productividad del adulto, luego de que se diera una frecuencia muy cercana entre los rangos de 20 a 29 años (31.2%) y 30 a 39 años (31.6%), por lo que, al integrar ambos porcentajes, tenemos que un 62.8% de la población encuestada está entre los 20 y 39 años. Además, con relación al sexo, se pudo observar, por medio de los resultados, que la mayoría de las personas que representó a cada apartamento encuestado fue el sexo femenino con 84.8%.
- A pesar de que los resultados obtenidos en los indicadores, que fueron aplicados a la comunidad de estudio, no reflejaron porcentajes elevados en cuanto a condiciones específicas de diagnóstico en la salud mental, sí se evidenció que una parte significativa de la población presenta factores de riesgos para depresión, ansiedad, estrés, problemas de sueño, problemas de atención y concentración y afrontamiento de experiencias traumáticas, por lo que se considera necesario dar seguimiento a esta porción vulnerable de los encuestados.
- Como factores de protección para la comunidad, se evidencia que la población presenta niveles adecuados de autoestima y autoimagen, una adecuada percepción de felicidad, prácticas de estilo de vida saludable, bajo comportamiento de riesgo, buenas relaciones interpersonales, adecuada convivencia social, altos niveles de espiritualidad, buen rendimiento laboral, bajos niveles de violencia y abuso de sustancia. Considerando los resultados obtenidos, se hace oportuno generar espacios para atención individualizada para la población que presenta factores riesgos previamente identificados, así como, incluir en las actividades comunitarias, a modo preventivo, temas y talleres que refuercen y potencien los factores protectores ya existentes en la comunidad.

Referencias

- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M. y Martín, U. (2020). **El género como determinante de la salud mental y su medicalización**. *En Informes Sespas 34*(1).
- Barukel, A. y Stolkiner, A., (2018). **El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad**. *En Saúde Debate 42* (118).
- Berenzon, S. et al (2013). **Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?** *Rev Panam Salud Public.*
- Camas, V. (2018). **Salud Mental Comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador**. *En Rev. Panam Salud Pública, 4*. Obtenido de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>
- Craig, R., et al. (2019). **The Impact of Community-based Mental Health Services on Mental Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis**. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(5), 473-485. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2018.1521928?scroll=top&needAccess=true&role=tab__
- Díaz R., (2014). **Algunas características asociadas con la presencia de indicadores de Burnout en profesionales de salud mental panameña**, 2(3). Obtenido de: <https://www.rdiaz,+investigacion-pensamiento-critico-Diaz.pdf>
- Errázuriz, P. Valdez, C.; Vöhringer, P.; Calvo, E. (2015). **Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente**. *Rev Med Chile. 139*, 9.
- Fernández, A. y Serra, L., (2020). **Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020**. *En Informes Sespas 34*(S1). Obtenido de: Obtenido de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.001>
- Gordón, I., (20 de diciembre, 2020). **El mayor consumo del alcohol en Panamá se reporta en el área urbana con 47.9%**. *La Estrella de Panamá*. <https://www.laestrella.com.pa/nacional/201220/mayor-consumo-alcohol-panama-reporta>
- Herrero S., (2016). **Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud**. *Ene. 10*(2).
- Jorm, A., (2012). **Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health**. *American Psychologist, 67*(3), 231–243.

- Juang, D., et al. (2021). **Mental Health Service Use Among Chinese Immigrants: A Mixed Methods Study of Provider and Community Perspectives.** *Journal of Community Psychology.* 49(5), 1555-1570.
- Ministerio de Salud. (2016). **Política Nacional de Salud y lineamientos estratégicos 2016-2025.** https://www.academia.edu/25426527/POL%C3%8DTICA_NACIONAL_DE_SALUD
- Oliveira, R.; Ferrari, A.; Parada, C. (2019). **Proceso y resultado del cuidado prenatal según los modelos de atención primaria: estudio de cohorte.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* 27.
- Organización Mundial de la Salud (2022). **La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos.** Ginebra: OMS. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). **Invertir en Salud Mental.** Obtenido https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Panamericana de la salud (2017). **Estado de salud de la población: La salud mental en la Región de las Américas.** Washington, D.C.: OPS. Obtenido de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-mental-es.html#:~:text=La%20salud%20mental%20en%20la,enfermedades%20y%20problemas%20de%20salud>
- Román, V. (21 de mayo del 2022). **Por la pandemia, la ansiedad y la depresión aumentaron más del 32% en América Latina.** Infobae. Obtenido de: <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2022/05/21/por-la-pandemia-la-ansiedad-y-la-depresion-aumentaron-mas-del-32-en-america-latina/>
- Ruben O. F. (2010). **Salud mental y poder: Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad.** *Revista de Salud Pública,* (XIV) 2:47-62.
- Santrock, J, (2004). **Desarrollo Infantil.** McGraw-Hill, Nueva York.
- Scheibe, C. y Araújo, R. (2015). **Género, sexo, sexualidad: caeogorías del debate contemporáneo.** *Retratos de la Escuela.* 9(16), 29-46.
- Sucre E., (2019), **Programa de salud mental de La Caja de Seguro Social en la policlínica Dr. Santiago Barraza.** Tesis de maestría. Universidad Especializada de las Américas. Panamá. Obtenido de: <https://www.efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://repositorio2.udelas.ac.pa/bitst.ream/handle/123456789/235/Informefinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Velarde S., Gómez S., Manzané E. et al, (2014). **Prevalencia estimada de trastornos conductuales y emocionales en la población pediátrica en Panamá**, 2(3).

Verhaeghe, K., et al. (2014). **Community Mental Health Services for Children and Adolescents: A Review of the Literature**. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 27(3), 124-134.

Sobre los autores



Vanetti, Alaín. Licda. en Psicóloga Clínica, especialista en Psicoterapia Integrativa, obtenidos en la Universidad Especializada de las Américas, estudiante del doctorado en Ciencias de la salud y el comportamiento en la Extensión de UDELAS Veraguas. Es facilitadora grupal certificada y miembro de la Fundación Libérate de Perú. Tallerista de empresas públicas y privadas en temas de: autoestima, motivación, Risoterapia, trabajo en equipo, liderazgo, talleres de cuerda, etc. Actualmente es psicóloga del gabinete psicopedagógico de la Escuela la Primavera.



Héctor D. Camarena. Licdo. en Psicología, Máster en tecnología de la Información y la comunicación aplicadas a la Educación, Máster en el aprendizaje, cuenta con Diplomado Internacional en Educación Superior área clínica y de la salud, Diplomado en Evaluación de los Aprendizajes en el Aula Universitaria, actualmente Doctorado Ciencias de la salud y el Comportamiento Humano en UDELAS, extensión Veraguas.



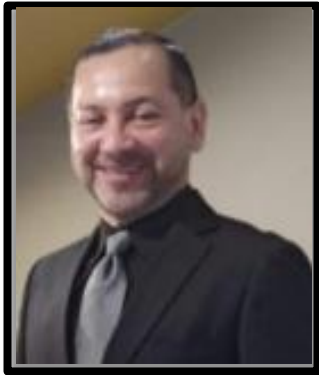
Susana Díaz. Es Licda. en Psicología con énfasis en Psicología Educativa, Magíster en Psicóloga Clínica con Especialidad en Psicoterapia Integrativa y estudiante del programa de Doctorado en Comportamiento Humano y Salud de la Universidad Especializada de las Américas. Cuenta con Especializaciones en pruebas psicológicas, evaluación, diagnóstico, informe psicológico, intervención terapéutica en ansiedad y depresión y Especialización Internacional en Recursos Técnicos en el Abordaje Infantil y del Adolescente. Es autora de Interfaces entre familia y Bullying: una Revisión Sistemática de la Literatura Científica.



Aramis Mela. Licdo. en Psicología y Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia Integrativa, cursados en la Universidad Especializada de las Américas. Cuenta con un Máster en Neuropsicología Infantil y Adolescente de la Escuela de Liderazgo ELBS. Es expositor sobre el uso adictivo de las redes sociales, conferencista para IEEE Young professionals sección de Panamá.



Vladimir A. Ortega. Licdo. en Psicología General, Máster en Psicología Clínica con énfasis en Psicoterapia Integrativa. Cuenta con certificación en el manejo del estrés, depresión y ansiedad expedido por la fundación Libérate; es expositor internacional en los congresos virtuales de psiquiatría infantil y cursos de ansiedad por la fundación Sin Estigmas. Actualmente cursa estudios de Doctorado en Ciencias de la Salud y del Comportamiento Humano en la Universidad Especializada de las Américas.



Dulcidio Rodríguez. Psicólogo Clínico e Industrial, es Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia Integrativa cursado en la UDELAS-Veraguas. Es facilitador Grupal con mención en Dinámicas Grupales y Aprendizaje Experiencial. Cuenta con Diplomados en Gestión y Dirección de Recurso Humano, en Metodología de la Investigación, en Mediación, en Manejo e Intervención de Problemas Conductuales en la Niñez y Adolescencia.



Emily Villarreal. Licda. en Psicología, Máster en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa. Cuenta con Diplomados en Sexología y Terapias Sexuales en la Universidad de Flores y el Centro Argentino de TREC, Diplomado en Neurorehabilitación, Neurodesarrollo y Estimulación Sensorial, Diplomado Internacional en Psicoterapia Sistémica Familiar Mental Panama Fundación. Actualmente estudiante del programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y Comportamiento Humano en UDELAS Veraguas.



César A. Ortiz H. Licdo. en Tecnología Ortopédica, cuenta con Postgrado y Maestría en Salud y Seguridad Ocupacional, Diplomado en Gestión y Dirección de Recursos Humanos, Diplomado en Mediación y Manejo de Conflictos y Doctorado en Ciencias de la Educación. Conferencista nacional e internacional con múltiples participaciones en tema relativos a la prevención de riesgos laborales. Autor de Riesgo laboral Biomecánico asociado a la manipulación manual de carga en la industria de la construcción, Condiciones de seguridad para la prevención de muertes o lesiones por caídas de altura en obras de la construcción, Prevención del riesgo biológico en la Industria de la construcción, Guía Académica: una propuesta para formar en prevención de riesgos laborales desde los Institutos Profesionales y Técnicos.