



ATENCIÓN AL HABITANTE EN CALLE DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL.

Juan David Suárez Correa
Mauricio Antonio Passos Escobar

Asesora:
Mg. Heidi Smith Pulido Varón

UNIVERSIDAD CATOLICA LUIS AMIGÓ
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN INTERVENCIONES PSICOSOCIALES
MEDELLÍN
2018

1. Atención al habitante en calle desde un enfoque psicosocial.

2. Plataforma Institucional

NOMBRE:

PASTORAL SOCIAL - CARITAS ARQUIDIOCESANA DE MEDELLIN.

HISTORIA.

En el año 1945, la Iglesia local concreta su trabajo pastoral en el campo social, con la creación de la OCSA (Organización Católica Social Arquidiocesana), precursora de la actual Pastoral Social, gestión desarrollada por Monseñor Joaquín García Benítez, Arzobispo de Medellín.

En el año 1962, a partir del Concilio Vaticano II, donde la Iglesia subraya la importancia de su labor social adoptando a los pobres como sus hijos predilectos, el Arzobispo de Medellín, Tulio Botero Salazar, transforma la antigua Organización Católica Social Arquidiocesana en el Secretariado de la Pastoral Social Medellín.

En el año 1969, articulan las acciones formativas del Secretariado de la Pastoral Social Medellín y las acciones asistencialistas de la Pastoral Caritativa, consolidando la Vicaría Episcopal de la Pastoral Social, que en adelante se encargaría del trabajo con obreros, marginados y campesinos, así como de las obras sociales y de asistencia.

Desde entonces, se ha tenido una fuerte incidencia en la generación de procesos que procuren una mejor calidad de vida de las poblaciones más vulnerables de la sociedad, a través de su crecimiento personal, la promoción y defensa de los Derechos Humanos, la prevención del fenómeno de la violencia por medio de un trabajo preventivo con los niños; la generación de procesos autogestionarios favoreciendo fuertemente a mujeres cabeza de hogar; y la atención primaria y psicosocial a las víctimas del desplazamiento forzoso que llegan a la ciudad de Medellín.

MISION

Evangelizar el mundo de lo social, a través del acompañamiento pastoral, a la luz del Evangelio y la Doctrina Social de la Iglesia, con el propósito de transformar al ser humano.

OBJETIVO GENERAL

Determinar todas aquellas acciones que se relaciona con la Cáritas y lo social en la iglesia Arquidiocesana de Medellín, para saber responder a ellas con procesos de pastoral y evangelización.

ACTIVIDADES QUE REALIZA

Cáritas Arquidiocesana de Medellín – Pastoral Social realiza la labor pastoral e intervención social, mediante un trabajo sistemático y ordenado que busca responder de manera integral a las necesidades y problemáticas que presentan las comunidades que intervenimos.

Para ello se han determinado programas que responden a una problemática identificada que requiere de aportes para su solución, teniendo en cuenta que en ningún momento suplantamos acciones estatales, sino por el contrario, articulamos con diferentes sectores sociales, incentivando su compromiso y responsabilidad en busca de un desarrollo integral y solidario.

POBLACION QUE ATIENDE

Cáritas Arquidiocesana de Medellín – Pastoral Social realiza la labor pastoral e intervención social, mediante un trabajo sistemático y ordenado que busca responder de manera integral a las necesidades y problemáticas que presentan las comunidades que intervenimos.

Para ello se han determinado programas que responden a una problemática identificada que requiere de aportes para su solución, teniendo en cuenta que en ningún momento suplantamos acciones estatales, sino por el contrario, articulamos con diferentes sectores sociales, incentivando su compromiso y responsabilidad en busca de un desarrollo integral y solidario.

3. Diagnóstico Social

3.1 Referente contextual y legal

Medellín es la segunda ciudad más importante en Colombia, y como toda gran metrópoli tiene la problemática de los habitantes de calle, es común verlos en los corredores del río Medellín, en la avenida de Greiff, Prado Centro y La Minorista, en el parque Bolívar, parque de las luces, pasaje la Bastilla, lo que afecta tanto a los ciudadanos no habitantes de calle, como a los habitantes de calle, pues estos van adquiriendo un deterioro físico y mental significativo que no les permite llevar una vida digna, han perdido sus derechos y son socialmente excluidos por los demás ciudadanos. El censo de habitantes de calle y en la calle realizado por el Centro de Estudios de Opinión (CEO) de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia con apoyo de la entonces llamada Secretaría de Bienestar Social en el año 2009, es uno de los mayores insumos para trabajar con esta población, en este se caracteriza 2 tipos de habitantes de calle: los habitantes **de** calle y los habitantes **en** calle, siendo los primeros las personas de cualquier edad que hayan roto los vínculos con su familia y hacen de la calle su lugar permanente de vida, y los segundos quienes hacen de la calle su espacio de supervivencia, pero tienen un lugar donde llegar (casa de la familia, habitación de residencia o pequeños hoteles). Censados para el 2009 había 3.381 habitantes de calle, en su gran mayoría del sexo masculino (2.922). Este flagelo afecta a todas las edades, sin embargo los adultos son quienes aportan las mayores cifras. Con respecto a los habitantes en calle, censados

para el 2009 había 20.971, cifra mucho mayor que los habitantes de calle (CEO 2009, Censo poblacional de Habitantes de Calle).

Ahora bien, las diferentes administraciones de la Alcaldía de Medellín desde sus diferentes secretarías y a través de diferentes programas e instituciones privadas han intervenido esta problemática durante muchos años sin resultados significativamente positivos. Las estrategias de resocialización consistían en la institucionalización de los habitantes de calle en instituciones como el Hospital Mental de Antioquia, una estrategia muy costosa y en muchos casos poco efectiva pues la reincidencia es uno de los mayores desafíos de esta problemática. En la búsqueda de alternativas para intervenir esta población y reducir los costos de la misma, la actual administración desarrolló entonces el acuerdo 24 del 2015, el cual dicta los lineamientos para el desarrollo de la Política Pública Social para el habitante de calle adulto en Medellín, fundamentada en la Constitución Política de Colombia, el código de infancia y adolescencia y la ley 1641 del 2013 (Lineamientos para la Política Pública Nacional del habitante de calle a nivel nacional). Esta Política Pública, tiene como objetivo garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de los habitantes de la calle del Municipio de Medellín, con el propósito de lograr atención integral, rehabilitación e inclusión social. Dicha atención integral se desarrolla a través de atención individual, familiar y social, donde se busca restablecer los derechos de la salud, la educación, no discriminación, trabajo digno, etc. A partir de esta, se desarrollan otros acuerdos como el “acuerdo 29 de 2015”, por medio del cual se establecen los proyectos de las “Granjas productivas para la resocialización y rehabilitación de las personas habitantes de calle” en el Municipio de Medellín. (Consejo de Medellín 2015)

Para el establecimiento y el cumplimiento la ley 1641 del 2013 por la cual se establecen los lineamientos para la construcción de la Política Pública Nacional del habitante de calle, la ley otorga responsabilidad al Ministerio de Salud y Protección Social, quien a través del Departamento Nacional de Estadística DANE, Departamento Nacional de

Planeación DNP y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se encargan de la caracterización demográfica y socioeconómica de los habitantes de calle, la inclusión de dicha población ya caracterizada a los servicios sociales establecidos (intervención integral). En estos momentos aún no se cuenta con los insumos para la formulación del documento de política, pues los diagnósticos adelantados por el DANE no han sido terminados.

3.2 Caracterización de la población

Es frecuente observar habitantes de calle en los barrios y parques de las comunas, en las calles del centro, en el corredor del río, en la Minorista, etc., la indigencia es una problemática que se ha generalizado en todo el valle de Aburrá, el censo de habitantes de calle y en la calle realizado por el CEO, caracteriza a dicha población en 2 tipos:

- 1. Habitantes de calle:** En esta categoría están todas las personas de cualquier edad que han roto vínculos con sus familiares y habitan permanentemente en la calle.
- 2. Habitantes en calle:** Aquí encontramos a todas las personas de cualquier edad que buscan su supervivencia en la calle (artistas circuenses, vendedores ambulantes, prostitutas, etc.), pero tienen un lugar donde llegar a pasar la noche.

Tener en cuenta esta tipificación es importante pues la población a intervenir son los habitantes **en** calle de la comuna 10 de la ciudad de Medellín de edades entre 18 y 32 años, debido a que desde la práctica profesional en el Sistema de Habitante de Calle en Centro Día, se ha evidenciado que se incrementó la demanda de atención en la institución por habitantes en calle jóvenes. Esta población tipificada como habitante en calle no recibe atención por parte de la institución Centro Día, pues el sistema está pensado para la atención integral de los habitantes de calle, dejando de lado la atención a esta población que también tiene las características de vulnerable.

Por otro lado, podemos delimitar que la población se centra en Candelaria, debido a que es la comuna donde más habitantes en calle hay en todo el municipio, sin

desconocer que este fenómeno se manifiesta en los barrios de las comunas periféricas de la ciudad. Con respecto al nivel educativo, se trata de una población muy diversa quienes en su mayoría no terminaron sus estudios, uno de los factores que hacen que esta población tenga la condición de vulnerabilidad. Cada uno de estos jóvenes subsiste a través del trabajo informal en el centro de Medellín, por lo que se trata de una población que no cuenta con seguridad social, ni prestaciones, cesantías y demás. Por último es importante resaltar que las redes de apoyo de estos jóvenes son mínimas, pues son alejados de sus familias consanguíneas y no reportan vinculación a instituciones de ninguna índole.

4. Planteamiento del problema.

A nivel nacional a través de la ley 1641 del 12 de julio del 2013 y a nivel municipal por medio del Acuerdo 24 del 2015, se están desarrollando las políticas públicas para los habitantes de y en calle, estas tienen como objetivo realizar una atención integral al habitante en y de calle adulto, la cual es entendida

como articulación de programas, políticas, planes, proyectos y acciones, que parte de una concepción multidimensional de los sujetos, el territorio y los factores que rodean a las personas habitantes de la calle, para garantizar la integralidad de sus derechos con un enfoque diferencial que dignifique sus condiciones de vida y promueva su autonomía. (Consejo de Medellín, Acuerdo 24 del 2015, p.2).

El principal insumo para realizar la política pública del habitante de calle en el municipio de Medellín es el censo de habitantes **de** y **en** calle de la ciudad de Medellín y sus corregimientos, realizado por el CEO. Aunque aún no existe la política pública del habitante de calle en Medellín, desde los planes de gobierno de los diferentes alcaldes, se ha propuesto el Sistema de Atención al Habitante de calle adulto de la ciudad de Medellín. Este fenómeno es pensado y abordado desde la población adulta, pues los menores de edad en condición de habitabilidad de calle los sacan de las calles las autoridades pertinentes y los internan en instituciones como el Hospital Mental de Bello

para iniciar el proceso de desintoxicación de spa y de resocialización. También es importante aclarar que el enfoque de dicho sistema es basado en la mitigación del daño y la disminución de los riesgos psicosociales.

Como se puede observar, el principal agente involucrado en el abordaje de esta problemática es el Estado, este tiene la obligación de reestablecer los derechos de la población vulnerable, por medio de acciones que los acerque a sus familias de origen, que les devuelva la dignidad y que los adapte socialmente a las normas y deberes que posee un sujeto social de derecho. Sin embargo, el Estado desarrolla esta intervención a través de operadores como lo es el Hospital Mental de Bello, la Pastoral de la Arquidiócesis de Medellín, Centro Día 1 y 2, entre otras fundaciones que apoyan la intervención a esta población.

Ahora bien, Las principales dificultades para la intervención de la habitabilidad en y de calles, son:

- **La presión ejercida por los grupos armados al margen de la ley:** Es evidente como en las diferentes comunas de la ciudad existen grupos armados ilegales, estos desencadenan el fenómeno del desplazamiento intraurbano por diferentes motivos de orden público, estos desplazamientos son causantes directos de la habitabilidad en y de calle, la comuna 10 no es ajena a esta problemática, allí los grupos llamados “convivir” son los encargados de “controlar” los diferentes espacios del centro de la ciudad para que el comercio funcione con normalidad, actividad por la cual cobran sumas de dinero a cada local comercial. Estos grupos también usan a los habitantes de y en calle para ser “jibaros” o “campaneros” en las plazas de vicio del centro de la ciudad.
- **Es una población flotante y cambiante:** Los habitantes de y en calle suelen ser nómadas, aunque hay varios puntos de concentración de dicha población en la ciudad, es poco frecuente encontrarlos en el mismo punto siempre debido a las dinámicas de “rebusque” como lo es el reciclaje.

- **Dificultad en encontrar a las familias de origen:** Es frecuente que esta población haya perdido todo vínculo con sus familias consanguíneas debido a múltiples factores, muchos vienen de otras ciudades del país, lo que dificulta el fortalecimiento de las redes de apoyo.

Por otro lado es pertinente observar los antecedentes investigativos sobre el fenómeno de la habitabilidad en y de calle, al rastrear información desde referentes investigativos y proyectos de intervención, desarrollados desde el 2014 hasta la fecha actual, encontramos que se hace énfasis en:

1. Habitabilidad de calle y Salud: Esta categoría es quizá la más estudiada con respecto al fenómeno de la habitabilidad en calle, muchos estudios se interesan por el estado de salud física y mental de los habitantes de calle como lo son, las probabilidades de padecer enfermedades como el VIH, el acceso a salud e incluso las percepciones que esta población tiene con respecto a la representación de salud, los autores más representativos en estas investigaciones son Dedsy Berbesi, Ángela Segura, Doris Cardona, Beatriz Caicedo (2015) a nivel Iationamericano, a nivel norteamericano son Kelly, J. Daniel; Cohen, Jennifer; Grimes, Barbara; Philip, Susan S.; Weiser, Sheri D.; Riley, Elise D. (2016). En la República de Ghana Oppong Asante, Kwaku; Meyer-Weitz, Anna; Petersen, Inge, (2016), en Reino Unido Hodgson, Kate J.; Shelton, Katherine H; Bree, Marianne B. M. (2015), en la región escandinava Stergiopoulos, V.Cusi, A. Bekele, T. Skosireva, A. Latimer, E. Schütz, C. Fernando, I. Rourke, S. B (2015) y en Australia Johnstone, Melissa Jetten, Jolanda Dingle, Genevieve A. Parsell, Cameron Walter, Zoe C (2016).

En Colombia autores como Carlos Adrián Peñata Bedoya, Dedsy Berbesi Fernández, Ángela María Segura Cardona (2017), Laura Milena Monsalve Escudero, Vanessa Johana Arcila García, Betsy Andrea Suescún Durango, Jaiberth Antonio Cardona Arias (2016), se han enfocado en estudiar las representaciones sociales de los habitantes de calle en temas de salud.

2. Habitabilidad de calle y derechos humanos.

En esa categoría encontramos las investigaciones que se enfocan en visualizar a los habitantes de calle como un sujeto social de derecho, inmerso dentro de una sociedad la cual por medio del Estado, debe prestar el servicio de ayuda para que estos puedan superar su situación de vulnerabilidad. En estas investigaciones e informes, se hace énfasis en la condición de vulnerabilidad social, de rechazo, de discriminación e incluso de violentados que poseen los habitantes en calle. Algunos autores que han investigado esta categoría son Castaños-Cervantes, Susana; Sánchez-Sosa, Juan J. (2016) en México, Golabek-Goldman, Sarah (2017), Jack Tsai, Darlene Jenkins, Ellen Lawton (2017) en Estados Unidos y Sandra Milena Ocampo Hoyos (2016) en Colombia.

3. Habitabilidad de calle y educación

Esta categoría ha sido especialmente estudiada en Estados Unidos, dan cuenta de la realidad social de los jóvenes y niños sin hogar que están escolarizados, se hace énfasis en la adaptación al medio estudiantil, el rendimiento académico, la relación con otros compañeros y sus profesores, la resiliencia y las historias de vida de cada uno. Esta categoría de investigación se ha desarrollado principalmente en los Estados Unidos, algunos de sus autores son: Gupton, Jarrett T. (2017), Masten, Ann S.; Fiat, Aria E.; Labella, Madelyn H.; Strack, Ryan A. (2015), Uretsky, Mathew C.; Stone, Susan (2016).

4. Casos particulares

En esta categoría, situamos dos estudios de caso que intentan comprender la realidad simbólica y subjetiva de habitantes de calle del sector “El Cartucho” en Bogotá y de los habitantes de calle que se sitúan bajo el puente de la quebrada “La Picacha”, sus métodos de estudio son cualitativos y etnográficos. Los autores de estas investigaciones son María González, Daniela Blandón, Juliana Quiceno, Álvaro Giraldo, Constanza Forero (2014) y Carlos José Suárez García (2017).

Con respecto a los antecedentes de proyectos de intervención, actualmente se cuenta con los lineamientos para un acuerdo de Política Pública (Acuerdo 24 de 2015) para la atención al habitante de calle de la ciudad de Medellín la cual plantea asegurar la construcción, implementación y seguimiento de la política pública social para los habitantes de calle del municipio de Medellín, teniendo en cuenta el enfoque de curso de vida en cada uno de los momentos de la construcción de este instrumento de gestión.

A través de estos lineamientos de política pública se crean diferentes proyectos los cuales buscan atender de manera integral al habitante de calle, estos procesos son liderados por la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos y desarrollados por la Arquidiócesis de la ciudad de Medellín, allí se busca garantizar la protección y el restablecimiento de los derechos de los habitantes de calle, así mismo se busca captar y orientar al habitante en situación de calle para ser trasladados a los centros de atención básica, donde se les brinda atención médica, psicológica, social, de alimentación y nutrición ofreciendo procesos de resocialización y de atención en salud.

Ante la atención en salud, se cuenta con proyectos como: Albergues de Recuperación Física, Recuperación de Enfermedades Infectocontagiosas y Albergue de Necesidades Especiales, desarrollado por la Fundación Hermanos de los Desvalidos los cuales buscan brindar atención integral en salud al habitante de calle.

Con respecto a la población crónica en calle con discapacidad física y/o mental, se cuenta con el programa liderado por la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos llamado Atención Integral a la Población Crónica en Calle con Discapacidad Física y/o Mental, desarrollado por la Corporación Ecocesa.

En cuanto a los procesos de resocialización se cuenta con proyectos con objetivos como: propiciar en la población en situación de calle adulto espacios de inclusión, atendiendo sus necesidades específicas por medio de intervenciones terapéuticas, educativas y de formación, brindar acompañamiento psicosocial para el reintegro

familiar y/o inclusión social de las personas adultas en situación de y en calle en la modalidad de resocialización comunitaria y por ultimo realizar un seguimiento que pueda contribuir al mejoramiento de las habilidades de los usuarios y el mantenimiento de un proyecto de vida autónomo, sustentado en la independencia económica. Algunos de estos proyectos son: Programa habitante de calle modalidad de resocialización con base comunitaria, desarrollado por la corporación Obra Social Nuevos Ideales, Granja Productiva “Somos Gente”, desarrollada por la Fundación Salvaterra.

Ahora bien, tras haber hecho un repaso breve sobre los antecedentes investigativos relacionados con la habitabilidad de calle, procedemos a delimitar nuestra problemática encontrada. Tras la realización del diagnóstico participativo con la población de habitantes en calle de la comuna 10 de la ciudad de Medellín, encontramos como principal problemática el aumento de los riesgos que conlleva a que se incrementen las probabilidades de llegar a la habitabilidad de calle. Este riesgo se ve reflejado en la poca oferta institucional para esta población, el desaprovechamiento de las ofertas existentes y la demanda por parte de los habitantes en calle de ser atendidos psicosocialmente. El aumento de estos riesgos psicosociales trae como consecuencias el incremento de las prácticas informales de trabajo e incluso delincuencia, abandono de las actividades académicas, abandono de las redes sociales de apoyo como la familia, deterioro físico y mental y aumenta la percepción de inseguridad en la ciudad.

5. Justificación

La población de habitantes en calle dada su condición de vulnerabilidad, no cuenta con atención integral por parte del Estado ni de los diferentes operadores que intervienen la habitabilidad de calle. Las políticas públicas que se están desarrollando a nivel municipal y nacional, además del Plan de Desarrollo de Medellín 2016-2019, incluyen en sus objetivos la intervención integral no solo a los habitantes **de** calle, sino también a los habitantes **en** calle. Esta atención integral incluye procesos de prevención para la habitabilidad de calle, los cuales no se están desarrollando en la actualidad.

Ahora bien, desde un enfoque psicosocial dirigido a la prevención, mitigación del daño y reducción del riesgo, se puede desarrollar una mirada holística y sistémica de los habitantes en calle donde se tenga en cuenta el contexto, los factores históricos, individuales, sociales y biológicos para que se permita desarrollar una intervención integral y diferencial, esta población como ya se ha dicho, no cuentan con atención por parte del Estado ni de las diferentes instituciones. Esta atención integral y diferencial tiene como objetivo potencializar las habilidades sociales y para la vida de los habitantes en calle, incentivar el aprovechamiento de los recursos personales e institucionales con los que cuentan, el fortalecimiento de redes sociales de apoyo y redes institucionales que favorezcan el restablecimiento de derechos e identificar los factores de riesgo que incrementen la probabilidad de pasar de habitante en calle a habitante de calle. La identificación dichos factores de riesgo psicosociales, permiten contribuir en el continuo fortalecimiento de las estrategias de atención a esta población y propician el desarrollo de estrategias que permitan la sensibilización en temas como hábitos de vida saludables, autocuidado y buen vivir en sociedad.

Dicha atención permitirá contribuir a la reducción de los riesgos psicosociales que aumentan la probabilidad de pasar de habitante en calle a habitante de calle, establecer rutas de atención a la población habitante en calle, y desarrollar estrategias de sensibilización y prevención dirigidas a la población en general.

6. Objetivos:

Objetivo general: Contribuir a la disminución de riesgos psicosociales de los habitantes en calle de la comuna 10 de la ciudad de Medellín

Objetivos específicos:

- Sensibilizar frente a temas del buen vivir en sociedad, temas de salud y autocuidado y aprovechamiento de recursos personales e institucionales

- Identificar los factores de riesgo psicosociales que incrementan la probabilidad de que los habitantes en calle cambien su condición a habitantes de calle.
- Fortalecer redes de apoyo sociales e institucionales que favorezcan la restitución de derechos, la inclusión social y el desarrollo humano.
- Favorecer la construcción de un proyecto de vida y potenciar habilidades para la vida desde un enfoque diferencial.

7. Referentes conceptuales

7.1 Marco teórico.

La ciencia contemporánea de la complejidad ha adquirido mucha fuerza en las últimas décadas debido a que ha sido consciente de sus limitaciones, interroga constantemente el conocimiento que produce, tiene en cuenta la característica determinista de la realidad pero también lo caótico y azaroso; esto favorece a la pertinencia del enfoque psicosocial para desarrollar una lectura compleja de la realidad encaminada a la acción para la transformación social, pues la ciencia de la complejidad establece la noción de sujeto como un componente más de la naturaleza, perteneciente a un sistema complejo que articula el orden biológico, cognitivo, social, emocional, cultural, contextual, etc.

Por lo tanto, el abordaje de la problemática suscitada en este proyecto de intervención, se desarrollará a partir de un enfoque psicosocial fundamentado en una perspectiva socioconstruccionista, el cual, desde una mirada de la psicología social crítica asume una cosmovisión holística y dialógica de la realidad en la cual las variables individuales, sociales, culturales, contextuales e históricas forman parte de un mismo proceso global y no es posible comprender o estudiar un proceso aislándolo de los otros (Ramírez y Martínez, 2015). Es decir, el enfoque psicosocial permite una mirada integradora del sujeto, desde la cual se propone una relación dialógica entre las variables sociales, contextuales, históricas, culturales e individuales, lo que promueve una comprensión holística de la realidad del sujeto. Cabe resaltar que el enfoque psicosocial derivado del

socioconstruccionismo y del interaccionismo simbólico hace énfasis en las relaciones entre personas (Ramírez y Martínez, 2015).

Un adecuado abordaje psicosocial implica el estudio de todas las variables que influyen en el estilo de vida relacionándolas con el plano intrapsíquico, interpersonal, grupal, social, reconociendo entonces que las diferentes situaciones (habitante de y en calle) por las que pasa un sujeto, no solo dependen de sí mismo sino también de las condiciones contextuales que lo rodean y en las que ha socializado (Ramírez y Martínez, 2015). El enfoque psicosocial es una herramienta que permite pasar de una mirada que reduce los problemas a determinantes individuales, a una concepción compleja en la cual la subjetividad surge entrelazando lo social y lo individual.

Ahora bien, la perspectiva socioconstruccionista define el concepto de realidad como una construcción social, haciendo énfasis en el carácter contextual de la subjetividad y en la concepción de que toda práctica social es una práctica discursiva, lo que la nutre de la hermenéutica, la orientación dialéctica y la sociología fenomenológica (Ramírez y Martínez, 2015). Desde esta perspectiva el comportamiento humano emerge de la relación dialéctica con el conocimiento, es decir, es el grupo de significados que se comparten por un colectivo, lo que determinará como se percibe y se interpreta el mundo que se observa y por ende como se leen los fenómenos sociales, individuales, grupales e interpersonales. Siguiendo este orden de ideas, las individualidades como las entidades mentales son “procesos sociales y simbólicos constituyentes y constituidos de lo que llamamos subjetividad” (Ramírez y Martínez, 2015, p. 21). Por lo tanto podemos definir el concepto de habitante en calle como una construcción social.

La perspectiva socioconstruccionista favorece la comprensión de los procesos psicosociales, por medio de la identificación de las construcciones sociales, la acción colectiva y las formas de identidad que surgen en la interacción social determinada por las elaboraciones lingüísticas compartidas.

Desde este enfoque psicosocial fundamentado en la perspectiva socioconstruccionista, el papel del profesional psicosocial debe comprender la noción de identidad del sujeto desde la diversidad, analizar los recursos discursivos empleados en los sujetos y colectivos, analizar desde la multifactoriedad, las interrelaciones de las personas en un contexto y comprender que “el sujeto de la intervención psicosocial es asumido desde una visión integral y sistémica, como parte de una familia, una comunidad, una sociedad y una cultura, en una época y escenario político determinados” (Ramírez y Martínez, 2015, p. 27).

Cabe resaltar que el desarrollo de este proyecto tendrá un enfoque diferencial, el cual es parte de un análisis diferencial de las necesidades y particularidades de las personas, para así desarrollar acciones que busquen garantizar la igualdad, equidad y la no discriminación. Reconoce las diferencias, en razón del sexo, el género, la edad, etnia, orientación sexual, discapacidades, condiciones económicas, sociales, culturales y políticas, entre otras, siempre teniendo presente el respeto por la diversidad (Concejo de Medellín, 2015, p. 4)

Ahora bien, la intervención psicosocial fundamentada en el desarrollo humano, tiene como propósito el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de las personas, haciendo más énfasis en la atención proactiva, prevención y emancipación que en las falencias o carencias. Desde el modelo de desarrollo humano de agenciamiento de capacidades, el profesional psicosocial debe fomentar competencias y potenciar recursos personales, grupales, sociales y culturales que permitan mejorar la calidad de vida, lo que implica una visión vinculante del sujeto en su propio desarrollo.

7.2 Conceptualización frente a la problemática.

Cada uno de estos conceptos usados para el desarrollo del proyecto son construcciones sociales que tienen validez en un contexto histórico y social definido como lo es el nuestro, corresponden a prácticas discursivas hegemónicas desarrolladas principalmente por políticas estatales y la opinión de los expertos. Por lo

tanto es necesario desarrollar estos conceptos con la población objeto de intervención para realizar construcciones sociales de conocimiento sobre los mismos.

Si bien estas prácticas discursivas han sido impuestas por los discursos hegemónicos, no se puede inferir que todos los habitantes en calle tengan esta misma construcción social propuesta aquí, por lo tanto, la construcción colectiva de los conceptos es de suma importancia, pues estos darán apertura a espacios de sensibilización y reflexión, además definirán las líneas de acción que favorecerán el cumplimiento de los objetivos propuestos. Por ejemplo, construir colectivamente conceptos como el de riesgo psicosocial, va a brindar los insumos para el desarrollo de la intervención, pues va a definir los riesgos psicosociales reales de la población a intervenir lo que propicia la planeación y desarrollo de acciones transformadoras.

Sin embargo, se hace necesaria y pertinente la definición de los conceptos a desarrollar para el cumplimiento de los objetivos del proyecto:

Habitante en la calle: Es la persona de cualquier edad, que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alternando la casa, la escuela y el trabajo en la calle, generalmente se observan ejerciendo la mendicidad, en espectáculos circenses, ventas ambulantes, en labores de reciclaje o ejerciendo la prostitución en los principales corredores económicos de la ciudad de Medellín, entre otras actividades propias de esta población. Es importante resaltar que ellos cuentan con un lugar donde llegar: la casa de su familia, la habitación de una residencia o un pequeño hotel (Concejo de Medellín, 2015).

Riesgo Psicosocial: los riesgos psicosociales están identificados como aquellos del individuo frente al ambiente, que amenazan detener o desvirtuar el proceso de desarrollo humano, sobre todo en menores y adolescentes, pues se trata en individuos en proceso de formación (Araque, 2016).

Desarrollo humano: “El desarrollo humano es el despliegue progresivo e intencionado del potencial y las capacidades personales y colectivas (aquí comunitarias) con base en la interacción personal y en relación dialéctica con un entorno material, sociocultural y político-económico que aporta nutrientes relevantes para el desarrollo a la vez que problemas y dificultades que el sujeto debe enfrentar exitosamente. En su doble vertiente personal y colectiva articula tres componentes sectoriales: uno personal, otro interactivo o relacional, y un tercero contextual.” (Sánchez, 2017, p. 162)

Inclusión Social: “Es toda acción realizada por la persona, la familia, la sociedad y el Estado tendiente a garantizar las condiciones materiales, sociales y afectivas que permitan a los habitantes de la calle el ejercicio de sus derechos y deberes como ciudadanos, en condiciones de equidad, teniendo en cuenta la diversidad de proyectos de vida individuales y colectivos y el enfoque diferencial. Su objetivo último es que las personas habitantes de la calle puedan aprovechar las oportunidades y sus capacidades para mejorar su calidad de vida.” (Concejo de Medellín, 2015, p. 2)

Habilidades para la vida: Grupo de competencias psicosociales y destrezas interpersonales que pueden orientarse hacia acciones personales, interpersonales y aquellas necesarias para transformar el entorno de manera que sea propicio para la salud. Una habilidad puede servir para varias situaciones psicosociales y, a su vez, una situación específica puede requerir el concurso de varias habilidades psicosociales. (Martínez, 2014)

Corresponsabilidad: “El Estado y la sociedad civil, incluidos los habitantes de la calle, sus familias y redes de apoyo, son responsables de garantizar, promover y defender sus derechos; además de prevenir, investigar y sancionar toda forma de violencia contra esta población y de ella hacia los demás ciudadanos.” (Concejo de Medellín, 2015, p. 3)

Restitución de derechos: “restablecimiento de los derechos consignados en la Constitución Política Nacional y en el ordenamiento jurídico Colombiano para cada

ciudadano, derechos de los que las personas habitantes de la calle son titulares.”
(Concejo de Medellín, 2015, p. 5)

Fortalecimiento de redes de apoyo institucional: Encaminado hacia la búsqueda de nuevas redes que brinden a los usuarios la oportunidad de adquirir nuevas herramientas para la superación de sus necesidades (González y Machuca, 2011, p.10).

8. Diseño metodológico

8.1. Enfoque metodológico

El proyecto se desarrollará desde el enfoque de las metodologías participativas, pues estas posibilitan nuevas miradas que visibilizan aspectos tradicionalmente ocultos como las subjetividades, las percepciones, las interculturalidades, la historia, el contexto, las individualidades, entre otras. Estas metodologías participativas propician espacios en los cuales los habitantes en calle puedan construir socialmente los conceptos y creencias que favorecerán la intervención, además podrán definir sus propios riesgos psicosociales acordes a sus construcciones sociales. Por lo tanto las metodologías participativas son adecuadas para el estudio e intervención de los fenómenos psicosociales entendidos como sistemas de comportamiento complejo (Abarca, 2016). Estas se desarrollan en tres momentos:

- **Momento de la práctica:** cuyo objetivo es conocer el contexto histórico, social, demográfico, económico, entre otros, partiendo desde los saberes, las percepciones, las experiencias, las problemáticas y los sentimientos de las personas pertenecientes a la población intervenida, haciendo énfasis en el respeto por las individualidades y las diversidades.
- **Teorización a partir de la práctica:** “La construcción de conocimientos colectivos o la teorización colectiva es el proceso que se promueve en este segundo momento del bucle o proceso metodológico participativo; precedido del

anterior, promueve la reflexión, la conceptualización y la construcción colectiva de conocimientos” (Abarca, 2016, p. 7)

- **Momento de aplicación práctica:** momento donde se aplican las reflexiones y las conceptualizaciones de los saberes colectivos, a los contextos y la vida cotidiana de la población sujeto de intervención, mediante acciones que lleven al cumplimiento de los objetivos planteados en el proyecto, tales como la elaboración de propuestas para mejorar la calidad de vida, creación y mantenimiento de espacios de reflexión y participación, fortalecimiento de los recursos propios de cada comunidad e individuo, entre otros.

“No pueden separarse en momentos distintos: no existe un momento para investigar, otro para aprender, otro para comunicarse y otro para crear producción teórica. Todos los procesos anteriores se dan de manera conjunta en un solo proceso integral, práctico y conceptual” (Abarca, 2016, p. 6)

Ahora bien, el proyecto tiene una duración de un año y se desarrolla en tres momentos, el primero llamado Etapa I, transversaliza la intervención, pues es donde se realiza la captación y la caracterización de la población, se establecen redes de apoyo institucionales y se brinda atención para la restitución de derechos. Este momento se debe presentar durante toda la ejecución del proyecto.

Las siguientes dos etapas se desarrollan paralelamente, pues cada una cumple un objetivo específico, la Etapa II A, tiene como objetivo la construcción y seguimiento de un proyecto de vida, favorecer el empoderamiento ciudadano y la corresponsabilidad frente al proceso, el desarrollo y fortalecimiento de habilidades para la vida y el desarrollo humano y el aprovechamiento de recursos personales. Para la ejecución de esta etapa del proyecto, se realizarán sesiones reflexivas grupales participativas donde se trabajen los conceptos de habilidades para la vida, desarrollo humano, riesgo psicosocial y favorezcan la construcción del proyecto de vida, para esto, las técnicas como la historia de vida y la animación sociocultural, promueven la participación y

construcción social de conocimiento, también se realizarán Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) con fines terapéuticos y atención individual por profesionales en psicología y trabajo social.

La Etapa II B, tiene como objetivo la promoción de hábitos de vida saludable, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento y aprovechamiento de los recursos personales e institucionales con los que cuentan los habitantes en calle. Durante esta etapa, se ejecutarán sesiones reflexivas participativas para la construcción social de conceptos como promoción de la salud y prevención de la enfermedad, recursos personales e institucionales, sesiones psicoeducativas dirigidas por personal de la salud con el fin de orientar a tener hábitos de vida saludables y sesiones educativas de carácter informativo sobre las diferentes ofertas institucionales a las que puede acceder los habitantes en calle.

Por último, el cierre del proyecto contará con una certificación simbólica a quienes hayan participado del proyecto en su totalidad, la cual dará cuenta de su participación en el proceso de intervención. La evaluación del proyecto se realizará semestralmente, se evaluará conceptos como el de satisfacción y cumplimiento de indicadores. Al cierre del proyecto se realizará una evaluación general de indicadores.

8.2. Diseño metodológico

La matriz del diseño metodológico es la siguiente:

Objetivos	Actividades	Meta	Indicadores	Recursos	Fuentes de verificación
<p>a. Favorecer la construcción de un proyecto de vida y potenciar habilidades para la vida</p> <p>b. Fortalecer redes de apoyo sociales e institucionales que favorezcan la</p>	<p>a. Grupos de apoyo mutuo, sesiones psicoeducativas, reflexivas y terapéuticas de carácter participativo cuyos objetivo sean el diseño de un proyecto de vida, el fortalecimiento</p>	<p>a. La población tiene construido un proyecto de vida y ha potencializado las habilidades para la vida, está empoderado y corresponsable de su proceso</p> <p>b. Se han creado vínculos</p>	<p>a. Para el final del primer semestre el nivel de satisfacción evaluado por las personas atendidas es de un 80% favorable. Al final del proyecto el nivel de</p>	<p>Profesionales en Psicología, profesional en desarrollo familiar o Trabajo social, Profesional en administración de empresas. Médico y</p>	<p>a. Resultados de evaluaciones individuales de satisfacción, quejas y reclamos,</p> <p>b. Número de instituciones articuladas al</p>

<p>restitución de derechos y la inclusión social</p> <p>c. Sensibilizar frente a temas del buen vivir en sociedad, temas de salud y autocuidado y aprovechamiento de recursos personales e institucionales</p> <p>d. Identificar los factores de riesgo psicosociales que aumentan la probabilidad de que los habitantes en calle cambien su condición a habitantes de calle.</p>	<p>de las habilidades para la vida y fomentar el empoderamiento ciudadano y la corresponsabilidad con el proceso</p> <p>b. Destinar profesionales sociales a establecer vínculos interinstitucionales que favorezcan la atención, la restitución de derechos y la inclusión social de los habitantes en calle</p> <p>c. Realizar actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad haciendo énfasis en las prácticas de autocuidado, sesiones psicoeducativas, reflexivas y participativas para optimizar el aprovechamiento de los recursos personales e institucionales</p> <p>d. Entrevistas estructuradas que permitan la identificación de los factores de riesgo psicosocial</p>	<p>institucionales y redes de apoyo, que favorecieron la restitución de derechos y la inclusión social.</p> <p>c. La población está sensibilizada y adquirió conocimientos sobre el buen vivir en sociedad, aprovechamiento de recursos personales e institucionales y el autocuidado.</p> <p>d. Se han identificado los riesgos psicosociales que favorecen el paso de habitante en calle a habitante de calle.</p>	<p>satisfacción se mantiene en el 80%</p> <p>b. Para el segundo trimestre se cuenta con el apoyo del 70 % de las instituciones consultadas.</p> <p>c. Para el segundo trimestre se cuenta con atención a 500 personas habitantes en calle en las diferentes etapas del proyecto.</p> <p>d. el 90% de la población atendida tiene restituidos sus derechos.</p>	<p>auxiliar de enfermería</p> <p>Monitores, secretaria,</p> <p>Espacio físico con oficina de psicología, trabajo social, jefe de proyecto, baños, aulas donde desarrollar las actividades</p> <p>Computadores, internet, línea telefónica, video beam, marcadores, tableros. Insumos para el área de enfermería</p> <p>Refrigerios para las actividades</p>	<p>proyecto</p> <p>c. Listados de asistencia a las actividades y talleres y bases de datos.</p> <p>d. número de afiliados al sistema de salud, número de documentos, número de personas escolarizadas</p>
---	--	--	--	---	---

9. Programación de actividades.

La siguiente tabla representa el cronograma de actividades y las diferentes etapas del proceso

Etapas	ACTIVIDADES:	MESES/SEMANAS																													
		MES 1					MES 2					MES 3					MES 4					MES 5					MES 6				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25					
Etapa I	Captación y caracterización de la población																														
	Establecimiento de redes de apoyo institucionales																														
	Atención a restitución de derechos																														
Etapa II A	Sesiones reflexivas y participativas para el diseño de proyectos de vida, empoderamiento ciudadano y corresponsabilidad con el proceso																														
	Sesiones reflexivas y participativas para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades para la vida y el desarrollo humano, identificación y aprovechamiento de recursos personales y la identificación y																														
	Grupos de apoyo mutuo																														
Etapa II B	Sesiones psicoeducativas de promoción de hábitos de vida saludables y prevención de la enfermedad																														
	Sesiones educativas para informar sobre los diferentes recursos institucionales con los que cuenta la población atendida																														

10. Presupuesto.

La tabla a continuación, describe el presupuesto necesario para la ejecución del proyecto, los conceptos de recursos humanos están estipulados en la tabla en un valor mensual, al igual que algunos conceptos de gastos generales como lo son el arriendo, los servicios públicos, la alimentación y la vigilancia.

PRESUPUESTO PROYECTO DE ATENCION AL HABITANTE EN CALLE JOVEN			
CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO	TOTAL
RECURSO HUMANO			
COORDINADOR	1	3.500.000	3500000
SECRETARIA	1	1.200.000	1200000
SERVICIOS GENERALES	1	800.000	800000
MEDICO (1/2 TIEMPO)	1	1.500.000	1500000
PSICOLOGO	3	3.000.000	9000000
PROFESIONAL ÁREA SOCIAL	3	3.000.000	9000000
EDUCADOR	6	1.300.000	7800000
TOTAL RECURSO HUMANO			32800000
RECURSOS TECNICOS			
COMPUTADORES	6	\$ 2.000.000	\$ 12.000.000
IMPRESORAS	2	\$ 900.000	\$ 1.800.000
TELEFONOS	6	\$ 70.000	\$ 420.000
TOTAL RECURSO TECNICO			\$ 14.220.000
MUEBLES Y ENSERES			
ESCRITORIO	6	\$ 700.000	\$ 4.200.000
VENTILADORES	9	\$ 150.000	\$ 1.350.000
DESCANSA PIES	6	\$ 30.000	\$ 180.000
SILLAS RIMAX	120	\$ 30.000	\$ 3.600.000
TABLEROS	3	\$ 200.000	\$ 600.000
NEVERA	1	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
MICROONDAS	1	\$ 150.000	\$ 150.000
TOTAL MUEBLES Y ENSERES			\$ 11.280.000
COSTOS GENERALES			
ALIMENTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN (REFRIGERIO - DESAYUNO - ALMUERZO - REFRIGERIO)	100	\$ 20.000	\$ 60.000.000
CAJA MENOR	1	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000
BOTQUIN	1	\$ 100.000	\$ 100.000
CAMILLA	1	\$ 150.000	\$ 150.000
LIMPIEZA	1	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
ARRENDAMIENTO	1	\$ 7.500.000	\$ 7.500.000
DOCUMENTACION Y CEDULACION	1	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000
SERVICIOS PUBLICOS	1	\$ 4.500.000	\$ 4.500.000
VIGILANCIA	2	\$ 7.200.000	\$ 14.400.000
MANTENIMIENTO Y OBRAS MENORES	1	\$ 6.000.000	\$ 6.000.000
TOTAL COSTOS GENERALES			\$ 101.650.000
TOTAL COSTOS DIRECTOS (RECURSO HUMANO + RECURSOS TECNICOS + MUEBLES Y ENSERES + COSTOS GENERALES)			\$ 159.950.000

Bibliografía

- Centro de Estudios de Opinión. (2009). Realización del Censo de habitantes de calle y en calle de la ciudad de Medellín y sus corregimientos. Universidad de Antioquia

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/censo-habitante-calle-medellin-2009.pdf>

- Concejo de Medellín. (2015). Acuerdo 24 de 2015. Alcaldía de Medellín Recuperado de:

https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/Publicaciones/Shared%20Content/GACETA%20OFICIAL/2015/Gaceta%204338/ACUERDO%200024%20DE%202015.pdf

- Congreso de Colombia. (2013). ley 1641 del 2013. Sitio web:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201641%20DEL%202012%20DE%20JULIO%20DE%202013.pdf>

- Concejo de Medellín. (2015). Acuerdo 29 de 2015. Sitio web:

https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/Publicaciones/Shared%20Content/GACETA%20OFICIAL/2015/Gaceta%204347/ACUERDO%200029%20DE%202015.pdf

- Ramírez-Ramírez, L. y Martínez-Chaparro, A. M. (2015). Perspectivas para la intervención psicosocial. (Documento de docencia No. 11). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/greylit.1161>

- Abarca, F. (2016) La metodología participativa para la intervención social: Reflexiones desde la práctica. Revista Ensayos Pedagógicos Vol. XI, Nº 1 p 87-109, Recuperado de: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ensayospedagogicos/article/view/8470/9650>

- Sánchez, A. (2017). Empoderamiento, liberación y desarrollo humano. Psychosocial Intervention Volume 26, Issue 3, December 2017, Pages 155-163. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113205591730025X>

- Araque, O. (2016). Vínculos familiares y riesgo psicosocial en las nuevas familias reconstituidas. Principia Iuris. ene-jun2017, Vol. 14 Issue 27, p252-275. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=71&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Martínez, V. (2014). Habilidades para la Vida: una propuesta de formación humana. Itinerario Educativo, xxviii (63), 61-89. Recuperado de: <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Itinerario/article/view/1488/1257>

- Quintero, L. (2008). La exclusión social en “habitantes de la calle” en Bogotá. Una mirada desde la bioética. Revista Colombiana de Bioética. Vol 3 (1) Ene-Jun 2008. 101-144. Recuperado de: <http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Revista5/Articulo4.pdf>

- Peñata CA, Berbesi D, Segura Á. (2017) Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. Hacia promoc. salud. 2017; 22(1): 56-69. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n1/v22n1a05.pdf>

- Daza LA. (2017). Determinantes sociales del fenómeno de habitabilidad de calle en Bogotá D.C. Una aproximación desde la salud urbana. Med U.P.B. 2017;36(1):51-58. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/7488/6837>

- Suárez-García, C. J. (2017). Estigma, communitas y modos de corrección para los habitantes de la calle en Bogotá (2000-2010). Sociedad y economía, (32), 195-216. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n32/1657-6357-soec-32-00195.pdf>

- Berbesi D, Segura A, Cardona D, Caicedo B. (2017). HIV vulnerability index in homeless persons. *Enfermería Global*, 46, 168-181. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/en_1695-6141-eg-16-46-00154.pdf

- Monsalve-Escudero L, Arcila-García V, Suescun-Durango B, Cardiona-Arias J (2014). Representaciones sociales sobre salud en adolescentes habitantes de calle, Medellín 2014. *MÉD.UIS*; 29(3):33-42. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v29n3/0121-0319-muis-29-03-00033.pdf>

- Ocampo Hoyos, S. M. (2016). El ser humano como ciudadano: una mirada desde los derechos humanos de los habitantes de la calle en Bogotá, localidad de Los Mártires. *Criterio jurídico Garantista*, 9(15), 86-101. Recuperado de: <http://revistas.fuac.edu.co/index.php/criteriojuridicogarantista/article/download/644/597>

- Berbesí D, Segura-Cardona A, Caicedo B, Cardona-Arango D. (2015) Prevalencia y factores asociados al vih en habitante de calle de la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015; 33(2): 200-205. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n2/v33n2a07.pdf>

- González MA, Blandón D, Quiceno JA, Giraldo Á, Forero C. Habitar bajo los puentes: vida y muerte; dos formas de comenzar algo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2014; 32(2): 36-41. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a05.pdf>

- Berbesi D, Agudelo L, Castaño C, Galeano P; Segura A; Montoya L (2014). Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *Rev CES Salud Pública* 2014; 5(2): 147-153. Recuperado de: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/3076/2236

- Tsai J, Jenkins D, Lawton E. (2017). Civil Legal Services and Medical-Legal Partnerships Needed by the Homeless Population: A National Survey. *American Journal of Public Health*. Mar2017, Vol. 107 Issue 3, p398-401. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Oppong Asante, K., Meyer-Weitz, A. & Petersen, I. (2016). Mental Health and Health Risk Behaviours of Homeless Adolescents and Youth: A Mixed Methods Study. *Child Youth Care Forum* (2016) 45: 433-449. Recuperado de:

<https://doi.org/10.1007/s10566-015-9335-9>

- Feral-Pierssens A, Aubry A, Truchot J, Raynal P, Boiffier M, Hutin A, Leleu A, Debruyne G, Joly L, Juvin P, Riou B, Freund Y. (2016). Emergency Care for Homeless Patients: A French Multicenter Cohort Study. *American Journal of Public Health*. May2016, Vol. 106 Issue 5, p893-898. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Golabek-Goldman S. (2017). Ban the Address: Combating Employment Discrimination Against the Homeless. *Yale Law Journal*. Apr2017, Vol. 126 Issue 6, p1788-1868.

Recuperado de: <https://www.yalelawjournal.org/note/ban-the-address-combating-employment-discrimination-against-the-homeless>

- Gupton, J (2017). Campus of Opportunity: A Qualitative Analysis of Homeless Students in Community College. *Community College Review* 2017, Vol. 45(3) 190–214.

Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0091552117700475>

- Ann S. Masten, Aria E. Fiat, Madelyn H. Labella, and Ryan A. Strack (2015) Educating Homeless and Highly Mobile Students: Implications of Research on Risk and Resilience. *School Psychology Review*: September 2015, Vol. 44, No. 3, pp. 315-330. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Uretsky M, Stone S (2016). Factors Associated with High School Exit Exam Outcomes among Homeless High School Students. *Children & Schools*, Volume 38, Issue 2, 1

April 2016, Pages 91 98,. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Stegman Bailey M, Goetz Engler D, Hemmeter J. (2016). Homeless with schizophrenia presumptive disability pilot evaluation. Social Security Bulletin. 2016, Vol. 76 Issue 1, p1-25. 25p. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Brown, R; Yinghui M, Mitchell, S; Bharel, M; Patel, M; Ard, K; Grande, L; Blazey-Martin, D; Floru, D; Steinman, M. (2015). Health Outcomes of Obtaining Housing Among Older Homeless Adults. [American Journal of Public Health](#). Jul2015, Vol. 105 Issue 7, p1482-1488. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Castaños, S; Sánchez, J. (2016). Hacia una construcción de una concepción psicosociocultural de niñas y jóvenes mexicanas en situación de calle: Una aproximación cualitativa. Anales de Psicología. may2016, Vol. 32 Issue 2, p516-527. Recuperado de:

<http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.32.2.204721/193241>

- Johnstone, M; Jetten, J; Dingle, G; Parsell, C; Walter, Z (2016). Enhancing Well-being of Homeless Individuals by Building Group Memberships. Journal_ of Community & Applied Social Psychology. Sep/Oct2016, Vol. 26 Issue 5, p421-438. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=46&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Kelly, J; Cohen, J; Grimes, B; Philip, S; Weiser, S; Riley, E. (2016). High Rates of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection in Homeless Women: Informing Public Health Strategies. Journal of Women's Health Aug2016, Vol. 25 Issue 8, p840-845.

Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=50&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Coohy, C., Easton, S.D. (2016). Distal Stressors and Depression among Homeless Men. *Health & social work*, 41 2, 111-119. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=53&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Stergiopoulos, V.; Cusi, A.; Bekele, T.; Skosireva, A.; Latimer, E.; Schütz, C.; Fernando, I.; Rourke, S. B. (2015). Neurocognitive impairment in a large sample of homeless adults with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Apr2015, Vol. 131 Issue 4, p256-268. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=56&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Chaturvedi, S. (2016). Accessing psychological therapies: Homeless young people's views on barriers and facilitators. *Counselling & Psychotherapy Research*. Mar2016, Vol. 16 Issue 1, p54-63. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=61&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Hodgson, K; Shelton, K; Bree, M. (2015). Psychopathology among young homeless people: Longitudinal mental health outcomes for different subgroups. *British Journal of Clinical Psychology*. Sep2015, Vol. 54 Issue 3, p307-325. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=66&sid=4d14b021-cc85-4dba-8042-bdae65c88898%40sessionmgr102>

- Secretaría de Inclusión Social y Familia Municipio de Medellín. (2013) Unidad de Atención integral a la población crónica en calle con discapacidad física y/o mental

APCD. Alcaldía de Medellín. Recuperado de: <http://www.ecosesa.com.co/home/wp-content/uploads/2016/04/Portafolio-de-Artes-APCD-ECC.pdf>