

**CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN LA
POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE ADULTA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN,
USUARIOS DE CENTRO DÍA, ENTRE MARZO DE 2006 Y MARZO DE 2007.**

Lucas Arias Vélez

Marcela Silvia Calle López

Lourdes Yohanna Pérez López

Silvia Elena Torres Villegas

**Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Especialistas en Farmacodependencia**

Asesora: María Eumelia Galeano Marín.

**UNIVERSIDAD LUIS AMIGÓ
ESPECIALIZACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA
MEDELLÍN
2007**

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	2
INTRODUCCIÓN.....	4
1. MEMORIA METODOLÓGICA.....	6
2. ANTECEDENTES	10
3. REFERENTES CONCEPTUALES	16
3.1 QUIEN ES EL HABITANTE DE CALLE	16
3.2 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	18
3.2.1 Definición	18
3.2.2 Clasificación	20
3.2.2.1 Depresores	20
3.2.2.2 Estimulantes:	20
3.2.2.3 Alucinógenas:	20
3.2.2.4 Inhalantes:.....	21
3.3 SISTEMA DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO HABITANTE DE CALLE	21
3.3.1 Reseña Histórica	21
3.3.2 Propuesta Técnica.....	25
3.3.2.1 Componente I: Intervención en Calle.....	25
3.3.2.2 Componente 2: Atención Básica en Patios.....	28
3.3.2.3 Componente 3: Resocialización – Inclusión Social	30
4. PRESENTACIÓN DE HALLAZGOS	34
4.1 DATOS GENERALES	34
4.2 CARACTERÍSTICAS DEL HABITANTE DE CALLE.....	35
4.2.1 Población según Sexo.....	35
4.2.2 Población según Edad.....	37
4.2.3 Estado Civil	39
4.2.4 Escolaridad	41
4.2.5 Procedencia.....	43
4.2.5.1 Procedencia por Departamento.....	43
4.2.5.2 Procedencia por Municipio.....	45
4.2.6 Motivo de Migración.....	47
4.2.7 Tiempo Viviendo en Medellín.....	49
4.2.8 Tiempo Viviendo en Calle.....	51
4.2.9 Tratamiento Previo	53
4.3 PERFIL DEL CONSUMO DE SPA	55
4.3.1 Droga de Impacto según Edad.....	55
4.3.2 Droga de Impacto según Sexo.....	57
4.3.3 Droga de Inicio según Edad.....	59
4.3.4 Droga de Inicio según Sexo.....	61
4.3.5 Droga de Consumo según Tiempo Viviendo en Calle	63

CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	69
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA.....	72
ANEXO 1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	74
ANEXO 2 FICHA DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	76

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Atención y acompañamiento a la población Habitante de Calle adulto de la ciudad de Medellín¹, actualmente se encuentra en Convenio entre el Municipio de Medellín, Secretaría de Bienestar Social y La Universidad de Antioquia, facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Este Sistema ha tenido diferentes propuestas metodológicas, de enfoque y de intervención, las cuales han dependido de las entidades contratadas por el municipio para ejecutarlo.

Las formas de abordaje han variado dependiendo del concepto, que las instituciones que intervienen la problemática, tienen del habitante de calle². Es así como en el año 2003 era percibido como farmacodependiente y se atendían en la modalidad de medio abierto sus necesidades básicas de alimentación, aseo personal y servicio medico; para el proceso de rehabilitación se remitían a comunidades terapéuticas hasta el 2005, año en el cual es modificado el enfoque de intervención, dando inicio a la propuesta actual, basada en la reducción de daño, los derechos, deberes y la integralidad que son la base metodológica de la propuesta que actualmente se esta ejecutando.

Los cambios en la ejecución del proyecto y los avances tecnológicos crearon la necesidad de tener información permanente y actualizada. Es así como se comienzan a registrar y sistematizar, generando bases de datos a partir de una entrevista inicial que indaga datos personales, sociodemográficos y consumo de sustancias. Es importante aclarar que aunque éstas vienen siendo registradas desde el año 2005, nunca han sido analizadas con fines investigativos. Sin embargo, sirven como insumo para elaborar los informes mensuales que la Universidad de Antioquia entrega al Municipio.

¹ En adelante se seguirá llamando El Sistema o Centro día.

² En adelante se seguirá anotando H de C para denominar a los habitantes de la calle y hace referencia tanto a hombres como a mujeres.

Teniendo en cuenta lo anterior y que no existen estudios previos desde el Sistema ni otras referencias bibliográficas que definan el perfil del habitante de calle y las sustancias de mayor consumo, la investigación se plantea como propósito principal caracterizar el consumo de Sustancias psicoactivas³ del habitante de calle de la ciudad de Medellín que solicitó los servicios del Sistema entre marzo de 2006 y marzo de 2007, y la información registrada permite clasificarlo como H de C.

Para alcanzar lo planteado se establecieron como objetivos específicos conocer las características del H de C e identificar el perfil del consumo de sustancias Psicoactivas. Para ello se cruzaron variables contenidas en el Instrumento Estadístico de Vigilancia Epidemiológica para Sustancias Psicoactivas⁴, además de otros datos contenidos en la entrevista inicial.

El consumo de SPA en los habitantes de calle es un tema bastante amplio y complejo que estudiado a profundidad permite desarrollar y evaluar programas que posibiliten redireccionar las intervenciones hasta el momento realizadas con este tipo de población. Al mismo tiempo aporta elementos al Municipio de Medellín para la continuidad y cualificación de estos proyectos, con el fin de brindarles una atención orientada a satisfacer las demandas reales de este grupo y de la ciudad en general, mejorando la comprensión de este fenómeno sobre el cual no se tiene incidencia sobre sus causas.

La presente investigación aporta elementos de análisis sobre los perfiles de consumo de los habitantes de calle, información que ha sido poco documentada y que permite avanzar en el conocimiento de la problemática de consumo asociada a los hábitos de vida en calle y amplía de una manera más integral este concepto con miras a enriquecer los modelos de intervención basados en propuestas de reducción del daño.

³ En adelante se denominará SPA

⁴ En adelante se seguirá llamando VESPA.

1. MEMORIA METODOLÓGICA

El tema de investigación sobre el consumo de SPA en los Habitantes de Calle (H de C) surge de la experiencia laboral que los profesionales a cargo de la investigación tienen en el Sistema, lo que genera inquietudes e intereses académicos y de orden práctico, pues se dispone de suficiente información registrada en la base de datos Epi-Info⁵ (versión 3.3.2 Febrero de 2005) desde la cual se pueden conocer y analizar variables que permiten ampliar el conocimiento de la problemática y así poder elaborar propuestas más acordes a las necesidades de esta población.

Para asumir esta investigación se propuso en un primer momento, realizarla desde el componente de resocialización del Sistema, el cual pretende modificar hábitos y estilos de vida propios del habitante de la calle como son: carencia de hábitos de higiene, dormir a la intemperie, ausencia de normas sociales, alteraciones en los horarios de sueño-vigilia, entre otros; con el fin de lograr la inclusión social, mediante acciones y estrategias centradas en el enfoque de la reducción del daño y el diseño de un proyecto de vida socialmente aceptable. Inicialmente se pretendió evaluar y ajustar el proceso que allí se lleva a cabo, con el fin de hacer propuestas orientadas a mejorar dicha intervención.

Es así como en el análisis de la información y el contexto, se observan las dificultades de iniciar el estudio en un componente avanzado del proceso sin antes tipificar los perfiles de consumo y del consumidor, por lo tanto se replantea el tema con el fin de ahondar en la caracterización de dichos perfiles desde la información obtenida al ingreso de los usuarios y la cual es requisito para clasificar su condición de calle.

La anterior información se encuentra consignada en las entrevistas iniciales, en el VESPA y la base de datos existente⁶ desde donde se obtiene los datos para su análisis.

⁵ Es un Sistema para la programación de bases de datos y análisis automatizado.

⁶ Véase anexo 1, formato o instrumento de recolección de datos

Por la gran cantidad de información consignada en la base de datos se hizo necesario delimitar el espacio de tiempo, por lo cual se decidió analizar los datos registrados entre marzo de 2006 y marzo de 2007. Es de anotar que a partir de marzo de 2006 el programa es coordinado por la facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia y además corresponde con la información mas reciente, que pertenece a usuarios que utilizan actualmente los servicios del Sistema.

Se inicia entonces la búsqueda de información documental a través de la bibliografía existente, contrastándola con la información aportada por los usuarios que asisten a Centro Día.

La bibliografía revisada permite apoyar teóricamente la investigación y la información registrada en el Sistema facilita organizar, seleccionar y clasificar los datos obtenidos, según los objetivos planteados. Para realizar esto se definen variables y cruces pertinentes que hacen posible visibilizar el consumo de SPA en los habitantes de la calle.

Durante la búsqueda bibliográfica se encontraron dificultades en la recopilación de información respecto al H de C y su relación con el consumo de SPA.

En las bibliotecas de: la Universidad de Antioquia, Fundación Universitaria Luis Amigó y la Universidad Pontificia Bolivariana, se halló bibliografía desactualizada sobre esta población. La información más reciente hace referencia a los menores en situación de calle.

De igual manera se indagó con especialistas en el tema, quienes hicieron referencia a bibliografía ya conocida por el equipo investigador. Las últimas investigaciones son aportes de las Universidades Pontificia Bolivariana (Correa, 2007) y de la Universidad de Antioquia (Navarro, 2007); donde se abordan temas como la caracterización

demográfica, social, económica y familiar de los habitantes de calle de la ciudad de Medellín y se presenta un análisis conceptual y empírico del Sistema de Atención.

Luego de realizar la revisión teórica, donde se encuentra información para apoyar la conceptualización y el análisis, se priorizan los datos que se encuentran registrados en la entrevista inicial realizada directamente al usuario, cuando éste es contactado, bien sea en la calle, en las unidades hospitalarias o en instituciones que atienden este tipo de población. El cuestionario es aplicado por funcionarios entrenados para su diligenciamiento.

Por lo general, las personas cuando son abordadas para la entrevista inicial, responden las preguntas de manera espontánea. Esta entrevista contiene información sobre la identificación y caracterización del usuario, procedencia, información familiar, toxicomanía y tipo de afiliación a la seguridad social. A cada una de ellas, se le asigna un número consecutivo de referencia en el momento de ser ingresada la información al programa estadístico Epi-info.

La entrevista inicial se guarda en medio magnético y en archivo físico. Vale aclarar que esta información es de carácter confidencial -con acceso restringido al público en general- Sólo se permite el acceso a las entrevistas cuando la autoridad competente así lo requiere, previa notificación por escrito.

De tal manera que para definir las variables y el cruce de las mismas, se tuvo en cuenta la entrevista inicial, donde se obtiene información que aporta al análisis y caracterización sobre el consumo de SPA en los H de C.

Las variables abordadas son de tipo demográfico como: edad, sexo, procedencia, escolaridad, estado civil, tiempo de permanencia en calle, motivo de migración, tratamiento previo, entre otras y las que se incluyen en el VESPA: Droga de impacto según edad y sexo, droga de inicio según edad y sexo, droga de consumo según

tiempo viviendo en calle, tiempo en calle según edad de inicio de consumo de la droga de impacto.

Para el análisis se tuvo en cuenta la información cuantitativa que proviene de los datos estadísticos que permiten hacer cruces de variables y presentar la información en gráficos y cuadros para analizar frecuencia, porcentaje y tendencias y, posteriormente, relacionarla con los referentes conceptuales y de contexto.

2. ANTECEDENTES

Con relación al tema de habitantes de calle se registran los siguientes estudios los cuales aportan información valiosa para su comprensión y posterior análisis:

Inicialmente se revisó el trabajo realizado en Bogotá cuyo título es “La sensibilización hacia el habitante de calle, brigadas y comunidad desde la lúdica como estrategia de un proceso de inclusión social” (Ortiz, 2004).

En este trabajo se pretendió desdibujar la imagen que se ha elaborado en torno al ser humano que habita en la calle. Tuvo como objetivo sensibilizar, informar y orientar a la comunidad involucrada dentro de la problemática de la habitabilidad en la calle, mediante procesos lúdicos psicosociales con el fin de facilitar la inclusión del habitante de calle con la localidad.

Las conclusiones más relevantes de este trabajo fueron:

Si se pretende la inclusión social por parte del ciudadano –hombre y mujer- habitante de calle se debe conocer su cultura, sus necesidades, su motivación y concebirlos como seres humanos que han constituido un estilo de vida diferente dado por el contexto donde conviven.

Los ciudadanos que habitan en las calles han conformado una cultura común, por lo tanto la estrategia de motivación a la inclusión debe partir de espacios que generen interés y que permitan el fomento de la utilización del tiempo libre en actividades de carácter lúdico formativo.

La generación de pertenencia, de interacción, de participación en los ciudadanos habitantes de calle puede ser la motivación hacia la inclusión.

La estrategia lúdica de acercamiento permitió la conformación de comunidad, si se parte de la definición de ella, como un subgrupo que comparte una cultura, genera relaciones de cooperación, solidaridad, pertenencia y trabaja hacia un objetivo común. Por lo tanto si este acercamiento fue una aproximación pequeña, con escasez de recursos y con dificultades en el tiempo que realmente demanda un proceso comunitario, se pueden lograr grandes resultados, si se replica pero con recursos, en espacios adecuados y con mayor continuidad.

En Bogotá, también se encontró que, el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) lleva a cabo acciones realizadas en el marco del proyecto “Atención Integral para la Inclusión Social de Ciudadanos-as Habitantes de la Calle” (2005), entre 22 y 59 años, a través de 5 modalidades:

1) Brigadas de Atención en Calle: Operan durante las 24 horas del día en 19 localidades de Bogotá realizando atenciones y contactos de sensibilización, que incluyen servicios recreativos, culturales, de salud, aseo y refrigerio.

2) Modalidad Hogar de Paso Día: Presta atención básica en salud, higiene y alimentación, así como talleres lúdicos y formativos.

Modalidad Hogar de Paso Noche: Presta servicio de hospedaje, alimentación e higiene. Con 150 cupos disponibles.

3) Modalidad Atención Transitoria: Se caracteriza por la prestación de dos tipos de servicios: atención a necesidades básicas y atención terapéutica individual y grupal que facilite la recuperación y potenciación de las diferentes dimensiones del ser humano. Cabe destacar que desde mayo de 2005 se reestructuró el modelo de atención y se plantearon talleres en las áreas de modelo pedagógico que incluye nivelación académica y salidas pedagógicas; así como desarrollo personal e institucional.

4) Modalidad Comunidades de Vida: Presta atención integral y especializada para el tratamiento, habilitación y restablecimiento de vínculos que faciliten la inclusión de esta población que presenta altos niveles de consumo y adicción a sustancias psicoactivas. Adicionalmente, cuentan con un énfasis en formación para el trabajo y oportunidades de generación de ingresos.

5) Modalidad Enlace Social: Ofrece a los egresados y egresadas de las comunidades de vida y de Atención Transitoria, oportunidades para la generación de ingresos, capacitación y formación para el trabajo, mediante la incorporación a diferentes convenios interinstitucionales en las áreas ocupacionales y educativas; propende por el fortalecimiento de los vínculos familiares, sociales y comunitarios de esta población.

Por otro lado, en la misma ciudad, el libro “Gamines, Instituciones y cultura de la calle” (Ruiz, 1998) , hace un compendio de textos referentes al tema de la problemática de la calle, “en general, todos ellos apuntan a replantear las lecturas tradicionales que se han realizado sobre este fenómeno , abriendo las puertas a otros modos de interpretación y a la búsqueda de nuevas propuestas para el trabajo con habitantes de la calle”.

Así mismo, el estudio de la Cámara de Comercio de Medellín, el ICBF y la Consejería presidencial para Antioquia, denominado “La calle como forma de sobrevivencia”, (Galeano, 1996), aborda el tema de los menores de y en la calle como actores sociales, las actividades de sobrevivencia, estrategias de socialización y territorios que ocupan en la ciudad de Medellín, además el papel que cumplen las instituciones y el Estado frente a la problemática.

También se tiene en cuenta el informe del censo realizado en la ciudad de Medellín en el año 2002 por la Secretaria de Bienestar Social y el DANE que registra información sobre las características y magnitud de los habitantes de y en la calle que recorren los diferentes sectores de la ciudad, registrando más de 3000 personas que hacen de la calle y los espacio públicos su hábitat permanente.

Otro antecedente a tener en cuenta es el estudio realizado por la Universidad Pontificia Bolivariana, “La otra ciudad y el habitante de calle” (Correa, 2007), en donde se realizó una caracterización demográfica, social, económica y familiar del habitante de calle en la ciudad de Medellín que se ubica en el área comprendida entre la calle Colombia -al norte- y la Avenida 33 -al Sur- y la Carrera 80 -al Occidente- y la Autopista sur -al Oriente-

La investigación da cuenta de la ocupación del territorio como configuración de espacios que para esta población resultan significativos, dadas sus interacciones, usos, prácticas y los transforman en territorios semantizados y demarcados para su vida cotidiana, diluyendo las fronteras entre lo público y lo privado.

En cuanto a las características sociodemográficas y económicas encontraron que en el sector predominan personas adultas hombres, entre los 35 y 50 años. La mayoría se reconocen como personas solteras, el 76% señaló el consumo de SPA como la razón de su ingreso a la vida en calle.

En el estudio se encontró un gran porcentaje de personas habitantes de calle provenientes de otras ciudades, con niveles precarios de educación, seleccionan su lugar de asentamiento en la calle de acuerdo con la posibilidad que tienen de satisfacer sus necesidades básicas, vincularse a trabajos ocasionales y a recibir beneficios de la comunidad. Las relaciones del habitante de calle con los comerciantes son tensas ya que estas personas representan una amenaza al desarrollo de su actividad, sin embargo se encuentran diferentes modos de reaccionar ante esta problemática, algunos establecen pactos y acuerdos de convivencia mínimos, otros les dan comida y en algunos casos los desalojan a la fuerza del sector.

En las relaciones con los pares se comprueban interacciones por compañía, alimento, dinero, trabajo; algunas veces asociados a la sobrevivencia. Con respecto a lo

institucional se perciben vínculos instrumentales (satisfacción de algunas necesidades básicas), aunque en ocasiones se generan lazos de amistad, respeto y confianza.

En el aspecto familiar se encontró que la familia predominante es la nuclear, seguida por la monoparental y extensa. Los conflictos dentro de éstas se convierten en un factor detonante para que las personas se vean avocadas a salir a la calle. Un ejemplo de ello son las relaciones inadecuadas, el ejercicio inapropiado de la autoridad, los problemas de comunicación, relaciones afectivas, etc. De igual manera se evidencian las familias constituidas en la calle, las cuales tienen un gran significado para ellos y en las que la constitución y la dinámica son similares a cualquier otra.

Otra de las investigaciones analizadas, en el informe, “Análisis conceptual y empírico del Sistema de atención al habitante de calle adulto en la Ciudad de Medellín” (Navarro, 2007) presentado por la Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, pretendió analizar empírica y conceptualmente la situación actual del Programa de atención a los habitantes de calle a fin de brindar elementos para la construcción de una propuesta cualitativa de modelo de evaluación de impacto del Sistema de intervención y la orientación de una política pública para la ciudad.

En la investigación se evidencian cuatro líneas fundamentales de las que se concluye:

1. Descripción de la Línea de Base: esta recogió información sobre la concepción del modelo, la metodología de intervención y el Sistema de evaluación de los procesos. En este aspecto se evidenció la necesidad de profundizar los referentes conceptuales del Sistema de Atención si se quiere alcanzar un modelo documentado sobre la perspectiva de derechos y deberes, la integralidad y la reducción del daño.

2. La Mirada desde las Representaciones Sociales: se abordan desde las representaciones que hace de la vida en calle los habitantes de calle y las personas que trabajan directamente con ellos, y para ello exploran opiniones, actitudes y creencias;

sobre el cuerpo, el territorio, la norma y el espacio público. Esto arrojó como resultado la inexistencia de una representación social estable debido a la ausencia de consenso intragrupo.

3. Condiciones de Acceso a los Servicios de Salud: Una Perspectiva de Derechos:

En esta investigación se encontró que la morbimortalidad de los habitantes de calle de la ciudad se da principalmente por causas violentas y enfermedades infecciosas de vías respiratorias, siendo las más preocupantes para la salud pública; la tuberculosis, enfermedades de la piel y las infecciones de transmisión sexual. Lo anterior como consecuencia de sus estilos de vida que conllevan a hábitos poco saludables en su autocuidado.

Concluye además esta línea de investigación que el personal de salud (externo al Sistema) tiene una valoración negativa del habitante de calle, lo cual conlleva a reproducción de condiciones institucionales de exclusión social; reflejándose en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, el cual no está adecuado a las necesidades o a la realidad social de los habitantes de calle, generando serias limitaciones en relación con la garantía del acceso a salud como un derecho.

4. Estrés Laboral: Síndrome De Burnout: dentro de la investigación esta línea queda inconclusa, citándose sólo los objetivos, instrumentos y una descripción teórica del síndrome y no se citan los resultados ni las conclusiones.

Las investigaciones anteriormente descritas contribuyen al conocimiento de la problemática y otras propuestas similares en el país que apuntan a la atención de este grupo poblacional, desde los aportes del Estado, donde se describen las modalidades de atención y el impacto de estas en la población y en la ciudad.

3. REFERENTES CONCEPTUALES

Para el desarrollo de esta investigación se tienen tres categorías centrales: Habitantes de calle, sustancias psicoactivas y Sistema de Atención Y Acompañamiento al Habitante de Calle en la Ciudad de Medellín.

3.1 QUIEN ES EL HABITANTE DE CALLE

En los estudios encontrados sobre el tema, se especifican dos conceptos básicos que hacen referencia a las categorías: habitante y calle. El Censo sectorial habitantes de y en la calle, (DANE, 2002) en la ciudad de Medellín, presenta una definición de ambas categorías:

Habitante de la calle: “Es la persona de cualquier edad que, generalmente, ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida” (DANE, 2002).

Habitante en la calle: Persona menor o mayor de 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, y que durante el operativo de campo, por observación se viera pidiendo, vendiendo o ejerciendo la prostitución en los principales corredores económicos de la ciudad de Medellín. Es importante resaltar que ellos cuentan con un lugar estable dónde llegar: la casa de su familia, la habitación de una residencia o de un pequeño hospedaje.

De otro lado según el DABS - Departamento Administrativo de Bienestar Social de Bogotá (2005), “Las personas adultas **que habitan la calle**, han generado un estilo de vida particular que se manifiesta en el desarrollo de sus propias normas de convivencia a fin de adaptarse a su medio. En ellos son frecuentes comportamientos tales como uso y abuso de sustancias psicoactivas, prostitución, maltrato, así como algunas formas de

agresión y violencia que afectan su entorno y la seguridad ciudadana. Un alto porcentaje de esta población presenta problemas de salud física y mental que denotan un proceso de autodestrucción, convirtiéndolos en hombres y mujeres de alta vulnerabilidad y sujetos de las políticas sociales del Estado que en la mayoría de los casos han sido de tipo asistencialista. Esta población presenta una diversidad de perfiles que hacen aún más complejo el problema y las posibles alternativas de solución ya que se requieren ofertas institucionales de acuerdo con las problemáticas presentadas por este grupo poblacional”

Por su parte la definición que se encuentra en la documentación del programa de la Secretaria de Bienestar Social de Medellín (2000) precisa lo siguiente:

Habitante de la Calle: Persona que configura la calle como, opción de vida, se desenvuelve fundamentalmente en ella, como espacio físico, social donde resuelve sus necesidades vitales, construye relaciones afectivas, simbologías y mediaciones socioculturales, estructurando un estilo de vida.

Habitante en calle: Individuo que hace de la calle el escenario propio de supervivencia, alterna con sus redes de apoyo familiar y/o social; hace énfasis especial en la opción que lo articula al espacio de la calle. Además de éstas se posiciona una definición mucho más amplia y general que cobija a ambas, la del **habitante en situación de calle**, quien lleva a cabo sus principales actividades en relación con la calle. El habitante en situación de calle no se define por la edad, por el acceso al techo para dormir, sino por su acontecer vivencial en la calle como su espacio de sobrevivencia, lo que poéticamente llamamos *el ser en la intemperie* real, que no es otra cosa en términos de la legalidad y la legitimidad que vivir por fuera del acceso a los derechos básicos fundamentales, ya sea por pobreza, por motivos de fuerza mayor o por elección.

La definición que se toma para la investigación es la de Habitante en situación de calle, ya que retoma conceptos que tienen en cuenta la situación actual de las personas que por diferentes motivos se encuentran en esta condición de vulnerabilidad.

3.2 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

3.2.1 Definición

Las diferentes culturas a lo largo de la historia han utilizado sustancias psicoactivas, con el propósito de alterar deliberadamente el estado de la mente, con fines religiosos, recreativos, mágicos o medicinales.

En la cultura occidental un psicoactivo es una sustancia química de origen natural o sintético que altera específicamente las funciones del Sistema nervioso central (SNC), trayendo como consecuencia, según la sustancia, inhibición del dolor, cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. Por otro lado se entiende por fármaco sustancia química que modifica los estados fisiológicos en general. (Lorenzo, 2003)

La Organización Mundial de la Salud definió el término droga como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones”; (OMS, 1969) de esta manera droga, fármaco y psicoactivo son considerados como sinónimos. Mas adelante, define como droga de abuso aquella sustancia de uso no terapéutico con efectos psicoactivos capaz de modificar la realidad y susceptible de ser autoadministrada, con tendencia a incrementar la cantidad paulatinamente. (OMS. 1982)

Los psicoactivos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales. Los mensajes entre las distintas células nerviosas (neuronas) se transmiten a través de estímulos eléctricos o químicos. Las neuronas no entran en

contacto directo entre sí; en las sinapsis el mensaje se transmite por medio de neurotransmisores. La mayoría de los psicoactivos actúan alterando el proceso de neurotransmisión, estimulando o inhibiendo la actividad.

Se considera que una sustancia psicoactiva ha generado dependencia en el consumidor cuando se dan las siguientes condiciones:

- Tener necesidad de seguir consumiéndola sin tener en cuenta las consecuencias.
- Tender a aumentar la dosis para lograr los mismos efectos. (tolerancia)
- Presentar síntomas físicos molestos al disminuir o cesar su consumo.
- Sentir necesidad imperiosa de consumir tanto psíquica y física para evitar síntomas molestos por su ausencia o búsqueda de placer al consumirlo.

Se entiende por dependencia la necesidad del consumo continuo de la droga, debido a los efectos placenteros que esta produce o para evitar los síntomas displacenteros por la ausencia de ésta. Se podría hablar de dos tipos de dependencia: física que hace relación a la necesidad de droga que se genera en el organismo para poder funcionar y psíquica se refiere al deseo de consumir sustancias para obtener un sentimiento de placer y bienestar que lo impulsa a repetir su consumo de manera continúa.

Dentro de la problemática de la dependencia se encuentra también la tolerancia que se manifiesta como la adaptación biológica del organismo a la droga, de tal manera que la persona se ve en la necesidad de incrementar el consumo para lograr los mismos efectos.

3.2.2 Clasificación

Las sustancias psicoactivas han sido clasificadas según sus efectos físicos y psicológicos en: depresoras, estimulantes, alucinógenos e inhalantes. (Lorenzo, 2003)

3.2.2.1 Depresores: Son aquellos que deprimen o inhiben los mecanismos cerebrales del Sistema nervioso central, disminuyendo el ritmo cardiaco, la respiración, atención, propiciando sensaciones de tranquilidad, sueño y embotamiento, con el tiempo deterioran la memoria y capacidad de aprendizaje. En este grupo se encuentran: el alcohol, la marihuana, la heroína y derivados de los opiáceos, las benzodiazepinas y los inhalantes.

3.2.2.2 Estimulantes: producen un estado de aceleración y estimulación del Sistema nervioso central, aumentan la presión sanguínea, generan euforia pasajera y disminución del sueño, luego de esta etapa sucede otra con síntomas como depresión, fatiga y ansiedad que obliga al consumidor a repetir la dosis para volver al efecto estimulante. Su uso continuado puede producir pérdida del apetito, agitación, convulsiones, taquicardia, paranoia. Las más conocidas son: la cocaína, el basuco, el tabaco, las anfetaminas y metanfetaminas como el éxtasis.

3.2.2.3 Alucinógenas: producen trastornos en la percepción y el conocimiento, distorsiona los sentidos, aumenta la presión sanguínea y pueden producir euforia, ansiedad, distorsión sensorial, alucinaciones, pánico, alteraciones intelectuales, perturbación en la atención además de tolerancia y dependencia. Entre ella están: la ketamina, mezcalina, marihuana, hongos, LSD- ácido, fenciclidina.

3.2.2.4 Inhalantes: estas sustancias deprimen y estimulan diferentes partes del Sistema nervioso al mismo tiempo, disminuyen la cantidad de oxígeno que llega al cerebro, afectan además los pulmones, el hígado y los riñones. Pueden producir anemia por alteración en la médula ósea, hemorragia en las mucosas digestivas y respiratorias, bronquitis y deterioro neurológico. Entre estos tenemos: pegantes, combustibles, solventes, hidrocarburos, acetonas, alcoholes, óxido nitroso.

3.3 SISTEMA DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO HABITANTE DE CALLE

3.3.1 Reseña Histórica

La indigencia o exclusión social es un problema inherente a las grandes urbes y Medellín no está exenta de esta situación, tal como lo demuestra el último censo de habitantes en situación de calle realizado por el DANE y la Secretaría de Solidaridad en el año 2002, el cual arrojó como principal resultado, la presencia de 6.913 personas en esta condición, de los cuales 3.430 (49.6%) son habitantes en la calle y 3.483 (50.4%) se consideran, habitantes de la calle, entendiendo el término “como persona cuya vida se desempeña fundamentalmente en la calle como espacio físico-social donde resuelve necesidades vitales, construye relaciones afectivas y mediaciones socioculturales, estructurando un estilo de vida.

De acuerdo con el Censo, en Medellín (DANE, 2002), el 74.6% de los Habitantes de la calle tienen entre 18 y 59 años de edad, rango que de acuerdo con la distribución por programas especializados en la Secretaría de Solidaridad, son competencia del Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto.

El Sistema ha estado marcado en especial por la atención que brinda a la población que termina en calle fruto de su relación con la droga, el alcohol o por su estado mental, pero ello ha tenido su énfasis de acuerdo con el momento, los recursos y las

necesidades. Por ello es importante presentar una breve historiografía del programa de atención de la ciudad de Medellín.

Para el año de 1985 se trabajó especialmente con una población de personas que padecían una fuerte relación con el alcohol, la droga, y con algunos enfermos mentales que vivían en la calle. En ese momento el enfoque utilizado fue asistencial y de protección, bajo una modalidad ambulatoria. En 1988 la Secretaria de Salud se focalizó sólo en la población de adictos que vivían en la calle y trabajó con un enfoque centrado en la salud física y mental bajo la modalidad de la consulta médica externa y psiquiatría.

Entre 1989 y 1990 el programa pasó a manos de la Secretaria de Bienestar Social y amplió su rango de atención a la población de Indigentes (mendigos, vagos, adictos, enfermos mentales), retomó el enfoque de asistencia y de protección y trabajó la modalidad de medio cerrado. En 1991 se aborda la población de adictos y enfermos mentales, con un enfoque: de Control Social basado en la protección y rehabilitación funcional en la modalidad de medio cerrado, teniendo la oportunidad de atender enfermos mentales en protección y de remitir adictos a las nacientes comunidades terapéuticas, centradas en un uso riguroso de la norma y en la reeducación. Para el año de 1992 se cambia la noción de población adicta por la de farmacodependientes, se trabaja con un enfoque educativo-terapéutico en la modalidad de medio abierto desde una concepción de normas laxas, lo cual llevó a reevaluar la experiencia, debido a problemas de agresión física entre las personas beneficiarias.

Para 1994 se funda el Patio Adultos Centro Día que trabaja fundamentalmente la población de farmacodependientes con un enfoque terapéutico y con la combinación de distintas modalidades; medio abierto: precomunidad ambulatoria, disminución del consumo y mejora en los hábitos de autocuidado; medio cerrado: comunidades terapéuticas. Se buscó esencialmente tratar personas con corto tiempo en calle, lo que configuró una rápida demanda y una exitosa reinserción familiar.

Entre los años de 1998-1999 se continuó con población de farmacodependientes y con el enfoque terapéutico y la modalidad de medio abierto centrada en precomunidad ambulatoria, y de medio cerrado con comunidades terapéuticas. En el año 2000 hay un nuevo cambio en la concepción y se desarrolla un programa para la población de los Habitantes de Calle, se inicia con el enfoque de reducción del daño en una modalidad semiabierta con una estrategia de resocialización, y en medio abierto se implementaron en el trabajo de patio los hábitos de autocuidado y de contención.

Entre los años 2001 a 2003 se retoma el concepto de población farmacodependiente y el enfoque terapéutico con las modalidades en medio abierto: trabajo en patio, hábitos de autocuidado y contención, y de medio cerrado centrado en el tratamiento de comunidad terapéutica. Para el año 2004, el Programa de atención al habitante de calle adulto entre los 18 y 59 años les brindó atención en sus necesidades básicas y psicosociales, desarrolló diferentes estrategias, entre ellas de sensibilización que incluye los servicios de contactos en calle y traslado a Centros de atención o Unidad Hospitalaria, alcanzando a contactar hasta 100 habitantes diariamente; la estrategia de atención básica ofrece los servicios de atención médica y de enfermería primer nivel, alimentación, aseo personal y lavado de ropa y recreación con una cobertura de 80 personas beneficiarias diariamente; la estrategia de resocialización presta servicios de atención médica, psicológica y social, realizó actividades terapéuticas individuales y grupales, de alimentación y de hospedaje nocturno rotativo para 90 personas beneficiarias. Otros Servicios fueron los de albergue temporal para enfermos crónicos con capacidad para 80 personas y el programa de retorno en el que se alcanza a reintegrar hasta 30 personas mensualmente a su núcleo familiar.

En el año 2005, la propuesta ya no se nombra como programa sino como Sistema De Atención Para El Habitante De Calle Adulto, su carácter es el de un Sistema de atención abierto y flexible que permite la confluencia dinámica de distintos niveles y estrategias de intervención complementarias a las demandas de los diversos perfiles del Habitante en situación de Calle. Se trasciende el enfoque solamente terapéutico

para desarrollar un marco dentro de la perspectiva de derechos y deberes que incluye la integralidad en las políticas, programas y proyectos como la apuesta por la reducción de daño.

La estrategia de Sensibilización despliega los servicios de contacto, prevención, promoción y atención de enfermedad mental y de riesgo epidemiológico directamente en Calle, el traslado a Centros de Atención o Unidades Hospitalarias, y el acompañamiento individualizado del comportamiento en Calle, la cobertura de esta estrategia se amplía en zona céntrica y alcanza a 100 personas beneficiarias diariamente y en zonas periféricas a otras 100 personas beneficiarias diariamente; se introduce la nueva estrategia de Sensibilización Ciudadana consolidando redes interinstitucionales con el apoyo de la empresa privada y se realizan campañas comunicacionales produciendo un impacto en los procesos de inclusión y corresponsabilidad ciudadana; la Atención Básica a los Adultos o acogida inicial ofrece los servicios de atención médica y de enfermería de primer nivel, alimentación, aseo personal y de ropa, recreación, artes plásticas, grupos de apoyo y actividades extramurales, la cobertura llega en zona céntrica a 500 personas beneficiarias diariamente. El Proceso de Resocialización sigue con los servicios de atención médica, psiquiátrica, psicológica y social, incluye las actividades educativas, recreativas, lúdicas y terapéuticas Individuales y Grupales, la alimentación, el hospedaje nocturno rotativo con capacidad para 100 personas-beneficiarias. Se integra a estos servicios la capacitación en Artes y Oficios y la capacitación en emprendimientos productivos, la gestión y acompañamiento de procesos productivos para la reinserción laboral. Y se mantiene el albergue temporal para enfermos crónicos.

Según la evolución y la evaluación del fenómeno dentro de la Secretaría de Bienestar Social, la intervención asistencial y de protección es principalmente para dos patologías asociadas a la indigencia: alcohólicos y/o drogadictos y enfermos mentales, separando la intervención para los primeros, mediante contratación de comunidades terapéuticas y

de los segundos con el montaje de una institución cerrada para brindar asistencia y protección a los enfermos mentales crónicos.

No obstante, con base en la experiencia adquirida y el registro de altos índices de deserción en los procesos de resocialización y reinserción laboral, se hizo necesario el diseño de un proyecto de atención que contenga niveles adicionales de intervención y procesos de inclusión de la ciudadanía. Es necesario entonces, mantener y cualificar el servicio de acogida o atención básica, dirigido a la población que por primera vez solicita atención y a aquella que no ha conseguido generar demandas de cambio. Por esto en el 2006 se ha continuado con el mejoramiento de las estrategias y de los servicios, que a continuación se presentan en los elementos centrales de la propuesta técnica.

3.3.2 Propuesta Técnica

3.3.2.1 Componente I: Intervención en Calle

Objetivos generales

- Atender al Habitante de Calle en los sitios de permanencia, reduciendo los daños asociados con su estilo de vida y controlando el fenómeno en la Ciudad.
- Desarrollar procesos de inclusión con el Habitante de Calle y conciliación con la Ciudadanía.

✓ Modalidad 1: Unidades Móviles

Objetivo Específico:

Conocer y controlar la movilidad de la población Habitante de Calle en la Ciudad.

Actividades:

- ◆ Realizar recorridos por diferentes sectores de la Ciudad para recoger la población y trasladarla a los patios.
- ◆ Sensibilizar y motivar el ingreso al proyecto y/o la recepción de atención y/o acompañamiento en calle.
- ◆ Apoyar las intervenciones de los equipos de calle.

✓ Modalidad 2: Equipos de Calle**Objetivo Específico:**

- Realizar diagnósticos situacionales definiendo y ejecutando estrategias de intervención con el Habitante de Calle y la Comunidad minimizando el impacto del fenómeno.

Actividades:

- ◆ Contactar e identificar el sitio de permanencia y las condiciones específicas de los habitantes de calle, elaborando diagnósticos situacionales en los sectores identificados.
- ◆ Diseñar, ejecutar y evaluar intervenciones de prevención, promoción y educación ciudadana con grupos de habitantes de calle.
- ◆ Ubicar o hacer seguimiento para suministro de medicamentos a personas con enfermedad mental o infecto contagiosa.
- ◆ Actualizar permanentemente el mapa de los sitios de concentración.
- ◆ Entrevistar y/o complementar la información del usuario verificando su condición (caminante, farmacodependiente, desplazado, enfermo mental, etc.)
- ◆ Realizar mapeo para la ubicación de los beneficiarios.
- ◆ Realizar abordajes individuales para lograr el reconocimiento y aceptación de los funcionarios y de los centros de atención como lugares de referencia para la consecución de los servicios.

- ◆ Realizar con los grupos de habitantes de calle actividades educativas dirigidas a la detección precoz de enfermedades y oferta de servicios posibles.
- ◆ Ubicar, reportar y hacer seguimiento a personas que no desean asistir a los diferentes servicios, capturando la información sobre riesgo epidemiológico para realizar atenciones periódicas, iniciar o continuar tratamientos en campo.
- ◆ Identificar la dinámica relacional del habitante de calle con otros actores del sector para sensibilizarlo y conciliar con la ciudadanía las intervenciones específicas para cada grupo.
- ◆ Brigadas de aseo personal y del sector de influencia, actividades educativas, recreativas, artísticas, culturales, y salidas turísticas con propósitos incluyentes)

✓ **Modalidad 3: Carpas de Atención Transitoria**

Objetivo Específico:

- Brindar servicios básicos de higiene promoviendo hábitos de auto-cuidado y convivencia en los usuarios del sector.

Actividades:

- ◆ Convocar y motivar al habitante de calle.
- ◆ Sensibilizar a la comunidad del sector.
- ◆ Prestar servicios de aseo personal, motilada, afeitada.
- ◆ Realizar actividades para promover hábitos y comportamientos que faciliten la convivencia Ciudadana.
- ◆ Suministrar Medicamentos.
- ◆ Realizar actividades recreativas, artísticas, y culturales.
- ◆ Apoyar campañas especiales.
- ◆ Realizar actividades educativas dirigidas a la detección precoz de enfermedades y oferta de servicios.

3.3.2.2 Componente 2: Atención Básica en Patios

Objetivos Generales:

- Contener la población mediante acciones tendientes a la reducción del daño y control del fenómeno en la Ciudad.
- Coordinar y facilitar la atención de los habitantes de calle en la red de servicios que ofrece la Ciudad.

✓ **Modalidad 1: Centro Día 1 Acogida -Atención Básica – Adultos**

Objetivo Específico:

- Coordinar la atención en salud de los Habitantes de Calle recibidos a través de cualquiera de los componentes del Sistema de Atención de la Secretaria de Bienestar Social.

Actividades:

- Entrega de ficho para el ingreso y control de fila.
- Registro de ingreso y entrega de ficho para desayuno.
- Recepción de pertenencias y entrega de ficho correspondiente.
- Requisa.
- Entrevista inicial como estrategia de recepción identificando opciones de atención
- Evaluaciones de aproximación diagnóstica.
- Grupo de preproceso: motivación y preparación para el proceso de resocialización.
- Grupo de sancionados como espacio para la reparación y negociación.
- Grupo de Mujeres como espacio para reflexión y la construcción de identidad femenina
- Baño (suministro de elementos de aseo)
- Alimentación (control de fila y ficho)
- Atención Médica y de Enfermería.
- Control de disciplina y aplicación del Sistema normativo durante todo el servicio.

- Recepción y grupo de encuentro.
- Trabajo grupal dirigido con los inscritos como aspirantes a proceso.
- Actividades artísticas, lúdicas, deportivas y recreativas, de promoción y prevención en salud.
- Brigadas extra-murales de aseo.
- Acompañamiento del traslado a Unidades Hospitalarias.

✓ **Modalidad 2: Centro 24 Horas Acogida – Atención Básica- Contención**

Objetivo específico:

- Contener, motivar y remitir a los usuarios para que asistan voluntariamente a los demás servicios del Sistema de Atención al Habitante de Calle.

Actividades:

- Registro de ingreso y entrega de ficho para la alimentación.
- Recepción de pertenencias y entrega de ficho correspondiente.
- Requisa.
- Entrevista inicial como estrategia de recepción identificando opciones de atención.
- Baño (suministro de elementos de aseo).
- Alimentación (control de fila y ficho).
- Control de disciplina y aplicación del Sistema normativo durante todo el servicio.
- Actividades artísticas, lúdicas, deportivas y recreativas.
- Acompañamiento del traslado a Unidades Hospitalarias en casos de urgencias.
- Cuidado de mascotas.

3.2.2.3 Componente 3: Resocialización – Inclusión Social

Objetivo General:

- Diagnosticar y elaborar planes de tratamiento y facilitar el reconocimiento de habilidades y capacidades de los usuarios mediante procesos que les permitan el reaprendizaje de hábitos y normas para la convivencia social, procurando un cambio voluntario en el estilo de vida que involucre lo individual, lo familiar y lo colectivo, facilitando su integración sociolaboral e inclusión en la sociedad.

✓ Modalidad 1: Centro Día 4 Centro de Diagnóstico y Derivación

Objetivo Específico:

- Diagnosticar de forma individual las condiciones médicas, psicológicas psiquiátricas, familiares, comportamentales y ocupacionales, generando planes de tratamiento multiprofesionales que permitan identificar los ejes de atención que viabilicen la reformulación de proyectos de vida socialmente aceptables.

✓ Modalidad 2: Atención en Oferta Institucional Externa Especializada

Objetivo Específico:

- Brindar una atención para las personas beneficiarias de acuerdo con los planes de tratamiento y la oferta institucional en la ciudad, realizando derivaciones y seguimiento interinstitucional de los casos remitidos a servicios externos.

✓ Modalidad 3: Centro día 5 Resocialización en Medio Semiabierto

Objetivo Especifico:

- Promover y apoyar procesos de identificación y elaborativos con base en el Plan de Tratamiento Individual, mediante espacios de resignificación terapéutica y social.

Fase Replanteamiento de vida:

Objetivos:

- Iniciar el proceso de identificación de factores individuales de riesgo y protección relacionados con los focos de intervención y el Plan de Tratamiento elaborado por el equipo de Centro Día 4.
- Propiciar la introyección e introspección de habilidades sociales y ocupacionales.
- Evaluar posibilidades laborales con base en fortalezas identificadas, historia, ofertas reales en el campo laboral.

Fase Fortalecimiento

Objetivos:

- Construir con cada uno de los usuarios un proyecto de vida coherente a partir del Plan de Tratamiento, que incluya una propuesta de inclusión social y re-inserción laboral.
- Iniciar el proceso de capacitación de un arte u oficio definido conjuntamente con el usuario durante el proceso de Identificación.
- Iniciar la capacitación en empresarismo y de manera paralela acompañar individualmente al usuario en el proceso de definición de su proyección como trabajador independiente, asociado a un grupo de pares o empleado.
- Iniciar el proceso de elaboración, re-construcción y/o duelo respecto a sus vínculos familiares y/o sociales.

Fase Redefinición de Vida:

Objetivos:

- Consolidar proyecto de vida con miras a la inclusión social y reinserción laboral.
- Acompañar al usuario en su desprendimiento gradual, mediante visitas de monitoreo en el campo de trabajo, programación de capacitaciones complementarias

(cooperativismo, materias básicas empresariales, talleres relacionados con el arte y oficio, entre otros).

- Orientar y acompañar al usuario en el proceso de consecución de cédula de ciudadanía y la documentación legal requerida para el ingreso al mundo laboral de acuerdo a opción definida por el usuario.
- Propiciar y orientar al usuario para que asuma lo relacionado con su seguridad social a través de la afiliación a un Sistema de acuerdo a sus condiciones particulares.
- Evaluar y orientar al usuario que decida vincularse a procesos de educación formal.

Nota: Por la ubicación de la sede y la distancia para el desplazamiento hacia el hotel se cuenta con transporte para los usuarios en la mañana y en la tarde al igual que con desayuno, almuerzo y refrigerio.

✓ **Modalidad 4: Egreso Productivo**

Objetivos Específicos:

- Contribuir al mejoramiento de las habilidades para la empleabilidad de los usuarios y el mantenimiento de un proyecto de vida autónomo sustentado en la independencia económica.
- Crear y ejecutar estrategias de inclusión socio-laboral como un medio para la consecución de ingresos económicos de los usuarios.
- Perfeccionar las habilidades laborales y de administración del dinero de los usuarios del programa de acuerdo con su perfil ocupacional, la línea productiva elegida y las exigencias que el medio socio-laboral requiera.
- Apoyar las crisis a través de procesos de intervención terapéutica interprofesional facilitando la permanencia y contención en los espacios donde ha logrado incluirse.

3.2.2.4 Componente 4: Inclusión Ciudadana

Objetivo General:

- Incidir en el cambio de las representaciones sociales de los no Habitantes de Calle frente al fenómeno, para que asuman su participación en la aparición, mantenimiento y control del mismo, mediante la generación de espacios y procesos coherentes de inclusión que concluyan en el apoyo a los usuarios y la generación de pactos ciudadanos.

✓ Modalidad 1: Trabajo en Red

Objetivo Específico:

- Concertar criterios, lenguajes y procedimientos que permitan ordenar y controlar el impacto negativo del Habitante de Calle mediante la optimización de recursos y acciones.

✓ Modalidad 2: Comunicaciones

Objetivo Específico:

- Diseñar, aplicar y evaluar mecanismos de información, inclusión y sensibilización que generen relaciones compatibles y pertinentes entre los actores vinculados al tema del habitante de calle.

4. PRESENTACIÓN DE HALLAZGOS

Para el análisis de los datos generados en esta monografía se tiene como referencia la información registrada por el Sistema de atención al habitante de calle entre marzo de 2006 y marzo de 2007, la “experiencia de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Medellín con los habitantes adultos de la calle” (Castaño, 2001) y los datos publicados en el Censo sectorial habitantes de y en la calle en la ciudad de Medellín (DANE, 2002)

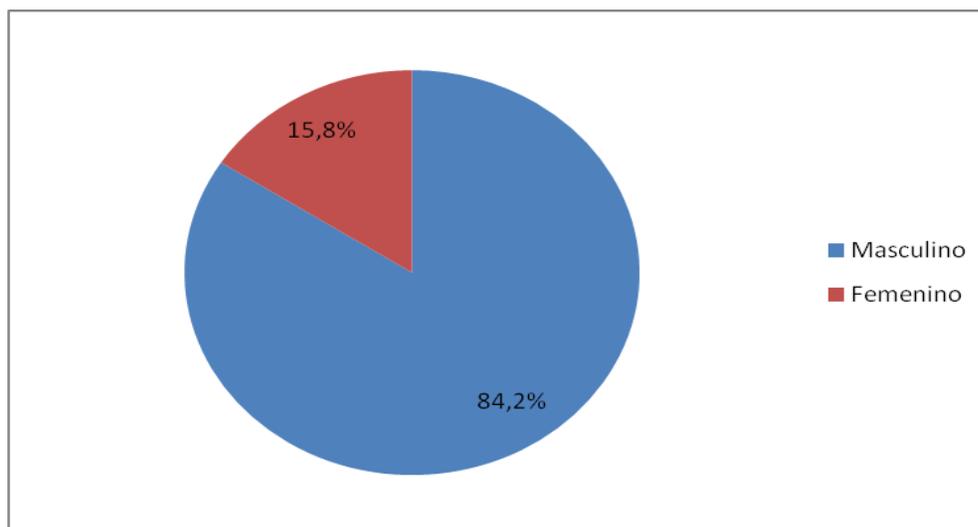
4.1 DATOS GENERALES

La base de datos de Centro Día hasta Marzo de 2007 contiene Sistematizadas 11.919 entrevistas realizadas a los usuarios, de los cuales 2.208 corresponden a las del periodo en estudio, marzo de 2006 a marzo de 2007, descartando 600 casos por parte del Sistema al no cumplir con el perfil de habitantes de calle, restando 1.608 entrevistas que cumplen el perfil de habitante de calle pero no la edad requerida para su atención en el Sistema, la cual es entre 18 y 59 años, arrojando un total de casos para el estudio de 1.384. Es importante anotar que de este universo, tan solo 736 aportaron información para el cuestionario VESPA, instrumento de vigilancia epidemiológica para Sustancias Psicoactivas, el cual permite identificar los perfiles de los usuarios que acuden a pedir ayuda y los patrones de uso por consumo de sustancias, este se encuentra integrado a la ficha de ingreso que alimenta el sistema, la cual se diligencia con los usuarios que llegan por primera vez a solicitar los servicios.

4.2 CARACTERÍSTICAS DEL HABITANTE DE CALLE

4.2.1 Población según Sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	1165	84,2
Femenino	219	15,8
TOTAL	1384	100,0



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

Se encuentra que el 84.2% son hombres, con tendencia al aumento respecto al estudio presentado previamente en 1999 donde la población masculina total fue 79.3%, conservándose de igual forma la proporción. En mujeres actualmente se encuentra un 15.8% tendiente a la disminución respecto al censo de indigencia realizado por la red pro habitantes de calle realizado en 1999 donde las mujeres representaban el 20.6%.

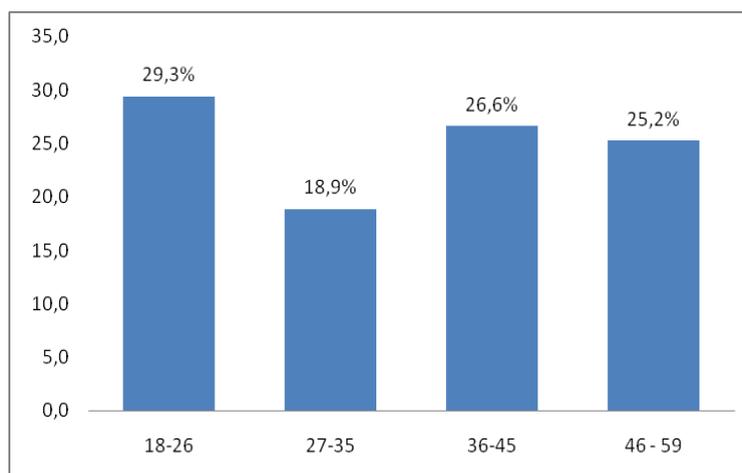
De lo anterior se puede destacar la minoría femenina que se ha registrado a lo largo de los años, a través de los diferentes censos, información que coincide con las bases de datos del Sistema de atención de habitantes de calle, dando cuenta de diferentes

factores de protección relacionados con el género, las características individuales, familiares y sociales además del ejercicio de la mendicidad y prostitución que les facilita la obtención de recursos, solventando así las necesidades básicas y disminuyendo la vulnerabilidad de largos períodos de permanencia en calle. Otra explicación para esta diferencia en los porcentajes por género en H de C es que “estas mujeres sean invisibilizadas, y no importe para la familia que pueda pasar con ellas, situación bastante preocupante, o que como sintoma de apoyo, no las marginen, sin embargo, esta última interpretación requiere de acciones familiares que conjuntamente ayuden a salir del problema” (Ramirez, 2005)

Asimismo se podría decir, desde la experiencia que se ha adquirido en el sistema, en el trabajo continuo con esta población, que el porcentaje de hombres se ha mantenido estable a lo largo de los años dadas las características físicas para sobrevivir y afrontar las dificultades propias de la vida en calle y otros aspectos como: defensa de la territorialidad, adaptabilidad al medio, oficios para el sustento y características de la personalidad entre las que se pueden señalar: agresividad, impulsividad, reactividad y trasgresión a la norma.

4.2.2 Población según Edad

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-26	406	29,3
27-35	261	18,9
36-45	368	26,6
46 - 59	349	25,2
TOTAL	1384	100,0



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

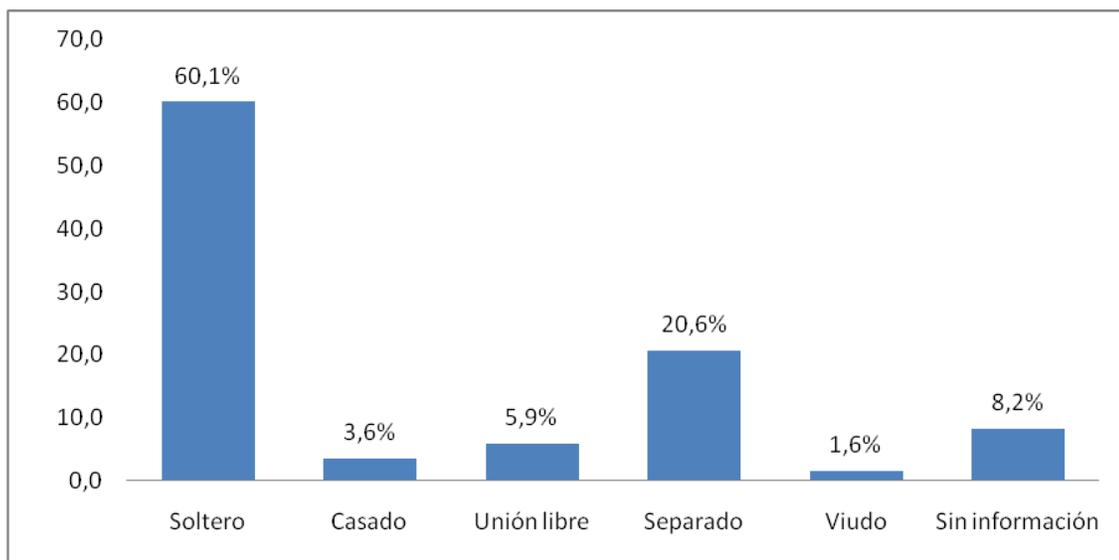
El porcentaje mas alto para este periodo que arroja un 29.3% es para la población entre 18 y 26 años seguido por los grupos etáreos comprendidos entre 36 y 45 años con un 26.6% y 46 a 59 años con 25.2%, se visualiza población joven solicitando los servicios del Sistema de habitantes de calle, tendencia nueva ya que en las bases de datos de centro día la población total de habitantes de calle se encontraba en su mayoría en personas mayores de 36 años.

Esta condición en parte puede explicarse por la agudización de las problemáticas sociales de la ciudad, las cuales han provocado desplazamientos urbanos colocando la

población joven en alta vulnerabilidad. Además esta población encuentra en la calle la posibilidad de expresar los comportamientos que generaron su expulsión de la familia y barrio, como los son el consumo y conductas antisociales. De esta manera la población joven y con menos tiempo en calle, esta acudiendo a los servicios ofrecidos por el Sistema para suplir necesidades básicas. Tener en la ciudad un lugar que brinda atención básica en espacio abierto, con ingreso voluntario y normas elementales de convivencia para atender esta problemática específica, hace que la población vulnerable haga uso de estos servicios de manera más precoz.

4.2.3 Estado Civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	832	60,1
Casado	50	3,6
Unión libre	81	5,9
Separado	285	20,6
Viudo	22	1,6
Sin información	114	8,2
TOTAL	1384	100,0



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

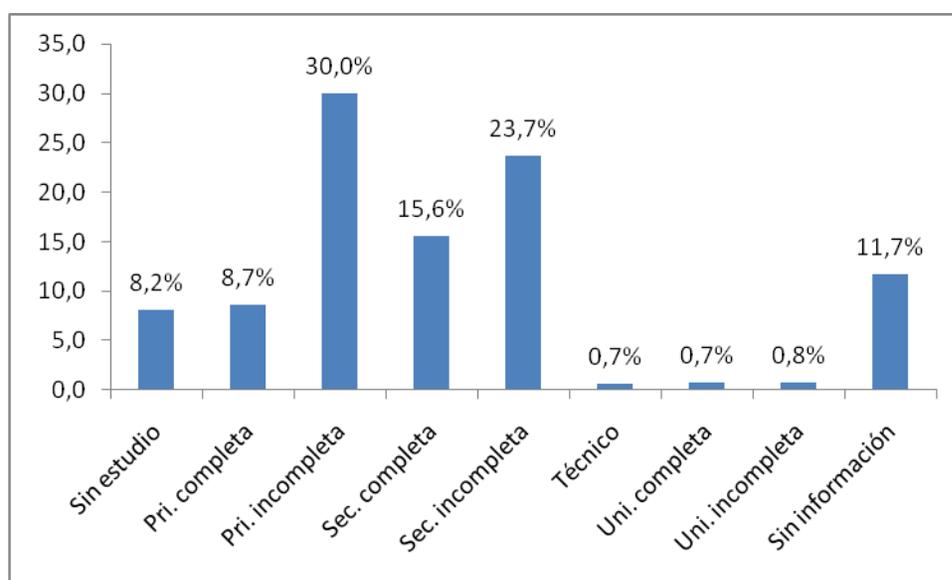
Se encuentra una mayoría de población soltera con un 60.1%, cifras que coinciden con el censo de 1999 donde se reveló en la misma categoría un 52%, reflejando un estilo de vida independiente, autónomo; que evita las normas y responsabilidades, condición característica del habitante de calle. El grupo que le sigue es el de los que reportan ser

separados de sus parejas con un 20.6% difiriendo del estudio de 1999 donde aparece como segunda categoría los casados con un 18%. (Castaño, 2001)

Aunque no es contundente la relación que existe entre la farmacodependencia y el estado civil, podemos resaltar como factor protector tener vínculos afectivos estables, responsabilidades familiares y sociales, que lleva a pensar que los solteros, abandonan más fácilmente el hogar; relacionando más el estilo de vida sin mayores compromisos con la soltería, y, la facilidad para quedar involucrado en situaciones de consumo y vida en calle. Sin embargo hay que tener en cuenta que la población no habitante de calle es en mayor porcentaje soltera.

4.2.4 Escolaridad

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin estudio	113	8,2
Primaria completa	120	8,7
Primaria incompleta	415	30,0
Secundaria completa	216	15,6
Secundaria incompleta	328	23,7
Técnico	9	0,7
Universidad completa	10	0,7
Universidad incompleta	11	0,8
Sin información	162	11,7
TOTAL	1384	100,0



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

Se encuentra mayoría en el grupo que realizó su primaria incompleta con un 30%, seguido de secundaria incompleta con un 23.7%, secundaria completa en tercer lugar con 15.6% con una población sin estudio del 8.2% y un leve aumento comparativo con respecto al censo de 1999 de estudios técnicos y universitarios. Se mantiene la constante de ser población con baja escolaridad, limitándose su inserción en el mercado laboral formal y la permanencia en la economía informal con trabajos no calificados y mal remunerados colándolos en desventaja y dificultando su reinserción sociolaboral.

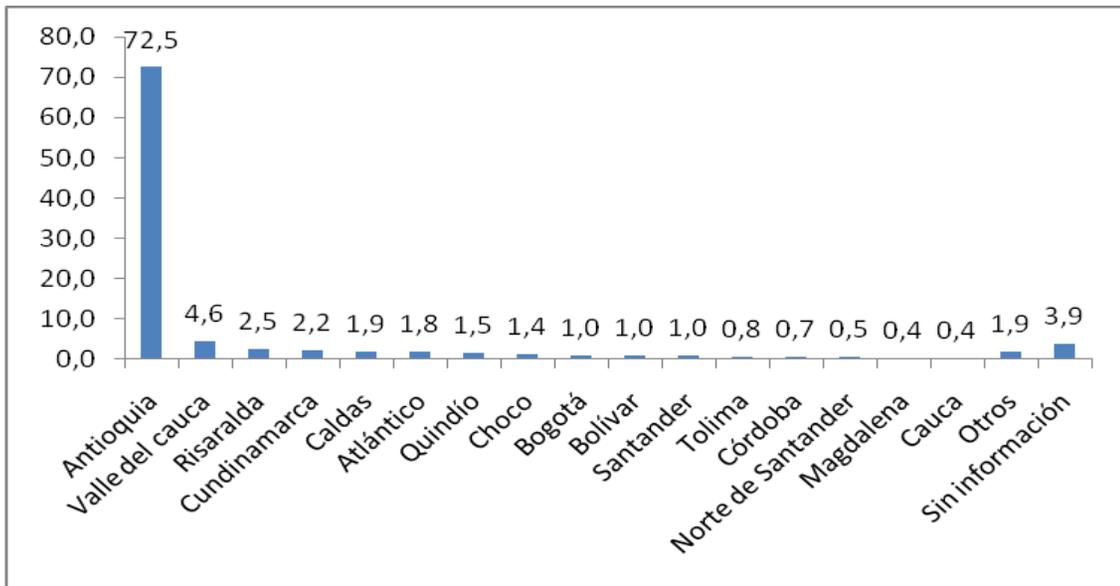
Con el propósito de incidir en esta variable educativa el Sistema de atención al habitante de calle contempla dentro de sus modalidades de atención la capacitación académico-laboral en diferentes artes u oficios que permitan su cualificación, entendiendo que la falta de educación aumenta la precariedad social, facilitada por las carencias económicas que hacen que se presente el ausentismo escolar, que dificulta el posterior ingreso a la vida laboral.

Se observa como las personas entrevistadas en este periodo investigativo, presentan una formación académica incompleta tanto para primaria como para secundaria .Llama la atención los porcentajes crecientes de secundaria completa y de población con estudios técnicos y universitarios, denotando el aumento de la cobertura escolar del país y que la problemática de ser habitante de calle se puede dar en todos los niveles educativos.

4.2.5 Procedencia

4.2.5.1 Procedencia por Departamento

DEPARTAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antioquia	1004	72,5
Valle del cauca	63	4,6
Risaralda	34	2,5
Cundinamarca	30	2,2
Caldas	26	1,9
Atlántico	25	1,8
Quindío	21	1,5
Choco	20	1,4
Bogotá	14	1,0
Bolívar	14	1,0
Santander	14	1,0
Tolima	11	0,8
Córdoba	9	0,7
Norte de Santander	7	0,5
Magdalena	6	0,4
Cauca	6	0,4
Otros	26	1,9
Sin información	54	3,9
TOTAL	1384	100,0



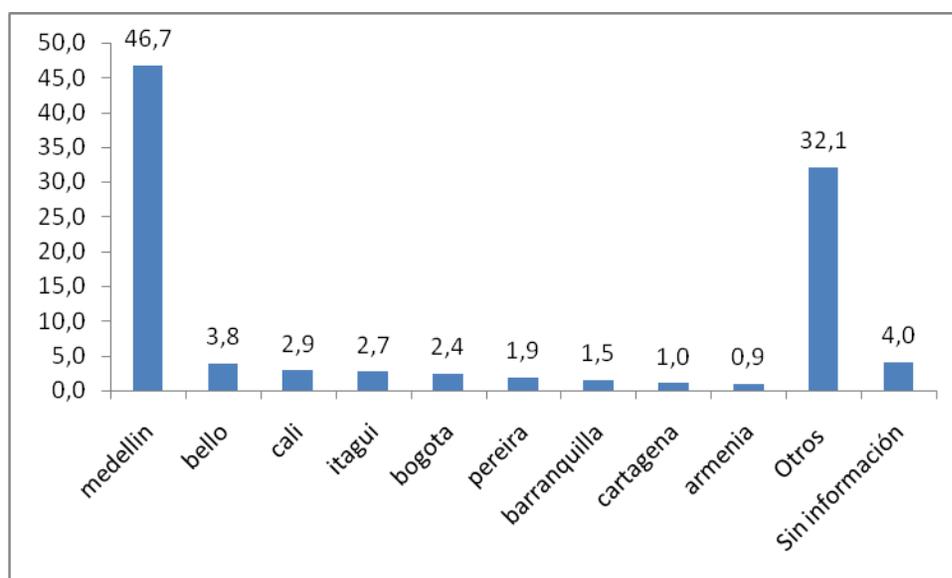
Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

La mayoría de la población que se perfila en este periodo como habitante de calle procede del departamento de Antioquia con un 72.1% y de departamentos aledaños (región cafetera y andina), proximidad geográfica que le permite a esta población nómada, como son los habitantes de calle; acceder fácilmente a los servicios básicos de atención del Sistema, compartiendo entre estas regiones costumbres en común que facilitan la convivencia y hacen mas fácil la adaptación dado el factor sociocultural.

Se nota una leve disminución comparativa con el censo de 2002 de la población procedente del departamento de Antioquia, evidenciándose el aumento de la población procedente de otros departamentos.

4.2.5.2 Procedencia por Municipio

MUNICIPIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medellín	647	46,7
Bello	53	3,8
Cali	40	2,9
Itagui	37	2,7
Bogota	33	2,4
Pereira	26	1,9
Barranquilla	21	1,5
Cartagena	14	1,0
Armenia	13	0,9
Otros	444	32,1
Sin información	56	4,0
TOTAL	1384	100,0

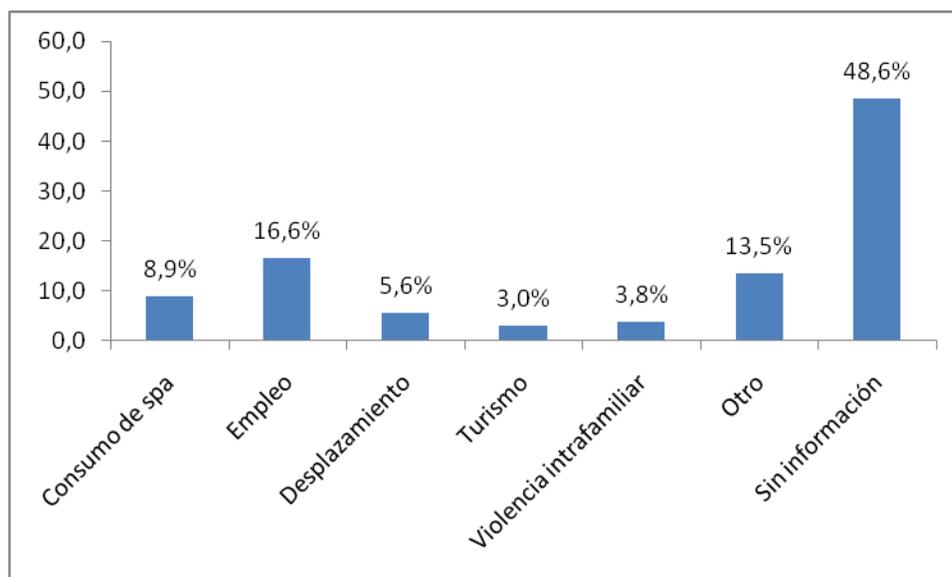


Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

La mayoría provienen de Medellín y municipios aledaños, con un 46.7%, correlacionandose con el cuadro anterior de procedencia según departamento, cumpliéndose el objetivo de atender el habitante de calle de la ciudad de Medellín. Sin embargo es importante resaltar que en esta población encontramos subgrupos que se caracterizan por ser caminantes; se desplazan por las carreteras y su destino depende del transporte, acogida y opciones laborales que encuentren en diferentes pueblos; otros se desplazan para disfrutar de atractivos turísticos y festividades de las diferentes ciudades, aunque generalmente regresan a su lugar de origen, acostumbrando pasar largas temporadas donde encuentren mejores beneficios.

4.2.6 Motivo de Migración

MOTIVO DE MIGRACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Consumo de SPA	123	8,9
Empleo	230	16,6
Desplazamiento	78	5,6
Turismo	42	3,0
Violencia intrafamiliar	52	3,8
Otro	187	13,5
Sin información	672	48,6
TOTAL	1384	100,0



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

Cuando nos referimos a la migración, hacemos referencia a la pregunta que se realiza en la entrevista inicial de ingreso, para dar cuenta de las razones que lo llevan a la calle, en este ítem encontramos que el 48.6% de las personas que fueron entrevistadas no reportaron información en este , lo cual nos habla de una necesidad de mejorar la

calificación para el Sistema de habitante de calle en el momento de registrar la información.

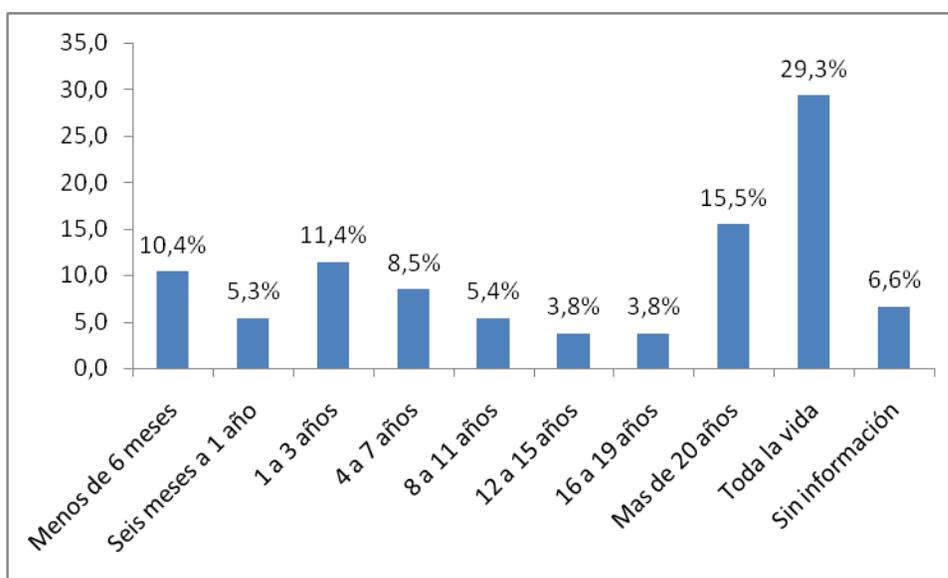
De los porcentajes que aparecen como relevantes, el problema de empleo ocupa un 16.6%, por otras causas no tipificadas y el 13.5%, que admitan la causa por consumo de sustancias psicoactivas el 8.9%.

La anterior información no permite un análisis adecuado para encontrar las verdaderas causas de migración ya que según la experiencia del Sistema los factores de violencia intrafamiliar, económicos y de consumo de sustancias, son relevantes y no se dan cuenta en estos datos de ello, ni tampoco los motivos personales expresados por las habitantes de calle como el deseo de tener libertad.

Comparando estos resultados con el censo (DANE ,2002), la farmacodependencia no aparece como una de las principales causas de la migración a la vida en calle, primando los factores sociales, no queriendo decir que una vez estando en calle las sustancias psicoactivas no se conviertan en un factor asociado a sus hábitos de vida.

4.2.7 Tiempo Viviendo en Medellín

TIEMPO VIVIENDO EN MEDELLÍN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 6 meses	144	10,4
Seis meses a 1 año	74	5,3
1 a 3 años	158	11,4
4 a 7 años	117	8,5
8 a 11 años	75	5,4
12 a 15 años	52	3,8
16 a 19 años	52	3,8
Mas de 20 años	214	15,5
Toda la vida	406	29,3
Sin información	92	6,6
TOTAL	1384	100,0

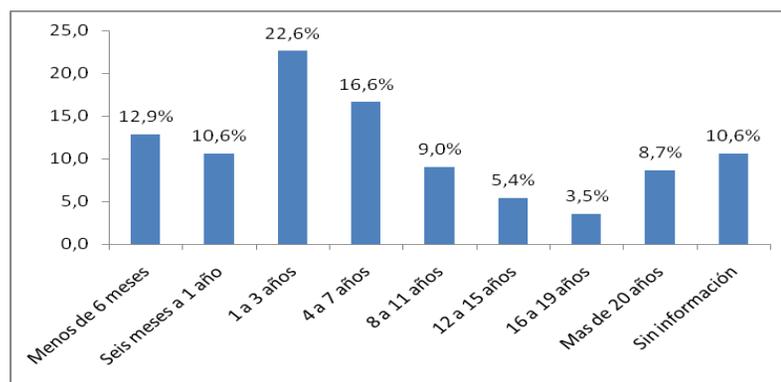


Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

Los datos sobre la residencia en la ciudad de Medellín demuestran que el 29,3% han vivido toda la vida en la ciudad, confirmando la información de cuadros anteriores donde se observa que la mayoría de los usuarios del Sistema son naturales de Medellín. El 27.1% lleva menos de tres años viviendo en la ciudad esto confirmando el aumento de la migración de personas de otras ciudades, lo que podría estar relacionado con la existencia en Medellín de un programa que les brinda atención básica en medio semiabierto y otras opciones de atención y, que no se encuentra en otras ciudades del país.

4.2.8 Tiempo Viviendo en Calle

TIEMPO VIVIENDO EN CALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 6 meses	178	12,9
Seis meses a 1 año	147	10,6
1 a 3 años	313	22,6
4 a 7 años	230	16,6
8 a 11 años	125	9,0
12 a 15 años	75	5,4
16 a 19 años	49	3,5
Mas de 20 años	120	8,7
Sin información	147	10,6
TOTAL	1384	100,0



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

En la gráfica se observa que el 46.1% de la población lleva menos de 3 años viviendo en calle, confirmando una vez más que la población joven y con menos tiempo en calle, esta acudiendo a los servicios ofrecidos por el Sistema para suplir necesidades básicas. Esta población al tener un menor tiempo para incorporar hábitos de calle, presenta un mejor pronóstico en programas de resocialización. Se encontró además que un total de

355 usuarios llevan entre 4 y 11 años viviendo en calle, y que 244 usuarios llevan más de 12 años, de los cuales 120 personas tienen más de 20 años viviendo en calle.

Haciendo sumatorias con rangos de 7 años así:

Tiempo en calle:

0 -7 años: 868 personas

8 -15 años: 200 personas

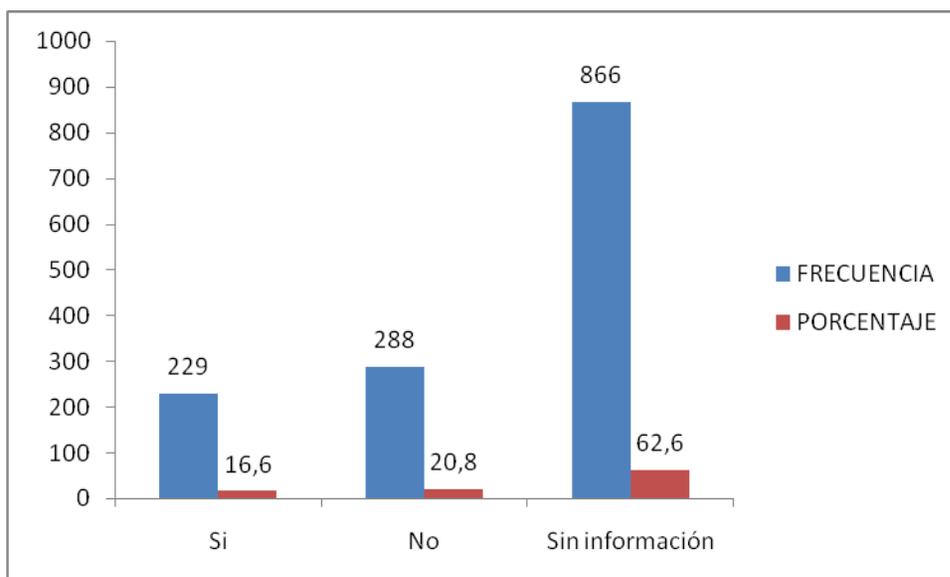
16 – 20 ó más: 369 personas

Se encuentra que el mayor número de usuarios lleva menos de 7 años en calle y que si se buscan diferentes opciones para conocer , abordar y dar alternativas de solución a sus complejas problemáticas, en el menor tiempo posible, podrían obtenerse mejores resultados si se espera que los hábitos de vida de vida en calle estén cada vez más arraigados.

La información obtenida de las entrevistas iniciales de las personas que solicitaron los servicios del sistema en el último año, permite analizar los casos nuevos de población en calle, cifras que deben apoyar y/o reorientar los programas de la Administración municipal.

4.2.9 Tratamiento Previo

TRATAMIENTO PREVIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	229	16,6
No	288	20,8
Sin información	866	62,6
TOTAL	1383	100,0



Fuente: Base de datos de Centro Día Marzo 2006- Marzo 2007

Se encuentra a partir de los datos del estudio el mayor porcentaje sin información, lo cual dificulta el análisis de manera significativa.

Se observa que un 20.8% reporta no haber asistido a tratamiento para farmacodependencia previo al ingreso a Centro Día, dando cuenta de ser una población nueva en los estilos de vida de calle y consumo, sin haber tenido acceso a tratamientos en adicción, por otra parte el 16.6% admite haber tenido tratamientos previos para adicciones lo cual no es garante de procesos culminados exitosamente, dado que en esta población no existen redes integrales de apoyo como factor de protección para un acompañamiento permanente. El 62.6 % de los usuarios no ofrecen información

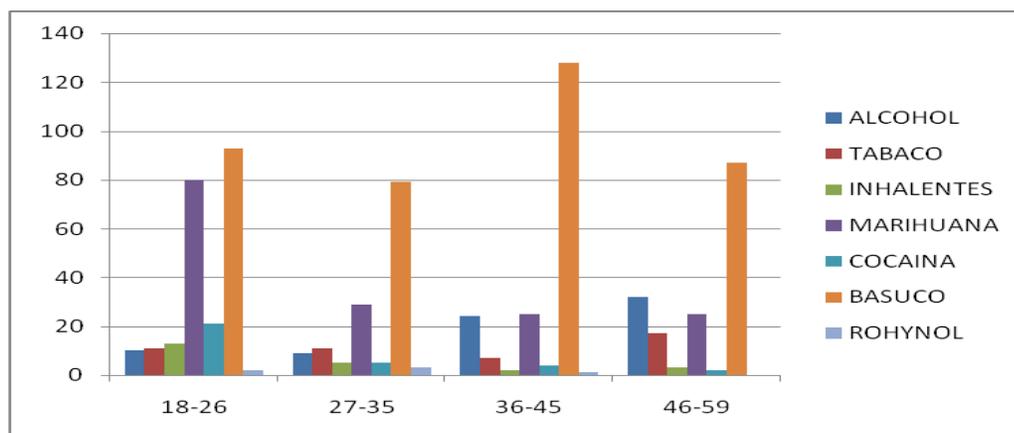
referente a otros procesos de trabajo en drogadicción posiblemente, por temor a perder el beneficio ofrecido por el sistema al haber tenido fracasos anteriores.

Lo ofertado actualmente por la administración municipal se basa en políticas de reducción del daño muy acordes para la población habitante de calle, sin embargo aportes realizados, como los de esta investigación y otros referentes al tema, permitirán perfilar mejor a los usuarios que hacen uso del sistema para realizar propuestas que incluyan modelos de abstinencia.

4.3 PERFIL DEL CONSUMO DE SPA

4.3.1 Droga de Impacto según Edad

EDAD	DROGA							
	ALCOHOL	TABACO	INHALANTES	MARIHUANA	COCAINA	BASUCO	ROHYNOL	OTRAS
18-26	10	11	13	80	21	93	2	2
27-35	9	11	5	29	5	79	3	2
36-45	24	7	2	25	4	128	1	2
46-59	32	17	3	25	2	87	0	2
TOTAL	75	46	23	159	32	387	6	8



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

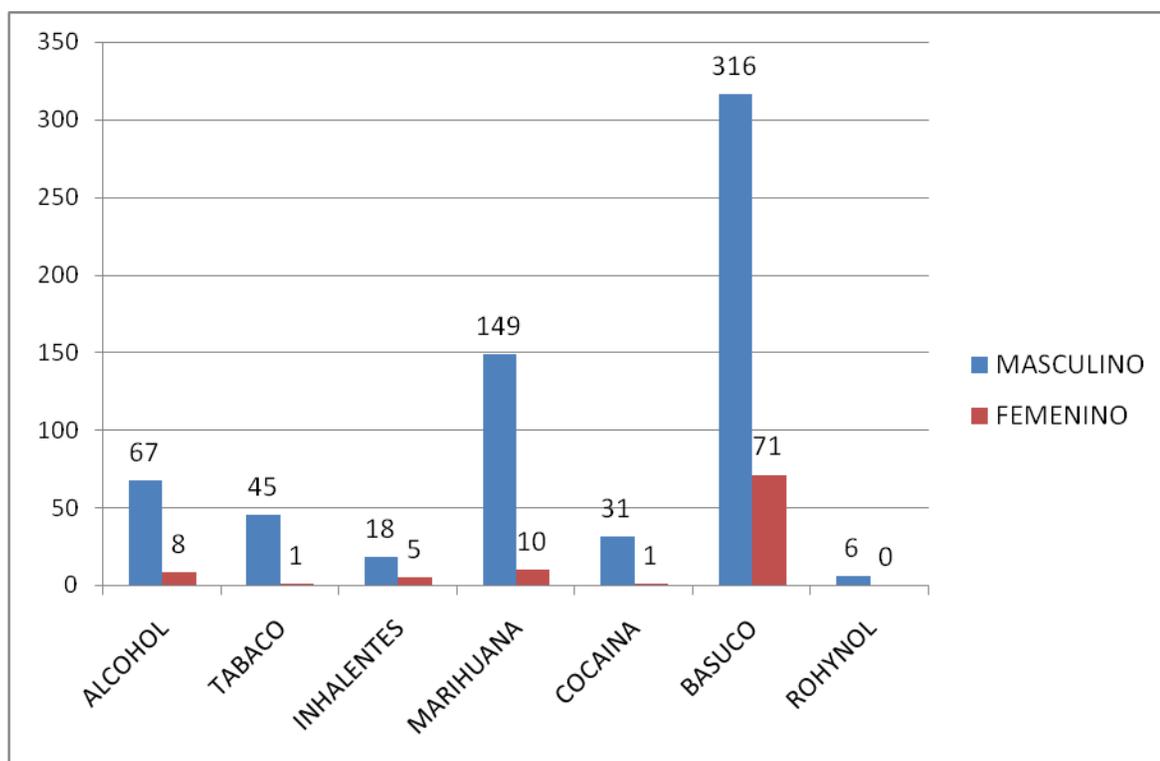
Se observa que en todos los rangos de edad la sustancia de mayor consumo actual es el basuco, correlacionando esto con; los efectos, el potencial adictivo, los rituales y lugares de consumo propios de su estilo de vida; resultados que coinciden con estudios previos. (Castaño 2001 y DANE 2002).

La segunda sustancia mas consumida por los habitantes de calle es la marihuana en promedio general, siendo esta sustancia en la mayoría reportada como droga de inicio de consumo y de mantenimiento en el tiempo, situación que presenta cambios con la

edad, de los 46 a los 59 años, la sustancia de mayor consumo es el alcohol. La tercera sustancia varia en los diferentes rangos de edad, de los 18-26 años se prefiere la cocaína, de los 27 a los 35 años el cigarrillo, de los 36 a los 45 alcohol y de los 46 a 59 años la marihuana.

4.3.2 Droga de Impacto según Sexo

SEXO	DROGA							
	ALCOHOL	TABACO	INHALENTES	MARIHUANA	COCAINA	BASUCO	ROHYNOL	OTRAS
MASCULINO	67	45	18	149	31	316	6	8
FEMENINO	8	1	5	10	1	71	0	0
TOTAL	75	46	23	159	32	387	6	8



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

Las sustancias de preferencia por los usuarios independiente del sexo en su orden son: basuco, marihuana y alcohol. Lo cual nos habla de un perfil de consumo asociado al estilo de vida en calle y que ha prevalecido en los diferentes estudios realizados a través del tiempo.

En el sexo masculino las drogas de impacto en su orden son: basuco, marihuana, alcohol, tabaco y cocaína y en el sexo femenino son: basuco, marihuana y alcohol; es

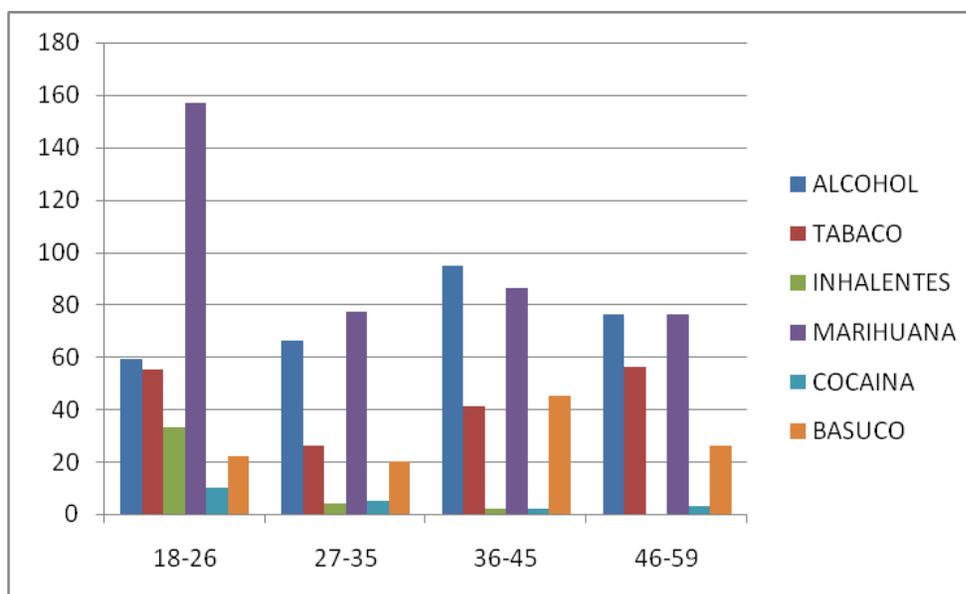
importante resaltar como en las mujeres no hay un porcentaje representativo de consumidoras de cocaína. Podría inferirse que el costo de esta sustancia, no posibilita tanto el consumo entre los habitantes de calle.

Del total de entrevistas realizadas el 13% son mujeres y el 87% son hombres, con una relación de consumo según el sexo en las tres sustancias de mayor impacto así:

SUSTANCIA	Relación Hombres por Mujeres
Basuco	5 - 1
Marihuana	9 - 1
Alcohol	8 - 1

4.3.3 Droga de Inicio según Edad

EDAD	DROGA						
	ALCOHOL	TABACO	INHALENTES	MARIHUANA	COCAINA	BASUCO	OTRAS
18-26	59	55	33	157	10	22	2
27-35	66	26	4	77	5	20	2
36-45	95	41	2	86	2	45	3
46-59	76	56	0	76	3	26	4
TOTAL	296	178	39	396	20	113	11



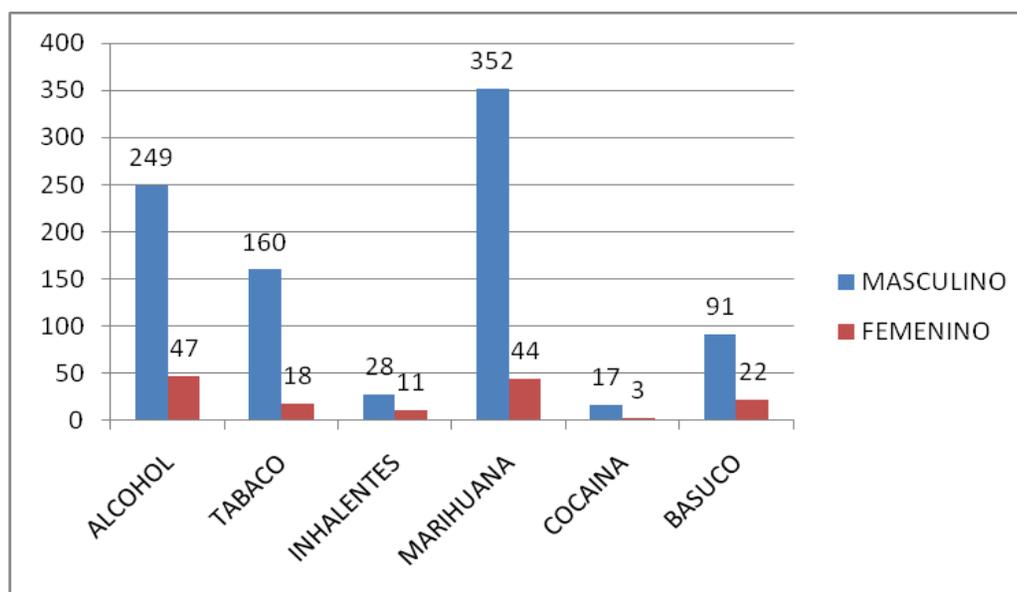
Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

La sustancia de inicio según los rangos arroja los siguientes resultados: en el grupo poblacional entre 18 y 35 años la mayoría iniciaron su consumo con marihuana y en segundo lugar con el alcohol. En el rango de edad entres 36 y 59 años la sustancia de inicio es el alcohol y la marihuana en segundo lugar.

De lo anterior podemos asumir que el alcohol siempre ha sido de fácil acceso y más susceptible a ser adquirida por ser legal, actualmente, la población tiene cada vez mas disponibilidad de conseguir marihuana, las creencias sociales al respecto han cambiado y aunque siga siendo una sustancia ilegal se torna de fácil acceso como el alcohol.

4.3.4 Droga de Inicio según Sexo

SEXO	DROGA						
	ALCOHOL	TABACO	INHALENTES	MARIHUANA	COCAINA	BASUCO	OTRAS
MASCULINO	249	160	28	352	17	91	10
FEMENINO	47	18	11	44	3	22	1
TOTAL	296	178	39	396	20	113	11



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

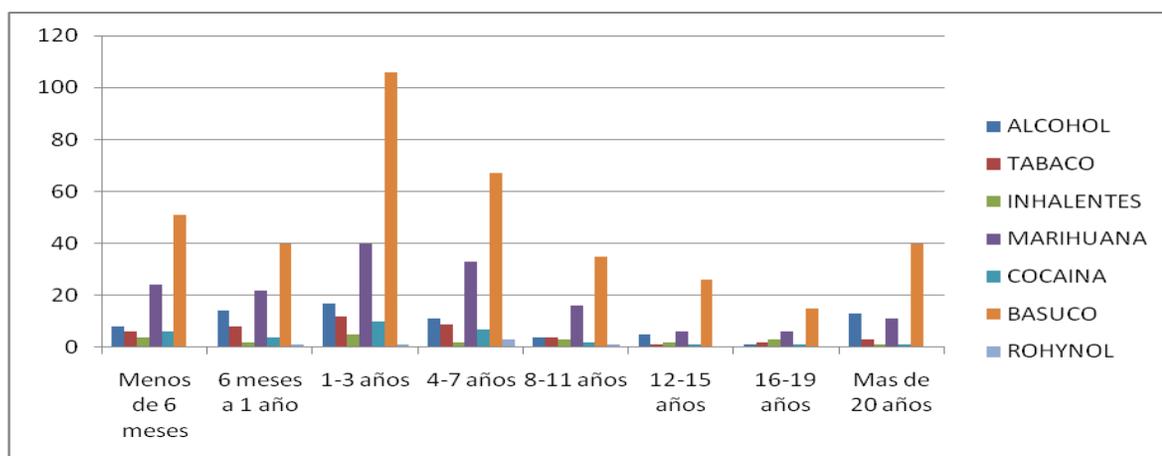
Las sustancias de inicio en el género masculino en su orden son, la marihuana, el alcohol y el tabaco, variando para las mujeres con alcohol, marihuana y basuco. Esta información se correlaciona con las anteriores graficas con una variación en la preferencia de inicio en el género femenino siendo en su mayoría el alcohol.

Una de las posibles causas, de la diferencia en la droga de inicio, en relación al sexo, puede ser el hecho de que las mujeres antes de llegar a la calle, se inician en actividades como la prostitución, donde el consumo de alcohol está altamente

relacionado con esta actividad, también porque el consumo de esta sustancia mitiga el malestar producido por la soledad y el displacer cuando se enfrenta a situaciones de maltrato y violencia que son en su mayoría las causas de su salida a la calle e inicio en el consumo. (Ramírez, 2005)

4.3.5 Droga de Consumo según Tiempo Viviendo en Calle

TIEMPO VIVIENDO EN CALLE	DROGA							
	ALCOHOL	TABACO	INHALENTES	MARIHUANA	COCAINA	BASUCO	ROHYNOL	OTRAS
Menos de 6 meses	8	6	4	24	6	51	0	00
6 meses a 1 año	14	8	2	22	4	40	1	2
1-3 años	17	12	5	40	10	106	1	5
4-7 años	11	9	2	33	7	67	3	0
8-11 años	4	4	3	16	2	35	1	1
12-15 años	5	1	2	6	1	26	0	0
16-19 años	1	2	3	6	1	15	0	0
Mas de 20 años	13	3	1	11	1	40	0	0
Sin información	2	1	1	1	0	7	0	0
TOTAL	75	46	23	159	32	387	6	8



Fuente: Base de datos de Centro Día marzo 2006 marzo 2007

Las sustancias comunes para todos los rangos descritos son en su orden el basuco, la marihuana, el alcohol y el tabaco, con fluctuaciones según el tiempo viviendo en calle; es así como hay un aumento de consumo para todas las sustancias en las personas que llevan de 1 a 3 años cuando la calle se vuelve su lugar de permanencia, adoptando el consumo de sustancias como parte de sus hábitos y para su sobrevivencia. Esta constante se mantiene hasta los 7 años de vivir en calle, mostrando una disminución en el consumo pasados los 8 años, posiblemente por el deterioro, el desgaste físico y el sosiego que logran al estabilizarse y apropiarse de su condición de calle.

Estas tres sustancias se encuentran permanentemente relacionadas en todos los cuadros, independiente de la variable analizada, configurándose en las SPA, que consumen los habitantes de calle que poco han variado, tanto en el tiempo como en género, la edad, la escolaridad o el lugar de procedencia; posiblemente relacionado con los efectos, el ritual de consumo, el acceso, el costo y el poder adictivo; tal como puede evidenciarse en programas similares como el del DABS en la ciudad de Bogotá.

CONCLUSIONES

Después del análisis de los hallazgos encontrados en el Sistema de Habitantes de Calle adulto de la ciudad de Medellín, se puede concluir:

- Teniendo en cuenta la información predominante se puede decir que la población habitante de calle es en su gran mayoría de género masculino con el 84.2%, con edades comprendidas entre 18 y 26 años con un 29.3%, su estado civil es la soltería con el 60.1%, la escolaridad predominante es la primaria y secundaria incompleta con 30% y 23.7% respectivamente. (Hombre, soltero entre 18 y 26 años, con primaria o secundaria incompleta).
- También se encontró que en su mayoría son procedentes del departamento de Antioquia 72.5% y el municipio de Medellín 46.7%. Con respecto al tiempo viviendo en calle se observó que el porcentaje más alto, 62%, tiene menos de 7 años viviendo en esta condición.
- Con respecto al consumo se evidencia que las sustancias predominantes, independiente de la edad y el sexo, escolaridad, tiempo viviendo en calle o lugar de procedencia, son el basuco, la marihuana y el alcohol, lo que se podría asociarse a su potencial adictivo, precio y facilidad para su obtención.
- El alcohol y la marihuana se caracterizan por ser las sustancias de inicio y las de mayor permanencia en el tiempo presentan durante todo el desarrollo de vida en calle.
- Si bien el nivel educativo de los habitantes de calle continua siendo primaria y secundaria incompleta, se observa un incremento significativo del grado de escolaridad en los habitantes de calle, lo que debe llevar al Sistema a replantear las capacitaciones para que estén acorde con los perfiles actuales.

- Después de analizar la información se encontró que hay variables de las cuales no se obtienen mayores datos por parte los usuarios como; lugar de procedencia, tiempo viviendo en calle y tratamientos anteriores; ya que son relevantes para la clasificación como habitantes de calle y la obtención de servicios por parte del sistema. Estas variables pueden representar un riesgo de no atención para los usuarios por tanto son manipuladas para beneficiarse de los servicios.

RECOMENDACIONES

- Los datos encontrados muestran el aumento progresivo de gente joven buscando los servicios ofrecidos por el Sistema, se plantea entonces la necesidad de crear y/o adecuar un centro juvenil, que acoja a las personas entre 18 y 26 años, con una propuesta metodológica acorde a las características de este grupo que lleva poco tiempo viviendo en calle sin haber incorporado aun hábitos de esta población y que perciben su situación como un episodio del cual es posible salir.

Teniendo en cuenta lo anterior el objetivo debe estar orientado a facilitar el acompañamiento a los habitantes de calle jóvenes, complementando los servicios que ofrecen las instituciones que trabajan con los menores de edad; donde se brinde atención básica, y tengan la posibilidad de continuar sus estudios, capacitarse en artes u oficios lo que les permitiría acceder al mundo laboral.

Es necesario además, tener en cuenta ofertar tratamientos para farmacodependientes sea en medio abierto, comunidad terapéutica o servicio ambulatorio según el perfil del usuario y acorde a las demandas de los jóvenes.

- Se sugiere cualificar la información obtenida a través de las entrevistas iniciales realizadas a los usuarios, para retroalimentar permanentemente el Sistema y que los datos permitan evaluar, actualizar y ajustar las modalidades de atención dando respuesta a las demandas específicas del habitante de calle y poder perfilar servicios para personas en situación de calle que impida una condición permanente en esta.

Asimismo el uso de la información existente permitiría a la administración municipal la creación y puesta en marcha de programas preventivos que tengan impacto en la comunidad, potenciando redes de apoyo que posibiliten la participación y compromiso

de la ciudadanía con el fin de intervenir las variables que producen vulnerabilidad en la población.

- Es importante que el personal que aplica las entrevistas reciba capacitación y entrenamiento con el objetivo de unificar criterios que apoyen la clasificación de la condición de calle y orienten los servicios que requiere el usuario verificando que sean acordes con lo que ofrece el Sistema.
- Conociendo que desde farmacodependencia existen diversas modalidades de tratamiento que se adaptan mejor a algunos perfiles de los usuarios, es oportuno aprovechar la información y brindar opciones que sean más acorde al tipo de consumo y necesidades de estos.
- Teniendo en cuenta la gran cantidad de información que se maneja en el sistema y lo cambiante de esta, es indispensable actualizar constantemente los formatos de registro de información para que den cuenta de los cambios que se generan en el perfil del habitante de calle.
- Tener en cuenta el nivel educativo actual para las estrategias de intervención ya que esto cambia de manera significativa el perfil de las personas que están llegando a condición de calle.
- Dado que se encontró que el consumo de sustancias es crónico, de difícil intervención y que lleva al deterioro físico, mental y de los hábitos de vida saludables, es recomendable fortalecer la estrategia de reducción de daños con el propósito de minimizar los riesgos asociados con el estilo de vida en calle.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

Agudelo, L. M. y Otros. (2001). *Prevención de la farmacodependencia: elementos conceptuales*. En: Red de Jóvenes, Alcaldía de Medellín y FUNLAM. Ed. Pensar e intervenir: una propuesta de trabajo para la prevención de la farmacodependencia, la sexualidad insegura y la agresión en los y las jóvenes. Medellín.

Castaño, G. (2001) *Nuevas estrategias de atención en drogodependencias “La reducción de riesgos y daños”*. Fondo editorial Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín.

Correa, M. y Otros. (2007). *La otra ciudad y el habitante de la calle*. Editorial UPB, Medellín.

Departamento Administrativo de Bienestar Social. (DABS). Secretaría Distrital de Integración social. (Consultado el 25 de Mayo de 2007) *Atención integral para la inclusión social de ciudadanos-as habitantes de la calle*. (2005). En: <http://www.bienestarbogota.gov.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=168>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Alcaldía Metropolitana de Medellín. (2002) *Informe final del censo sectorial de habitante de y en la calle*. Medellín.

Dirección Nacional de Estupefacientes. (s. f) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas VESPA. *Formatos Centro de Tratamiento Secretaría de Salud*. Municipio de Medellín.

Enciclopedia virtual (Consultado el 29 de Septiembre de 2007). Sustancias Psicoactivas. En: http://es.wikipedia.org/wiki/Sustancia_psicoactiva

Fernández, L. y Otros. (1998) *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. En: Drogodependencias; Ed. Panamericana. Madrid.

Galeano M. E. y Otros. (1996). *La calle como forma de sobrevivencia (gaminismo, prostitución infantil y menor trabajador en el centro de Medellín)*. Medellín: Cámara de Comercio de Medellín, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Consejería Presidencial para Antioquia.

Lorenzo, P. y Otros. (2003) *Drogodependencias*. Editorial Panamericana, Segunda Edición. Madrid.

Navarro, O. y Otros. (2007) *Informe de Investigación Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto en la Ciudad de Medellín*. Universidad de Antioquia. Medellín: En impresión.

Organización Mundial de la Salud. (Consultado 29 de Septiembre de 2007). *Abuso de Sustancias*. En: http://www.who.int/topics/substance_abuse/es/

Ortiz, A. (2004). VIII Congreso Nacional de Recreación. Vicepresidencia de la República. *La Sensibilización hacia el Habitante de Calle, Brigadas y Comunidad desde la Lúdica como Estrategia de un Proceso de Inclusión Social*. (Consultado el 25 de mayo de 2007) En: <http://www.redrecreacion.org/documentos/congreso8/comfenalco.html>

Ramírez, M. (2005) Tesis Maestría en Drogodependencias *Caracterización psicosocial de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas SPA bajo la perspectiva de género en la ciudad de Medellín primer semestre de 2005*. Bilbao-España.

Ruiz, J.O. y Otros. (1998) *Gamines, Instituciones y Cultura de la Calle*. Ed. Corporación Extramuros. Santafé de Bogotá.

Secretaría de Bienestar Social. (2000). *Diagnóstico Social de Medellín*. Alcaldía de Medellín.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

Arquero, M. (1998). Asociación Cultural la Kalle. *Educación de calle: Hacia un modelo de Intervención en Marginación Juvenil*. Ed. Popular. Segunda Edición.

Avella V. A, L. y Otros (1990). *Alternativa Pedagógica para el niño de la Calle*. Tesis. (Licenciatura en Pedagogía Reeducativa) Medellín. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Bedoya, Y. y Otros (2004). *Niños niñas y jóvenes en situación de calle: Hacia una Visión Holística de su Realidad: Caracterización a nivel Individual y socioeconómico de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle que asisten a los programas de Atención diurna y nocturna ofrecido por la Fundación Hogares Claret en el centro de Acogida entre los meses de agosto de 2002 y agosto de 2003*. Medellín. Tesis. (Trabajadora Social) Universidad de Antioquia.

Cabrera, F y Otros. (1991). *Habitantes de la calle: Un estudio sobre el cartucho en Santafe de Bogotá*. Cámara de Comercio de Bogotá.

De Nicoló, J. (1981). *Musarañas*. Servicio Juvenil Bogotá. Ed. Industrial Continental Gráfica. Bogotá.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE e Instituto Distrital para la Protección de la niñez y la Juventud. (2000) *Mujeres con hijos habitantes de la Calle, estudio de Caracterización*. Ed. Luis Ponce de León. Bogotá.

Freire P. (1991). *Y los educadores de la calle. Una Aproximación crítica. Alternativas de Atención a los niños de la calle*. Ed. Gente Nueva. Tercera Edición. Vol 1. UNICEF.

Llorens M. (2005) *Niños con experiencia de vida en la calle - Una Aproximación Psicológica*. Ed. Paidós. Primera Edición. Buenos Aires.

Peña M, C. I. y Otros. (2000). *Habitar la ciudad: Estrategia de Prevención a la problemática ser habitante de la calle*. Corporación Amigos de la Noche Caminos. Medellín.

Pineda G. (2005). Encontrar una Familia en la Calle. En: XVI Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería. (Ponencia).

7. ANTECEDENTES PERSONALES Y SOCIALES

(Razones por las cuales salió de su hogar, hechos vividos después de salir del hogar, lugar recorridos y en que periodos de tiempo, tipo de contacto con la familia, antecedentes delictivos)

ACCESO A SERVICIOS

(Subsidios, vinculaciones a instituciones de protección, rehabilitación, programas de Alcaldía u otras entidades)

SALUD

(Estado de salud, enfermedades sufridas, presentación personal y deterioro físico y mental)

FIRMA USUARIO

ENTREVISTADO POR

ANEXO 2 FICHA DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Descripción:

Nº _____

Contenido	Categorías:

Observaciones:

Elaborado por: