

## Consumo autoreportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de Cali, Colombia

### Self-Reported consumption of illegal psychoactive substances in a street inhabitant population from Cali, Colombia

Mauricio Hernández-Carrillo<sup>1</sup>, Katherine E. Álvarez-Claros<sup>2</sup>  
e Iván Alberto Osorio-Sabogal<sup>3</sup>

1 Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia. mauriciohc@gmail.com

2 Fundación Universitaria San Martín. Cali, Colombia. esk-008@hotmail.com

3 Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Cali, Colombia. ivanoso65@yahoo.es

Recibido 21 Junio 2013/Enviado para Modificación 3 Julio 2014/Aceptado 8 Noviembre 2014

#### RESUMEN

**Objetivo** Determinar la prevalencia autoreportada de consumo de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de la ciudad de Cali.

**Métodos** Estudio descriptivo de prevalencia de periodo. La población objetivo fueron 763 habitantes de calle registrados durante el año 2010 en la base de datos proporcionada por un hogar de paso de la ciudad de Cali. El análisis estadístico se realizó en R versión 3.2.0. Investigación sin riesgo según la resolución 8430 de 1993.

**Resultados** El 76,9 % de los habitantes de calle reconoce que consume algún tipo de sustancia psicoactiva ilegal (SPAI). Las sustancias que presentaron mayor prevalencia de consumo en esta población fueron: la marihuana (51,2 %), el bazuco (44,6 %) y la cocaína (11,3 %). Se encontró que 28,6 % de los habitantes de calle consumen SPAI más de tres veces por día y que la principal vía de administración es fumada (54,7 %). La mitad de los entrevistados manifestó haber estado internado alguna vez en un centro de rehabilitación.

**Discusión** Las cifras del presente estudio muestran que el consumo de SPAI afecta de manera significativa la población habitante de calle, siendo la marihuana y el bazuco las de mayor uso, situación compleja si se tiene en cuenta su fácil acceso y los graves efectos degenerativos que causan en la salud física y mental de quienes las consumen. Por esto es necesario apoyar iniciativas encaminadas a intervenir este fenómeno social.

**Palabras Clave:** Prevalencia, personas sin hogar, trastornos relacionados con sustancias, abuso de marihuana, cocaína, crack, poblaciones vulnerables (*fuentes: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

**Objective** To determine the prevalence of self-reported use of illegal psychoactive substances in a homeless population of the city of Cali.

**Method** Descriptive study of prevalence of period. The target population was 763 homeless people registered during 2010 in the database provided by a temporary shelter facility in the city of Cali. Statistical analysis was performed using R version 3.2.0. Research safe according to the resolution 8430 of 1993.

**Results** 76.9 % of the homeless population recognizes that they consume some type of illegal psychoactive substance (IPAS). The substances with a higher prevalence of use in this population were: marijuana (51.2 %), the crack cocaine (44.6 %) and cocaine (11.3 %). 28.6 % of homeless people were found to consume IPAS more than three times a day and that the main route of administration is smoke (54.7 %). 50% of respondents reported having been hospitalized at some time in a rehabilitation center.

**Discussion** The results in this study show that the problem of PASI consumption significantly affects the population of homeless people, with marijuana and crack cocaine being the most commonly used, which is a complex situation if the easy access of these substances and the severe physical and mental degenerative effects the cause in those who consume them are taken into account. Therefore it is necessary to support initiatives aimed at intervening in this social phenomenon.

**Key Words:** Prevalence, homeless persons, substance-related disorders, marijuana abuse, crack cocaine, vulnerable population (*source: MeSH, NLM*).

El centro de la ciudad de Cali se ha convertido lentamente, como el de muchas grandes ciudades en Colombia y América Latina, en un lugar de habitación para personas pobres que establecen una suerte de subcultura urbana con reglas propias de convivencia y sobre todo de supervivencia (1). Dicha problemática no es solo de los países emergentes: el año 2012 fueron reportados 633 782 personas habitantes de calle en Estados Unidos y más de 157 000 en Canadá (2-4).

El centro de Cali es un espacio de oficinas gubernamentales y almacenes, cuyos empleados y oficinistas lo abandonan en cuanto la oscuridad cae sobre la zona. Los habitantes del centro, entonces, son abandonados a su suerte, la cual asumen de forma tranquila, viviendo según sus reglas que son poco comprensibles para los otros ciudadanos; la mayoría viven en la ilegalidad y el consumo de SPAI es frecuente, con una dinámica propia. Son pocas las familias que permanecen en estas áreas deprimidas y las que lo hacen, generalmente están conformadas por personas que debido a su condición de consumo crónico de sustancias y vida en la ilegalidad (como expendedores de sustancias ilegales o traficantes de objetos robados)

deciden permanecer allí, instando a sus hijos y familiares a continuar con su estilo de vida.

Una de las problemáticas más importantes en los habitantes de la calle es el consumo de Sustancias Psicoactivas Ilegales (SPAI) que son aquellas que pueden alterar los estados de conciencia, ánimo y pensamiento. Entre las SPAI más utilizadas se encuentran: el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis (metanfetaminas), la cocaína utilizada en sus diferentes presentaciones y conocida como “perico, bazuco o ice” y la heroína llamada “caballo” (5). Estas sustancias pueden generar dependencia, que se conoce como el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por cambios en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar la droga en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (6).

Aunque las consecuencias en la salud mental son diferentes según la sustancia, la frecuencia y tiempo de consumo así como la condición general del usuario, es reconocido que en general todas producen deterioro de la salud física y mental del individuo, incluso su tasa de sobrevivencia es inferior a la del resto de la población, como lo han documentado recientes estudios en el Reino Unido (7-8).

El consumo de SPAI entre las personas de la calle se relaciona estrechamente con otros problemas de salud y comportamientos de riesgo como: la prostitución, la explotación sexual y el sexo inseguro, prácticas que han contribuido a una creciente incidencia del VIH/SIDA entre este grupo en particular (9-11).

El consumo de sustancias ha sido el deterioro del entorno social en los espacios que se van configurando en áreas urbanas que se especializan en la venta y micro tráfico de estas sustancias ilegales. Los “fumaderos”, también conocidos como “ollas” van alterando las características de los barrios adyacentes, incrementando la pobreza, mendicidad, aparición de grupos y pandillas con su carácter de riesgo delincencial por atracos callejeros y lesiones personales entre sus moradores y transeúntes (12).

Se han realizado diferentes investigaciones en el mundo sobre el tema del consumo de sustancias psicoactivas y sus efectos, pero éstas han sido

orientadas hacia población general y no hacia los habitantes de la calle. Una de las investigaciones sobre ésta población fue la que se hizo en Cuenca-Ecuador, enfocada en la problemática de la Callejización de Niños, Niñas y Adolescentes; sobre los condicionamientos familiares que provocan la salida del hogar (13).

Motivados principalmente por la falta de cifras actualizadas sobre consumo de SPAI en la población habitante de calle en publicaciones científicas, se contactó una institución que brinda a estas personas, albergue temporal y voluntario en la ciudad de Cali con el propósito de conocer la prevalencia de consumo de SPAI entre esta población.

Pocas entidades estatales hacen presencia como protectoras de esta población y solo algunas instituciones no gubernamentales caritativas realizan actividades puntuales de apoyo a las personas que viven en el centro de la ciudad. Entre las que permanecen en la zona, inmersas dentro de la comunidad, se destaca la Fundación Samaritanos de la calle, que tiene algunas residencias y personal voluntario que posibilitan a los habitantes de esta área algún alimento, albergue y cuidados básicos. La fundación atiende a habitantes de calle, es decir hombres y mujeres, menores y mayores de edad, cuyas condiciones socioeconómicas y en algunos casos de salud mental, se han visto afectadas y están obligados a desarrollar su cotidianidad en la calle, entendida esta última como un espacio arquitectónico urbano, que no cumple los requerimientos mínimos de bienestar y calidad de vida de un ser humano. El habitante de calle ha sido marginado principalmente por razones de pobreza, falta de apoyo familiar, consumo de sustancias psicoactivas o desplazamiento forzado, que lo conllevan a vivir necesidades y dificultades de supervivencia (14-17).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de prevalencia de periodo, en donde la población objetivo fueron 763 habitantes de calle registrados durante el año 2010 en una base de datos secundaria aportada por la fundación Samaritanos de la Calle de la ciudad de Cali. Se utilizaron todos los datos disponibles (censo institucional). Los datos provinieron de una encuesta inicial aplicada por una trabajadora social entrenada a los habitantes de calle. La cual fue desarrollada por personal especializado de la institución, ésta indagaba sobre datos demográficos y acontecimientos vitales.

El diligenciamiento de ésta encuesta se realizaba previo al uso de los servicios y era obligatoria para todos los beneficiarios. La medición del consumo de sustancias psicoactivas ilegales se consiguió por autoreporte. No se realizaban pruebas adicionales de piscotoxicos que permitieran conocer qué tipo de sustancia consumían. Esto configura una limitación en todos los estudios pues el consumo en gran medida está asociado a la ilegalidad y la mayor parte de la información obtenida depende del reporte del usuario (18).

El análisis estadístico consistió en la elaboración de tablas de frecuencias que permitieron obtener las prevalencias del consumo de SPAI en la población habitante de calle. Los datos se procesaron mediante el software estadístico R versión 3.2.0 y los resultados se presentaron en cuadros y gráficos utilizando Microsoft Excel versión 10.

El estudio contempló los parámetros establecidos por la legislación nacional, Resolución 8430 de 1993, considerándose de riesgo mínimo por tratarse del uso de una base de datos secundaria. Fue aprobada por el Comité de Ética de la Fundación Universitaria San Martín-Cali. Se contó con la autorización de la Fundación Samaritanos de la Calle para el uso de la base de datos.

## RESULTADOS

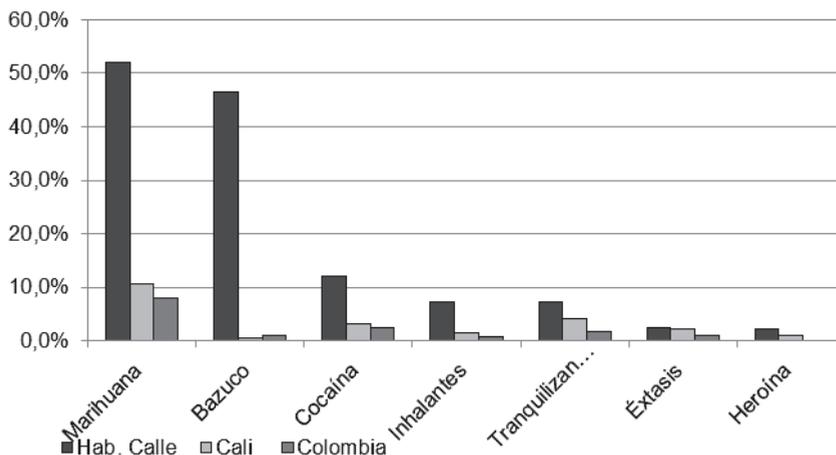
La población habitante de calle que asistió durante el año 2010 al hogar de paso estuvo constituida en su mayoría por hombres (89,6 %), el 10,4 % fueron mujeres, el promedio de edad fue 40 años en ambos grupos. Del total de usuarios, el 64,6 % informaron ser solteros y el 19,1 % separados. Con respecto al grado de escolaridad, el 35,6 % no termino la secundaria y el 21,6 % la primaria. Sobre el tipo de ocupación predominan las ventas informales (30,4 %) y el reciclaje (17,2 %). Casi la mitad de esta población (49,8 %) reconoció que alguna vez estuvo recluida en algún centro de rehabilitación.

El consumo de SPAI afectó de manera significativa la población habitante de calle de esta zona de la ciudad. El 76,9 % de esta población aceptó en la entrevista inicial el consumo de algún tipo de sustancia, siendo la marihuana (51,0 %) y el “bazuco” (45,0 %) las de mayor uso; y las de menor uso: inhalantes, heroína y éxtasis, en su orden. Las vías de administración de las SPAI más utilizadas fueron: fumada (54,7 %),

oral (28,6 %) e inhalada (11,9 %). En cuanto a la frecuencia de consumo se encontró que 14,9 % de los habitantes de calle consumen de dos a tres veces por día y que el 28,6 % más de tres veces por día. Además el 52,9 % presentó policonsumo (39,4 % mujeres y 54,4 % hombres) (Figura 1).

Según los datos suministrados, los habitantes de calle reportaron que entre los factores más determinantes para llegar a esta condición se encuentran el consumo de SPAI (35 %), los problemas económicos (16 %) y la influencia de amistades (2 %). El 26,5 % de los usuarios del hogar de paso lleva entre 1 y 5 años de permanencia en la calle, mientras que el 8,7 % más de 20 años. Las causas de permanencia en la calle son diversas, se encontró que la falta de oportunidades es el factor principal (33 %), seguido de la adicción al consumo de SPAI (24,6 %), y el 7,7 % porque les agrada vivir en la calle.

**Figura 1.** Comparación de la prevalencia de consumo (%) por tipo de SPAI de los habitantes de calle según cifras municipales y nacionales. Año 2010



Al comparar las cifras encontradas en el presente estudio con las cifras de Cali y Colombia, se observan diferencias importantes con respecto a la dinámica de consumo en la población general, se encontró que la sustancia más consumida por los habitantes de calle es la marihuana con una proporción de consumo del 51,2 %; lo cual indica que más de la mitad de los habitantes de calle usuarios del hogar de paso consumían dicha SPAI. Este porcentaje difiere en gran medida con lo reportado en la población general: 10,6 % en Cali y 8,0 % en Colombia. La segunda SPAI más consumida fue la base de cocaína, llamada en la zona “bazuco” (44,6 %), que comparada

con la población general presenta importantes diferencias (0,6 % en Cali y 1,1 % en el país). La cocaína clorhidrato “perico o perica” fue consumida por un 11,0 % entre los habitantes de la calle, en Cali se reportó un 3.2 % y en Colombia un 2.5 %. Los inhalantes fueron consumidos por un 6,8% de los habitantes de calle usuarios del servicio (1.4 % y 0.8 % en Cali y Colombia respectivamente). El consumo de heroína reportó un 1.8 % en los habitantes de calle, en Cali fue del 1,0 % y en Colombia no se contó con la cifra, puesto que el estudio nacional no la reportó. Por último el consumo de éxtasis fue de 1,8 % en los habitantes de calle (2,2 % en la ciudad de Cali y 0,9 % en todo el país) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Comparativo de la prevalencia (%) de consumo por tipo de SPAI de los habitantes de calle según cifras municipales y nacionales. Año 2010

SPAI	Hab. Calle	Cali	Colombia
Marihuana	51,0	10,6	8,0
Bazuco	45,0	0,6	1,1
Cocaína	11,0	3,2	2,5
Inhalantes	6,8	1,4	0,8
Heroína	1,8	1,0	*
Éxtasis	1,8	2,2	0,9

\* El dato no fue reportado por el estudio Nacional

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que no se realizó un muestreo probabilístico para toda la población habitante de calle de la ciudad de Cali, se comparan los resultados del presente estudio con la medición realizada por el estudio DANE “Censo sectorial de habitante de y en la calle de Santiago de Cali”(19), realizado durante el año 2005, en donde la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas ilegales correspondió a un 72,4 %, mientras que en el presente estudio la cifra fue de 76,9 %, ésta diferencia es muy baja y podría estar explicada porque el presente estudio se basó en sólo una parte de los habitantes de calle, específicamente aquellos que habitan el centro de la ciudad de Cali, y allí el acceso a éste tipo de sustancias ilícitas es más fácil. Para ambos estudios se mantuvo el orden de las sustancias ilegales más consumidas (marihuana y bazuco).

El 11,9 % de los habitantes de calle consumen SPAI de manera inhalada, situación que difiere por lo reportado en el estudio “Validación para Colombia de la escala Crafft para tamizaje, universidad nacional de Colombia”, en donde el uso de inhalantes para el país correspondió a un 5,5 % en la misma población (20). Dicha diferencia puede explicarse por

las diferencias regionales que afectan el acceso y formas de administración de los distintos tipos de SPAI.

En los aspectos sociales y demográficos se encontraron diferencias en los índices poblacionales ya que el presente estudio reportó un 89,6 % de habitantes de calle hombres, mientras que en estudio DANE del año 2005 (20), correspondía a un 86,2 %, con una disminución en la prevalencia de las mujeres en la calle de un 10,4 % mientras que en año 2005 correspondía a un 13,8 %. La razón por la cual los hombres habitan más la calle puede estar relacionada con que resulta más complejo para una mujer asumir la condición de habitante de calle por los riesgos para su seguridad física, adicionalmente las rupturas con las redes sociales más cercanas son más frecuentes en la población masculina (21).

Con respecto a la ocupación, en comparación con el año 2005 no se presentaron cifras de prostitución, pero para ésta medición realizada en el año 2010 se encuentra que el 1,3 % (7 mujeres y 3 hombres) se dedicaban a esta forma de trabajo. Disminuyeron las actividades que tienen que ver con vehículos como son: limpiar vidrios, lavarlos ó cuidarlos en un parqueadero. Por el contrario aumentó la actividad de “retacar” y las ventas ambulantes.

A partir de lo encontrado podemos suponer que entre las principales razones por las cuales las personas llegan a ser habitantes de calle se encuentran: el consumo de sustancias psicoactivas, los problemas económicos, la falta de apoyo familiar y la influencia de amistades. La vinculación del habitante de la calle con el consumo de SPAI muchas veces está motivada por el temor de enfrentar las responsabilidades de la vida adulta, esto conlleva problemas de comportamiento que se constituyen en un detonante que acelera la decisión de las personas de vivir en la calle (22). Además el consumo ilegal de sustancias psicoactivas promueve la proliferación de sitios de consumo, llamados “ollas y sopladeros” que se configuran como territorios en donde se confunden vendedores y consumidores, siendo este uno de los principales factores para que el número de habitantes de calle se incremente (23).

Se presentan diferentes motivos o razones por los cuales las personas se ven abocadas a vivir en la calle; pero los más perjudiciales se gestan en las relaciones difíciles con los padres y/ó hermanos generando sentimientos de dolor, frustración y hastío, que culminan en procesos de desafiliación

familiar. Es decir, el distanciamiento de este ámbito tradicional y formalmente establecido por la sociedad como el principal microentorno en donde el individuo se forma puede conllevar al individuo a habitar la calle y seguidamente constituir vínculos sociales que promueven nuevos aprendizajes y le permiten interactuar en el espacio de la calle, entendiéndose el consumo de SPAI como uno de estos (24).

Por otra parte, las crisis o duelos por muerte o separaciones son también razones que detonan la salida a la calle (25) y una vez estando en ella fácilmente se inicia el consumo de SPAI el cual con el tiempo se convierte en una adicción que genera dependencia y se hace muy difícil de dejar. Además se encuentran personas que les brindan enseñanzas de supervivencia en la calle y que por su cercanía se convierten posteriormente como parte de su familia (26).

El problema de consumo de sustancias psicoactivas ilegales afecta de manera significativa la población habitante de calle, siendo la marihuana y el bazuco las de mayor uso: Se puede concluir que por cada 100 habitantes de calle que utilizan los servicios del hogar de paso aproximadamente 77 consumen algún tipo de SPAI.

En el cuestionario utilizado se enfatizó en el consumo de SPAI y en ese sentido se obviaron sustancias psicoactivas “legales” que podrían haber sido utilizadas entre los habitantes de calle por su fácil consecución y bajo costo, como por ejemplo: el tabaco como cigarrillo, el alcohol, que no necesariamente se refiere a alcohol etílico sino alcohol industrial o de otros usos; los inhalantes, que pueden ser obtenidos como pegantes industriales que se venden a bajo costo y en pequeños frascos y que por ser legales son usados a plena luz del día y algunos medicamentos de venta libre en nuestro país con potencial adictivo dependiendo del uso, conocidos como “pepas o roche”.

Es preciso anotar que este estudio es descriptivo, que representa a las personas habitantes de calle que acuden al servicio social comunitario y que por sus características no puede ser aplicado a la totalidad de la población habitante de calle pues siempre existen individuos que rehúsan este tipo de asistencia, sin embargo es una manera eficiente de llegar a un gran porcentaje de este conglomerado.

En este grupo la situación de consumo de SPAI es compleja si se tiene en cuenta su fácil acceso y los graves efectos que causan en la salud física

y mental de quienes la consumen, además de la problemática social que ocasiona en el grupo, sus familias y el entorno social.

Es evidente que ante la ausencia de políticas públicas claras de asistencia a esta población, en la cual el enfoque de manejo ha sido de corte policivo, la marginalidad del grupo se acrecienta, impidiendo la atención médica y deteriorando sus condiciones de salud, su posibilidad de educación y creación de espacios vocacionales que permitan alternativas para el grupo. Los programas sociales existentes son iniciativas privadas de características particulares relacionadas con su perfil cuya coordinación con servicios sociales públicos es prácticamente inexistente.

Es importante anotar que los estudios más recientes de tipo antropológico sobre población habitante de calle no apoyan la teoría del abuso de sustancias como la explicación para el ingreso de las personas a este colectivo (no todos los grandes consumidores de sustancias psicoactivas ilegales son habitantes de calle) y solo mencionan que el hecho de permanecer en calle aumenta el riesgo de abuso (27-28).

Los diferentes estudios han mostrado que el perfil de las personas que habitan la calle de forma ocasional (habitante en calle o habitante transicional) es diferente de aquel que permanece en la calle (habitante de calle) y que éste último presenta mayor prevalencia de consumo de sustancias y de enfermedad mental (29), razón por la cual es necesario apoyar iniciativas encaminadas a la intervención de este fenómeno social tal y como las desarrolladas por la fundación que aportó los datos, puesto que esta brinda albergue y orientación a dicha población vulnerable dada su condición, además de elaborar políticas públicas para la intervención con esta población (30) •

**Agradecimientos:** Los autores agradecen a la Fundación Samaritanos de la Calle por el suministro de la base de datos para el desarrollo de la presente investigación. Al padre José González por autorizar el uso de los datos para la investigación, a la Doctora Libia Fanny Mina Tello por su gestión y a la Trabajadora Social Gloria Maritza Grajales Sánchez por responder algunas inquietudes sobre la aplicación del instrumento. Al Grupo de Investigación en Salud Pública (GISAP) por incentivar día a día el interés por investigar. Especialmente a la doctora Ángela Cubides Munevar, coordinadora de investigación de la Fundación Universitaria San Martín Cali, quien siempre apoyo esta iniciativa.

*Conflicto de intereses:* Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Martínez TP. El centro urbano de Cali, entre El Calvario y Ciudad Paraíso. *Prospectiva*. 2015;(19):167–95.
2. Cortes A, Henry M, de la Cruz RJ, Brown S. The 2012 point-in-time estimates of homelessness. *Wash DC US Dep Hous Urban Dev* Retrieved August. 2012;20:2013.
3. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health*. 2004;94(4):651–6.
4. Trypuc B, Robinson J. Homeless in Canada: A funder's primer in understanding the tragedy on Canada's streets. *Charity Intelligence Canada*; 2009;p.4-57.
5. Vega Fuente A. Las drogas y los medios de comunicación: ¿prohibir o domesticar? *Apuntes para una nueva enseñanza-aprendizaje*. Enseñanza. 2004;22(1):20-8.
6. Del Castillo JAG, Díez M del CS. Prevención de drogas on-line: análisis y propuestas de actuación. *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación: perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento*. Consejería de Salud y Servicios Sociales; 2009; p. 57-76.
7. Echenberg H, Jensen H. Defining and enumerating homelessness in Canada. *Parliamentary Information and Research Service*; 2008; p. 31-68.
8. Peate I. The other silent killer: homelessness. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2012; 22(11):607–607.
9. Manrique-Abril FG, Ospina JM, Garcia-Ubaque JC. Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2011;13(1):89–101.
10. Wincup E, Buckland G, Bayliss R. Youth homelessness and substance use: Report to the drugs and alcohol research unit. *Home Office London*; 2003; p. 43-70.
11. McDonell JR, Persse L, Valentine L, Priebe R. HIV/AIDS and homelessness. *J Soc Distress Homeless*. 1993;2(3):159–75.
12. Brasesco MV, Legisa A. Consumo de Paco y sustancias psicoactivas en niños y niñas en situación de calle y jóvenes en tratamiento. *Gob Ciudad Autónoma B Aires*. 2009;p.48-83.
13. Fajardo GME. Factores de condicionamiento familiar que precipitan los procesos de callejización de los niños, niñas y adolescentes del Centro Comercial El Arenal de la ciudad de Cuenca en el año 2011. *UCuenca.edu.*; 2011. p. 13-44.
14. Navarro CO, Gaviria LM. Representaciones sociales del habitante de la calle. *Univ Psychol*. 2009;9(2):345–55.
15. Simón CJRP, Rodríguez BLF. Consideraciones generales sobre drogas de abuso. *Medisan*. 2002;6(4):58–71.
16. Herrera DM. Inclusión y exclusión: el habitante de calle de Medellín, una mirada desde la psicología social y los derechos humanos. *Rev Poiésis*. 2008;8(15):27-39.
17. Silva CJN. Consumo de drogas en tres etapas de la vida de habitantes de calle de Bogotá: predictores de consumo y comparación con una muestra de población infantil y adolescente de Brasil. *Universidad Federal do Rio*; 2011. p. 24-31.
18. Eisenbach-Stangl I, Moskalewicz J, Thom B. Two worlds of drug consumption in late modern societies. *Ashgate Publishing*. 2009;34(1):69-102.
19. DANE. Censo sectorial de habitante de y en la calle Santiago de Cali 2005. *Cali, Colombia: DANE*; 2005;1(1):25-34.
20. Uribe Isaza MM. Validación para Colombia de la escala Crafft para tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas versión Universidad Nacional de Colombia Fase I [proyecto Especialista en Psiquiatría]. *Universidad Nacional de Colombia*. 2012. p. 1-71.

21. Fernández DYB, Agudelo L, Castaño C, Galeano P, Segura-Cardona A, Montoya-Velez L. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *Rev CES Salud Pública*. 2014;5 (2):147–53.
22. García F. Consumo de psicoactivos en Colombia: situación actual, elementos para discusión y perspectivas de acción [sitio Web]. Generado: 7 Mayo, 2011. Disponible en: <http://www.elportaldelasalud.com>.
23. Moreno EL. Desempeño ocupacional: dimensiones en los ciudadanos y ciudadanas habitantes de la calle. *Umbral Científico*. 2003; 5(2):46–54.
24. Política nacional. Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Abril de 2007. p. 1-28.
25. Pacheco LVQ. La exclusión social en “habitantes de la calle” en Bogotá. Una mirada desde la bioética. *Pres El Claustro*. 2008;1(1):105-41.
26. Soto GYC. Razones de adultos habitantes de calle para preferir o rechazar el apoyo social brindado por el programa habitante de calle y en riesgo de calle de la ciudad de Pereira administrado por la fundación nuevos caminos en el año 2011. *Uni. Católica*; 2011. pp. 104-157.
27. Caton CL, Wilkins C, Anderson J. People who experience long-term homelessness: Characteristics and interventions. *Toward Understanding Homelessness: The 2007 National Symposium on Homelessness Research*; 2007. pp. 266-273.
28. Johnson G, Chamberlain C. Homelessness and substance abuse: Which comes first? *Aust Soc Work*. 2008;61(4):342–56.
29. Kuhn R, Culhane DP. Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: Results from the analysis of administrative data. *Am J Community Psychol*. 1998;26(2):207–32.
30. Unit SE. *Mental Health and Social Exclusion*. London: Office of the Deputy Prime Minister; 2004. 12(2):287–315.