

PROYECTO

**TRABAJO EN RED INSTITUCIONAL HACIA UN TRATO HUMANIZADO EN
SALUD AL HABITANTE DE CALLE EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT.**

**TRATO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PERSONAL RELACIONADO CON
LA ATENCION AL HABITANTE DE CALLE EN LA CIUDAD DE GIRARDOT.**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

GERMAN IGNACIO PINZON ZAMORA

COE INVESTIGADOR

BLANCA GREGORIA MELO MELO

AUXILIARES DE INVESTIGACION

MARIA CAMILA LOZANO IZQUIERDO

COD: 330216121

YUSLY DAYANA REY CASTRO

COD:330216130

YENY LORENA SANDOVAL VEGA

COD:330216135

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ENFERMERIA
GIRARDOT
2020

**TRATO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PERSONAL RELACIONADO CON
LA ATENCION AL HABITANTE DE CALLE EN LA CIUDAD DE GIRARDOT.**

AUXILIARES DE INVESTIGACION

MARIA CAMILA LOZANO IZQUIERDO

COD: 330216121

YUSLY DAYANA REY CASTRO

COD:330216130

YENY LORENA SANDOVAL VEGA

COD:330216135

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ENFERMERIA
GIRARDOT
2020

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

Girardot,2020

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo lo consagramos primeramente a Dios, por habernos dado la oportunidad, la sabiduría y la motivación necesaria para poder llevar a cabo de la mejor manera la finalización de este trabajo.

Sin duda alguna a nuestros padres y hermanos por habernos dado su voto de confianza, su apoyo, perseverancia y moral, que con todo su amor permitieron que no decayéramos en el intento y surgiéramos con todas las ideas que teníamos.

A nuestro docente líder y en algunas ocasiones compañero de campo German Ignacio Pinzón, por toda su colaboración y empeño que con ayuda de su conocimiento y experiencia nos permitió consolidar este proyecto.

A nuestro grupo de semillero que en conjunto nos permitió vivir experiencias gratas e inolvidables que hacían de este trabajo más que una obligación, un sueño.

A la señora Nacira, su esposo, y todos los integrantes de la mesa intersectorial y la red de atención del habitante de calle de la ciudad de Girardot por brindarnos su colaboración y espacio, por abrirnos sus puertas para compartir sus conocimientos y experiencias que ayudaron al fortalecimiento de muchas de las ideas aquí escritas.

RESUMEN

El habitante de calle es un grupo poblacional con el cual se ha venido trabajando para salvaguardar sus derechos por medio de lineamientos políticos que garanticen la dignidad humana. Sin embargo, a pesar de estas normativas se ha encontrado la necesidad de fortalecer la atención centrada en el cuidado humano y la integralidad, de este modo la presente investigación basada en la teoría de Jean Watson busca determinar el trato humanizado por medio de los procesos caritas del 1 al 8, con un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo no experimental, utilizando un muestreo no probabilístico, por conveniencia e intencional, donde se establece la población y muestra personal relacionado con la atención al habitante de calle pertenecientes a la mesa intersectorial y a la red de atención del habitante de calle del municipio de Girardot. Encontrándose como resultado que el personal trata al habitante de calle con amabilidad, pero no ofrece confianza, además se evidencia la falta de autocuidado a su espíritu y estado físico. Se concluye que la población encuestada presenta un trato humanizado adecuado; no obstante, desde el enfoque humanístico se evaluaron factores imprescindibles para alcanzar esa conexión transpersonal que verdaderamente se necesita para brindar cuidados humanos, protegiendo la dignidad humana y la calidad durante la atención, los cuales deben seguir fortaleciéndose mediante estrategias de enseñanza y aprendizaje; por tanto se propone el diseño de una unidad didáctica, necesaria para garantizar la planeación, coordinación y organización sistemática de la misma, llevando al cumplimiento de todos los requerimientos para alcanzar el objetivo de reforzar el trato humanizado en el personal relacionado con la atención al habitante de calle.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
DEFINICION DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVOS.....	15
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
JUSTIFICACIÓN	16
MARCOS DE REFERENCIA.....	21
MARCO TEORICO	21
MARCO CONCEPTUAL.....	31
MARCO LEGAL.....	34
MARCO ÉTICO	36
MARCO GEOGRÁFICO.....	39
METODOLOGÍA.....	40
CUADRO DE VARIABLES.....	43
RESULTADOS	46
UNIDAD DIDÁCTICA.....	62
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES	82
ANEXOS.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	85

INTRODUCCIÓN

El habitante de calle muchas veces es vulnerado por su forma de vida, costumbres y patologías asociadas, produciendo rechazo, repulsión o miedo al personal relacionado con su atención, ocasionando deshumanización y encontrando que manifiesten “ser devueltos sin atender, haberles cobrado por la atención y haber recibido malos tratos por parte del personal¹”. Por esta razón, dentro de la teoría de Jean Watson, se debe cultivar en la formación del personal, el cuidado propio de su mente y alma, convirtiéndose en seres sensibles de las circunstancias en las que se sumerge el habitante de calle, de este modo, con la comprensión, escucha, el respeto hacia las creencias de otros, la fe y la esperanza de poder ayudar a estas personas y la creación de relaciones solidarias y de afecto; se pueda construir un momento de cuidado transpersonal que dé como resultado el trato humanizado durante la atención que como seres humanos en igualdad de condiciones se merecen.

Además, se debe tener en cuenta, que a finales del siglo XX se ha venido trabajando por el planteamiento de políticas y lineamientos que resignifiquen el fenómeno de la habitabilidad en calle, garantizando y protegiendo sus derechos, teniendo como antecedente la sentencia T-533 de 1992, declarándolos como sujetos de especial protección de derechos. Una vez formulado esto, se creó la ley 1641 de 2013 con el fin de dar una atención integral con inclusión social de las personas habitantes de calle, que posteriormente tuvo repercusión en la sentencia T-043 de 2015 quien ordena que cada persona es libre de desarrollar su vida en las condiciones que desee, siempre y cuando no vulnere los derechos de los demás, para terminar en la formulación de la política pública social del habitante de calle en el año 2018.

¹ OTÁLVARO, Andrés Felipe Tirado; ARANGO, Marta Elena Correa. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. Investigaciones Andina, 2009, vol. 11, no 18, p. 23-35

Sin embargo, los prejuicios y actitudes del personal que trabaja con el habitante de calle, han generado negación de la atención aún incluso si el habitante de calle estuviese afiliado a un sistema de seguridad social en salud. Por otro lado, los habitantes de calle refieren que el desconocimiento de sus propios derechos, la ausencia de enfoques diferenciales en los programas y rutas de atención y la no familiarización del personal relacionado con la atención al habitante de calle, refuerzan los imaginarios negativos hacia esta población².

Considerando lo anterior, es importante destacar que el manejo y trato humanizado durante el abordaje del habitante de calle, es el principal factor para que esta población se disuada y consigne su voto de confianza sobre el personal, creando de esta manera, lazos afables que generen un cambio en el juicio de esta población hacia los servicios y rutas de atención, permitiendo así, la asistencia y el sentimiento de seguridad en los servicios y la atención que les brinda.

De esta manera, se estableció identificar el trato humanizado mediante la teoría de la enfermera Jean Watson quien precisa que los profesionales se enmarquen dentro de un enfoque altruista, trabajando por el bien de las personas de forma desinteresada, incluso a costa de los intereses propios, empleando características que permitan conectarse espiritualmente con la persona cuidada, resolviendo necesidades físicas y emocionales.

Teniendo en cuenta esto, se toman los procesos caritas del 1 al 8, los cuales serán ampliados en el marco teórico ya que, son imprescindibles para brindar un trato humanizado; los cuales, se pueden emplear de forma general en cualquier personal que brinde cuidados a seres humanos, pues Watson menciona que no se diferencia entre un cuidado natural o genérico de un profesional, siempre y cuando el amor sea la pieza clave durante el contacto y el momento de cuidado.

² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018. Política Publica Social Para Habitante De Calle - PPSHC-. Bogotá, p.88.

A partir de lo mencionado, se tomó como referencia la población perteneciente a la red intersectorial de atención en salud, conformado por todo profesional, técnico o persona natural que trabaja y atiende habitantes de calle, ya que no hubo la posibilidad de seleccionar población de una institución prestadora de servicios de salud (IPS), puesto que no accedió a participar en la investigación. Por lo tanto, con la mencionada red se forjó una alianza que, junto a la alcaldía del municipio permitió aplicar una encuesta estructurada para dar una descripción no experimental acerca del trato humanizado que brindan a la población habitante de calle de la ciudad de Girardot.

Los resultados mostraron que el personal encuestado brinda un trato humanizado adecuado, donde el respeto y la amabilidad son bases indispensables durante la atención a esta población. No obstante, se pudo encontrar que para mejorar el momento de cuidado que lleve a un contacto transpersonal como lo menciona la teórica, se necesita de practicar cuidados hacia sí mismos, generar relaciones de confianza mutua, tener el conocimiento necesario para hacer valer los derechos de esta población y despertar la necesidad del apoyo y la búsqueda de entidades gubernamentales que trabajen por el bienestar físico, psicológico y social de estas personas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los habitantes de calle son un grupo poblacional que muchas veces es ignorado por su forma de vida, costumbres y patologías asociadas, produciendo rechazo, repulsión o miedo al ciudadano común. Su actitud hostil o su aspecto indecente crean fenómenos de exclusión social que permite que sea fácilmente vulnerado por las circunstancias a las cuales se encuentra expuesto; ocasionando el deterioro de su estado de salud físico y mental a un ritmo progresivo, provocándoles la pérdida de valores y de responsabilidades morales que los conducen a la habitabilidad en calle.

A través de la historia este fenómeno siempre ha estado presente en la humanidad, desde los escritos de leprosos en las épocas bíblicas, hasta en la actualidad con la población migrante de los países del tercer mundo, las comunidades marginadas por problemas tanto políticos como económicos, y todo aquel que por uso de sustancias psicoactivas pierden su estilo de vida, viéndose sometidos a el deterioro de sus condiciones de vida habituales, modificándose y tomando alternativas poco adecuadas a la cotidianidad de la sociedad que en esta época contemporánea se considera como normal.³

Por esta razón, en Colombia a finales del siglo XX, se ha buscado la manera de plantear políticas de saneamiento o económicas de limpieza social, lo que ha llevado con el paso de los años a considerar este grupo poblacional como sujetos de especial protección de derechos, incluyendo de esta manera leyes que fortalezcan el amparo y el resguardo de su vida, su salud tanto física, como mental y su entorno social, siendo contemplado por primera vez en el plano legal mediante la sentencia de tutela T-533 de la corte constitucional en el año de 1992⁴.

³ PACHECO, Luis Vólmar Quintero. La exclusión social de "habitantes de la calle" en Bogotá: una mirada desde la bioética. Revista Colombiana de bioética, 2008, vol. 3, no 1, p. 101-144.

⁴ CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-533. 1992. M.P.: Eduardo Cifuentes Muñoz

Una vez fue reconocida esta problemática social, el gobierno expidió la ley colombiana 1641 del 2013 que propuso una definición para esta población, ya que, no se encontraba una establecida a nivel nacional, sino simplemente se usaban literaturas científicas para denominar este grupo poblacional con términos como indigente, desechable o vagabundos y durante los censos eran definidos como personas sin domicilio; por ende, la definición normativa que se planteó en Colombia fue como habitante de calle quien “es una persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que han roto vínculos con su entorno familiar”⁵.

Por ende, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SG-SSS) de Colombia, asegura el acceso a los servicios de salud a los habitantes de calle, haciéndolos partícipes de los derechos colombianos sin discriminación, ya que son universales e igualitarios, estos últimos siendo principios básicos bioéticos del profesional de enfermería y demás personal relacionado con su atención, por lo que deben hacerse cumplir con el fin de proteger, garantizar y promocionar los derechos fundamentales de estas personas.

No obstante, el habitante de calle se ha visto desde diversos imaginarios sociales y culturales como un problema nacional a gran escala y los planes de manejo no han sido muy variados, según estudios interdisciplinarios acerca de la pobreza extrema indican que el fenómeno de la habitancia en calle está directamente relacionado con la discrepancia en la distribución de los recursos y el poder por parte del gobierno⁶, convirtiendo las estrategias para el afrontamiento de esta problemática social en

⁵COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1641 (12 de julio de 2013). Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC. P. 1-5.

⁶ URUETA, Carolina Gómez. EL HABITANTE DE LA CALLE EN COLOMBIA: Presentación desde una perspectiva social-preventiva1. 2013.

tácticas obsoletas y poco efectivas para mejorar y disminuir el índice de pobreza extrema.

En consecuencia, el ambiente en el que se encuentran rodeados, el desconocimiento de sus propios derechos y su perspectiva individual, ocasiona la negación autónoma de recibir la asistencia social del Estado, ya sea, por falta de apoyo familiar, del trato descortés que muchas veces se les brinda, o la aceptación a las condiciones y reglas que se establecen al momento de adquirir la atención, ocasionando que continúen con sus condiciones de vida en la calle y solamente asistan en situación de suma urgencia por algún padecimiento. Incrementando brotes de enfermedades, lo que predispone a la sociedad en general a ser partícipes de epidemias que agravan el estado físico y psicológico de las comunidades⁷.

Adicionado a esto, el acceso a los servicios de salud a pesar de todos los lineamientos establecidos, sigue manteniendo obstáculos para que el habitante de calle pueda tener asistencia en salud. Motivos como el no cumplir con los requisitos de ingreso, el temor por ser arrestados por las autoridades, la desatención, el trato deshumanizado por parte del personal y la no confianza en el personal que los atiende; instauran barreras que afectan directa e indirectamente su atención y los paradigmas de la sociedad, en especial el del personal de salud, impiden la adecuada atención de los habitantes de calle y el alejamiento de este grupo vulnerable de los programas de promoción, atención integral, prevención y rehabilitación que formula el gobierno para ellos⁸.

Por esta razón, se debe hacer hincapié en el manejo y trato humanizado que se está teniendo durante el abordaje y la atención al habitante de calle, puesto que este puede ser el principal factor que disuade al habitante de calle para consignar

⁷ CORREA, Marta Elena, et al. Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. Eleuthera, 2012, vol. 6, p. 101-127.

⁸ FERNÁNDEZ, Dedsy Yajaira Berbesi, et al. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. Revista CES Salud Pública, 2014, vol. 5, no 2, p. 147-153.

su voto de confianza sobre el personal, así facilitar el empoderamiento de lazos, que permitirán generar un cambio y concepción de esta población hacia los servicios sociales que brinda el Estado.

DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el trato humanizado brindado por el personal relacionado con la atención al habitante de calle en la ciudad de Girardot/Cundinamarca?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el trato humanizado brindado por el personal relacionado con la atención al habitante de calle, con el fin de generar estrategias educativas que promuevan la humanización en el momento de la atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el trato humanizado brindado por el personal relacionado con la atención al habitante de calle.
- Diseñar una unidad didáctica que apoye el fortalecimiento del trato humanizado del personal relacionado con la atención al habitante de calle.

JUSTIFICACIÓN

Las cifras poblacionales han demostrado que la pobreza extrema se ha convertido en un problema de gran magnitud que genera en todos los países gastos y acentuación de problemas en salud pública impidiendo el desarrollo de las naciones.⁹

En Colombia en el año 2019 se arrojaron cifras de 48.258.494 personas censadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y se estimó que se encuentra un total de 13.252 habitantes de calle aproximadamente, con una cobertura geográfica de 21 municipios de los departamentos de Bucaramanga, Medellín, Cali, Barranquilla y Manizales; además de 9.538 habitantes de calle de la ciudad de Bogotá encontrados en el VII censo realizado.¹⁰

Conociendo esto, se hace evidente que la pobreza extrema tiene un origen de causas multifactoriales que impiden el pleno desarrollo de estas personas; como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, conflictos familiares, dificultades económicas y problemas socioculturales que cambian los estilos de vida y generan problemáticas a gran escala, en los cuales se debe trabajar fuertemente a nivel social, político, económico y sanitario, ya que de allí depende el bienestar y la conservación de las dinámicas asertivas y sanas en una sociedad; previniendo enfermedades e impidiendo que se disparen cifras epidemiológicas que pongan en peligro la salud pública. Así, se estaría buscando la inclusión a la vida laboral y familiar de esta población a la sociedad, con la ayuda de los programas ofertados por los distintos entes departamentales, territoriales y locales hacia estas personas.

⁹ FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2018. The State of Food Security and Nutrition in the World 2018. Building climate resilience for food security and nutrition. Rome, FAO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <http://www.fao.org/3/I9553EN/i9553en.pdf> 06/04/2019 Revisado el 06, abril, 2019

¹⁰DANE, D., 2020. Censo Habitante De La Calle 2019. [online] Dane.gov.co. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/consolidadocincociudades-2019.pdf> [Revisado 8 July 2020].

Asimismo, se ha buscado la manera de definir este fenómeno social para poder desarrollar lineamientos, comprendiendo las dinámicas de vida y las problemáticas que desentrañan su situación; por esto la Corte Constitucional establece que “Cada persona es libre de desarrollar su personalidad acorde con su plan de vida, tal y como lo señala el artículo 16 de la Constitución Política. Es así como en la sentencia T-043 del 2015 la corte definió que cada persona es libre de desarrollar su personalidad acorde con su plan de vida, sin afectar los derechos de los demás, y por lo tanto se hace inadmisibles cualquier reproche jurídico ya sea en forma de sanciones o intervenciones terapéuticas forzadas, que causen cosificación del habitante de calle.¹¹

Por lo tanto, el Estado presenta una serie de retos desencadenados por considerar la vida en calle como una opción que se debe respetar, garantizando todos los derechos desde un enfoque diferencial, al ser un grupo poblacional que no dispone de recursos para poder satisfacer sus necesidades básicas. Es aquí cuando se pone en marcha estrategias y metas de desarrollo que buscan subsanar esas problemáticas, buscando cambiar su situación sociodemográfica con condiciones de vida digna, sustentable y rentable para ellos mismos, siendo el caso de la implementación de la ruta de atención creada por la organización Ángeles azules que busca iniciar procesos de seguimiento y acompañamiento para la dignificación y resignificación, ya sea desde una atención transitoria o definitiva logrando una nueva vida en estos sujetos desde el abordaje en la misma calle.¹²

Incluyendo a esto, el gobierno de Colombia ha implementado la Política Pública Social para Habitante calle, partiendo desde el objetivo específico de la Atención

¹¹ CORTE CONSTITUCIONAL, REPUBLICA DE COLOMBIA, 2020, REPUBLICA DE COLOMBIA. [Corteconstitucional.gov.co](https://www.corteconstitucional.gov.co) [online]. 2020. [Revisado 8 July 2020]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-043-15.htm>

¹² ANGELES AZULES, 2020, Ruta de Atencion [online]. [image]. 2020. [Revisado 8 July 2020]. Disponible en: <https://www.integracionsocial.gov.co/habitantedecalle/>

Integral en Salud como pilar fundamental orientando la generación de condiciones de bienestar en la población que se encuentra en situación de riesgo de adquirir y apropiarse hábitos de calle, es decir, en la intervención de los determinantes sociales que configuran la calidad de vida de estas personas. En este sentido, las acciones de prevención de la habitancia en calle se orientan a I) la intervención y disminución de ese riesgo en la salud mental de la persona derivado de su exposición a múltiples factores que ocasionan afectación sobre sus emociones, lazos sociales y dignidad, y que pueden precipitar la adquisición y apropiación de los hábitos de vida permanente en la calle y II) la prevención en el consumo problemático del SPA.

De acuerdo con lo anterior, se establecen lineamientos nacionales y territoriales basados en la implementación de RIAS con enfoque territorial, donde se realice seguimiento a estas rutas con el fin de identificar y fortalecer las redes que permitan la prevención de consumo de SPA y trastornos mentales asociados a este, promocionando la disminución del policonsumo y asegurando la mejora continua de la salud de los habitantes de calle, quienes generalmente ingresan en situación de urgencia, pues el carácter informal de sus actividades productivas no favorece su vinculación al SG-SSS aunque por medio del decreto 064 de 2020 ellos deben permanecer afiliados dentro del Régimen Subsidiado por medio de las alcaldías, quienes tienen la obligación de tener un listado censal de esta población¹³.

A partir de esto, es importante destacar que el cotidiano de estas personas, asociado a las condiciones adversas de la calle, dificulta su atención en salud, ya que el desconocimiento general sobre la gratuidad en salud y de los programas de promoción y prevención, se comportan como factores de riesgo para que la población habitante de calle no asista, además, después de ser inscritos a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ellos desertan

¹³ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018. Política Publica Social Para Habitante De Calle - PPSHC-. Bogotá, p.88.

por falta de dinero e interés, pues asumen que no requieren de más tratamiento o educación y por razones que manifiestan como “ser devueltos sin atender, haberles cobrado por la atención y haber recibido malos tratos por parte del personal que los atiende”¹⁴, hacen indiscutible la falta de humanización como elemento fundamental para el progreso del bienestar humano de estas personas.

Sumado a esto, la Atención Integral en Salud pretende cumplir con el objetivo de Salud y Bienestar del desarrollo sostenible, abarcando a toda la población incluyendo los Habitantes de calle, lo primordial es que haya igualdad y equidad en la atención en salud sin importar el tipo de población que sea, con el fin de tener aseguramiento universal; en la búsqueda de que el habitante de calle sea atendido de la mejor manera, recalcando la atención humanizada y de calidad con ayuda de los territorios ya sean Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales, para el desarrollo e implementación de diferentes estrategias como lo son la promoción de entornos saludables y hábitos de autocuidado en los habitantes de calle.

Por consiguiente, el trabajo que aquí se enmarca busca identificar como es el trato humanizado por parte del personal relacionado con la atención al habitante de calle y a partir de allí establecer estrategias educativas que mejoren el trato humanizado hacia los habitantes de calle del municipio de Girardot-Cundinamarca, ya que hoy en día esto se ha convertido en un problema de gran magnitud evidenciado en los servicios y programas brindados, los cuales pueden darse de manera mecánica y deshumanizada por el estigma social o imaginario hacia este grupo poblacional, simplemente por pertenecer o habitar en la calle, generando en las personas habitantes de calle desagrado por estos programas y por ende, no querer ser partícipes, ocasionando así, posibles enfermedades de salud pública que terminan

¹⁴ OTÁLVARO, Andrés Felipe Tirado; ARANGO, Marta Elena Correa. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. Investigaciones Andina, 2009, vol. 11, no 18, p. 23-35.

convirtiéndose en epidemias y desencadenando un desequilibrio en la salud de la sociedad.

Por todo lo anterior, la línea de investigación en la cual se trabajará es, trabajo en red institucional hacían un trato humanizado en salud al habitante de calle en el municipio de Girardot, para poder dar inicio y apoyar la implementación de una nueva política de habitante de calle en el municipio de Girardot – Cundinamarca; en la cual se tendrá en cuenta los conocimientos y actitudes del personal relacionado con la atención al habitante de calle, en conjunto con la alcaldía de la ciudad y el semillero Nemi Vivir de la Universidad de Cundinamarca.

MARCOS DE REFERENCIA

MARCO TEORICO

Los habitantes de calle como sujetos de cuidado y como seres humanos, demandan de una atención que esté sujeta a una concepción humana, centrada en las características de esta población, donde se empleen relaciones con enfoque individual; agrupando de forma integral y trascendental conocimientos y actitudes que permitan evaluar y trabajar conjuntamente en las necesidades que presentan¹⁵.

Por consiguiente, el personal relacionado con su atención debe basarse en un enfoque humanístico, enmarcado por actitudes específicas que permitan formar profesiones altruistas, únicas y distinguibles. Con base a esto, Jean Watson sostiene en su “Teoría del Cuidado Humano”, que para conservar una calidad de vida se debe lograr una armonía frente a las tres esferas denominadas mente, cuerpo y alma, recordando que el humanismo está relacionado con la dignidad humana por ende el cuidado transpersonal involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar con adecuados conocimientos y acciones holísticas que este promueve.

Por lo tanto, es de vital importancia que el personal que atiende al habitante de calle se encuentre en un estado de equilibrio emocional, para que el brindar un cuidado humanizado se convierta en algo innato que nace del alma, por ello, al estar en contacto con personas como lo son habitantes de calle, es importante que formen un vínculo asertivo donde los tabús e imaginarios no se conviertan en posibles obstáculos durante la atención.

¹⁵ APARICIO- SANTIAGO, Guadalupe Leticia, HERNÁNDEZ CANTORAL, Alicia, OSTIGUÍN MELÉNDEZ, Rosa María Intersubjetividad: Esencia humana del cuidado profesional de Enfermería. *Enfermería Universitaria* [en línea]. 2008, 5 (1), 45-48 [fecha de consulta 24 de julio de 2020]. ISSN: 1665-7063. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741824008>

Como Watson sugiere, el involucrar un entorno de cuidado que ofrezca el desarrollo potencial de mejorar las acciones que se están tomando al brindar atención al habitante de calle, puede contribuir con la realización de un lazo afable que permita la comunicación asertiva entre el personal que atiende y habitante de calle, donde las perspectivas e ideas en este sean solventadas en pro del desarrollo físico y emocional de este tipo poblacional, fortaleciendo la confianza y seguridad durante el momento de cuidado, lo que permitirá que el habitante de calle sea participe de las diferentes redes de apoyo tanto sanitarias como gubernamentales.¹⁶

De esta forma, el personal debe expresar claramente el sentimiento de ayuda, permitiendo que el contacto con el habitante de calle sea más genuino y sincero, conllevando a la reducción de la desconfianza y asegurando la comprensión de paradigmas entre el personal que atiende y el habitante de calle, permitiendo la promoción de la salud y el crecimiento personal, pues el cuidar humanamente recupera la salud.¹⁷

Por ende, el cuidado hacia los habitantes de calle debe darse como un proceso intersubjetivo, independientemente de si es brindando por un profesional o no, ya que Watson *“no diferencia entre un cuidado genérico o natural y uno profesional, lo importante es que el cuidado y el amor conforman la energía primaria y universal que se inicia en el primer momento en que se relacionan”*¹⁸. Se debe tener en cuenta que durante el proceso de atención quien da el consentimiento al proceso terapéutico es la persona cuidada; el cual percibirá la incomodidad o la intencionalidad del cuidador, por ello la empatía, comprensión y demás

¹⁶ BURGOS, Gonzáles; MARTÍNEZ, J. Quintero. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. 2009. Tesis Doctoral. Tesis de Licenciatura]. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.

¹⁷ URRÁ, Eugenia; JANA, Alejandra; GARCÍA, Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería, 2011, vol. 17, no 3, p. 11-22.

¹⁸ OLIVÉ Ferrer, Carmen Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Salus [en línea]. 2015, 19 (3), 20-26 [fecha de consulta 24 de julio de 2020]. ISSN: 1316-7138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375944211005>

características mencionadas anteriormente, harán trascender el momento de la atención en algo más allá de la medicalización y sometimiento terapéutico.

Dentro de la formulación teórica de Jean Watson se plantea originalmente diez factores carativos que son el núcleo estructural pasajero de la teoría, permitiendo la evolución del modelo que finalmente fue contenido en los diez procesos caritas. Estos últimos son los que se abarcaran dentro del contexto de este trabajo.

PROCESO CARITAS 1: Cultivar la práctica de amabilidad y ecuanimidad hacia uno mismo y el otro como fundamental para la conciencia de Caritas (Del factor carativo 1: humanista-altruista sistema de valores)

La Dr. Jean Watson nos señala que el profesional para su quehacer diario de trabajo, tiene como papel principal el requerir de conocimientos y habilidades para poder atender a una persona, afectando así el desarrollo de su ser para el cuidar y sanar de una manera integral con amor; debido a esto, se pretende con este modelo que se desarrollen destrezas y habilidades que permitan fortalecer el crecimiento de la conciencia y sabiduría de la vida y del trabajo.

Por tanto, si se desarrolla todas aquellas herramientas necesarias para comprender las dinámicas de los individuos de la sociedad, les permitirá comprender de una manera más holística y abierta que el cuidar no sigue una misma línea y que no va solamente relacionado a un orden de atención, sino que involucrada las diferencias que los convierte en seres humanos únicos y distinguibles como bien es el caso del habitante de calle. Esto, con el fin de poder romper patrones de violencia y despreocupación del mundo, brindando atención con amor y sabiduría, sin discriminación alguna; convirtiéndose todo aquel que quiera brindar cuidado como ejemplo a seguir de un nivel profundo de la humanización ante la sociedad y hacia sí mismo.

PROCESO CARITAS 2: Estar Auténticamente Presente: Habilitar, Mantener y Honrar el Sistema de Fe, Esperanza y Creencia Profunda y el Mundo de Vida Interior-Subjetivo del Yo / Otro. (Del Factor Carativo 2: Instalación de Fe y Esperanza).

En este Proceso se hace explícita la relación de las experiencias con la formación del sistema de creencias y valores a lo largo de la vida, el honrar estos sistemas permite entender el mundo subjetivo de la vida interior de las personas, comprendiendo el propósito y la situación actual de quien está siendo atendido.

De este modo, el estar o el haber estado en situaciones similares o iguales a las vividas por las personas que son atendidas (Habitantes de Calle), generan en él personal un vínculo de conexión emocional, provocando compasión y comprensión. Es importante destacar que Watson señala que también se debe honrar el sistema de valores y creencias de la enfermera; pero también es de conocimiento común, que todo el personal de otras profesiones, necesita o tienen creencias y valores que les sirven de soporte cuando requieren de un momento de fe y esperanza durante su labor. El papel de la esperanza y la fe en la vida de las personas es muy significativo y más cuando se está en una situación de crisis, enfermedad o enigmas que se presentan en la vida.

La Dr Jean Watson establece que una de las maneras de sentir esperanza es ofreciendo expectativas al otro, durante la atención el personal puede convertirse en la esperanza de alguien que este solitario, desamparado o incluso deprimido, contrastando la diferencia entre la esperanza y la desesperación de un momento dado, especialmente en el Habitante de Calle que siempre se encuentra en una situación emocional y experiencial negativa o inestable.

No está de más, resaltar la importancia de respetar el sistema de creencias de las personas que son atendidas, estando abiertos a las expectativas y permitiendo la

libre expresión de estas ideas que finalmente son la fuente cultural e interna de fe y esperanza a la cual recurren cuando se sienten enfermos, sin importar si es lógico o absurdo.

PROCESO CARITAS 3: Cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, yendo más allá del ego-yo. (Del factor carativo 3: Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás).

Dentro de las prácticas que se han mencionado, es necesario retomar el proceso caritas 1, como es cultivar la conciencia y la sabiduría de estar alineado con el propio espíritu, lo que puede generar una conexión transpersonal que es mucho más grande que el ego; permitiendo abrir los ojos al propio crecimiento espiritual de la vida, evitando ser inhumano y logrando tener un mejor cuidado propio y de los demás

A partir de esto, la responsabilidad del cuidado-curación y la moralidad del ser, es consentir los sentimientos personales, porque con demasiada frecuencia solo se accede a pensarlos, lo que conlleva a conectarnos con el yo interior, sin necesidad de buscar soluciones en fuentes extrínsecas. De esta manera, se puede generar en el personal criterio, razón y reflexión desarrollando una sensibilidad propia, la cual es indispensable para ser sensible con los demás. Después de todo, es difícil abrir nuestros corazones hacia los demás sin demostrar que somos personas y de ahí la necesidad de manifestar lo que se oculta y camufla por ese cuerpo físico que posee el ser humano.

PROCESO CARITAS 4: Desarrollar y mantener una relación solidaria de ayuda y confianza. (Del factor carativo 4: Desarrollando una relación de ayuda y confianza).

Se plantea que ninguna persona puede ser persona si no, se relaciona con otras. Por ende, la modificación del factor carativo a proceso caritas busca enaltecer y hacer explícito el auténtico aspecto afectivo de la relación de ayuda y confianza, pues, el cuidado centrado en las relaciones es el ingrediente central de la curación, el cual es fundamental para la reforma y transformación del cuidado.

Watson menciona que existe la necesidad de desarrollar y mantener relaciones afectivas como núcleo de las prácticas en todas las profesiones de la salud, sin embargo, esta conciencia o habilidad es fundamental para cualquier relación de cuidado-curación, en este contexto se puede involucrar la reciprocidad contenida por el personal relacionado con la atención al habitante de calle ya que lo esencial, es no quebrantar el valor ético de mantener relaciones auténticas y solidarias de confianza y afecto, reconociendo que la posición de un nivel disciplinario tanto básico como profesional no interfiere durante este proceso.

De allí, el valor de entender que la investigación cuantitativa, aunque sea limitada, respalda la importancia de la auténtica relación afectiva como una intervención en si misma dentro del contexto de sanación o mejor salud. Lo que conlleva a precisar que sin importar la falta de estudios cuantitativos los estudios cualitativos, experienciales, empíricos, teóricos y filosóficos sugieren como papel elemental este tipo de relaciones entre una persona cuidada y su cuidador.

PROCESO CARITAS 5: Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos (Del factor carativo 5: Promoción y Aceptación de la Expresión de Sentimientos Positivos y Negativos).

Se debe comprender que, en este proceso caritas, es esencial la relación autentica de ayuda y confianza, ya que generar la expresión constructiva de sentimientos crea

una base para la confianza y el afecto, logrando entrar a ese espacio interior anímico de las emociones y pensamientos del yo con el otro, formando ese momento de cuidado transpersonal y de sanación para el otro.

Por tanto, hay que percibir que la información intelectual y emocional (disonancia afectivo-cognitiva) es diferente y para esto se requiere del conocimiento de la psicología, psicodinámica, psiquiatría y ayuda de las vivencias del día a día, para dar el respectivo poder e importancia a las emociones; pues estas constituyen una de las principales motivaciones de los seres humanos.

Bien pareciera por todo lo anterior, que los profesionales, están en la obligación de entender este fenómeno de inconsistencia emocional, pues el comprender esta dinámica, explica si las personas pueden comunicarse sin dificultad, escuchar y establecer relaciones, apreciando este hecho básico de la humanidad, la cual es fundamental para construir vínculos solidarios de confianza y ayuda vigorosas.

PROCESO CARITAS 6: Uso Creativo del Yo mismo y todas las formas de saber cómo parte del proceso de cuidado; Participar en el Arte de Caritas Enfermería (Del factor carativo 6: Uso sistemático del método de resolución de problemas científicos para la toma de decisiones al Proceso de Cáritas).

El personal relacionado con la atención al habitante de calle necesita comprender que la mecanización en los procesos de atención impide que los cuidados ofrecidos no se den adecuadamente, se requiere de conocimiento, juicio, habilidades, sabiduría, valores morales y mucha autonomía, para llegar a utilizar métodos de resolución de problemas para enmendar todas las situaciones que se puedan dar en la prestación de un servicio. Para Watson, se es necesario investigar, tener claridad de fundamento basado en la evidencia y ampliar todo el marco de discernimiento poseído, para mejorar y proponer ideas creativas de tal modo, que

se pueda llegar a ser parte del arte que se necesita para cuidar, viendo más allá de lo netamente físico y de esta manera, como plantea Martinsen (2006:132) "ver con el ojo del corazón".

PROCESO CARITAS 7: Participar en una experiencia genuina de enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y al significado subjetivo, intentando permanecer dentro del marco de referencia del otro. (Del factor carativo 7: Promoción de la enseñanza y el aprendizaje interpersonales)

El participar en el modelo del proceso de enseñanza-aprendizaje de caritas, permite al personal tener una reciprocidad que acompañado de suficiente conocimiento e incorporando nuevos paradigmas, el enseñar se vuelve más personalizado, relacional y representativo, coherente con las necesidades, contextos y expectativas, que en el habitante de calle permitirán generar autodiscernimiento, autocuidado y autodominio; ya que se enseña a aprender y, de esta manera, obtienen la capacidad propia de solucionar sus problemas, tomar buenas decisiones y realizar acciones que le sirvan para mejorar su vida.

Durante el encuentro de enseñanza-aprendizaje y cuidado, se ejecuta un denominado "Coaching de caritas", donde descubre la importancia del aspecto intersubjetivo durante el proceso de enseñanza sobre salud y los enfoques de autocuidado, haciendo genuina y transpersonal la experiencia de una relación de confianza, en el que aprender no significa más que solamente recibir información, hechos o datos; sino también, se convierte en una práctica positiva, haciendo del aprendizaje una relación que vive más allá de este contexto, participando en la vida, el proceder y las acciones que surgen de los hábitos de estas personas.

PROCESO CARITAS 8: Creación de un entorno de sanación en todos los niveles. (Del factor carativo 8: Atender a un apoyo, Protectora y / o correctiva mental, física, Entorno social y espiritual al Proceso de Caritas)

Se plantean niveles que permiten generar un entorno adecuado y óptimo para la sanación de la persona a la cual se le está brindando un cuidado. Dentro de estos niveles encontramos en primer lugar el de COMFORT; donde hay medidas de apoyo, protección e inclusive correctivas de los entornos internos y externos de una persona, entre estos el eliminar los estímulos perjudiciales del entorno externo como lo son las luces brillantes, ruidos fuertes, temperatura ambiental y ventilación inadecuada, etcétera y permaneciendo en un ENTORNO LIMPIO Y ESTETICO, dentro de la noción de orden y equilibrio, para cerrar y completar una experiencia curativa, hacen sentir mejor a la persona consigo misma y con los demás, pues los estímulos perjudiciales y negativos generan alteraciones como lo es, el aumento de la frecuencia cardíaca y la ansiedad.

Además, en el nivel de SEGURIDAD; se hace especial énfasis en los procesos seguros durante la atención en salud, considerando en un nivel más profundo las formas del control del dolor y el sufrimiento, garantizando los cuidados de la piel, infecciones, lesiones, caídas, errores en la medicación y cualquier otro procedimiento que pueda ocasionar daño a quien se está atendiendo, con el fin de hacerlo sentir protegido y seguro, siendo estas necesidades básicas en el ser humano.

Continuando, encontramos el nivel de INTIMIDAD, en donde la privacidad durante su atención es el pilar fundamental para el mantenimiento de la integridad y DIGNIDAD HUMANA, siendo este último una dimensión explícita dentro de la teoría del cuidado humano y los procesos caritas y, el preservar esta dimensión es de hecho un concepto universal.

Con todo lo anterior, se garantiza la creación de entornos caritas, basado en frecuencias vibratorias altas (Amor), los cuales son curativos y serán percibidas por quienes son atendidos, irradiando el campo humano-ambiental, energéticamente sanador, al menos interiormente y generando pensamientos positivos, sinceros y auténticos, convirtiendo de este modo al personal en el sujeto análogo del ambiente.

MARCO CONCEPTUAL

CARATIVO: Proviene de la palabra curativo, que crea la teórica Jean Watson para hacer referencia al cuidar humanamente dentro de una actitud solidaria que abarca el campo fenomenológico que plasma la autora.

CIENCIA DEL CUIDADO: Se basa en el estudio del ser de una forma ética y universal, abarcando todas las formas de conocer, ser y hacer; ya sean empíricas, metafísicas e incluso espirituales, para comprender la intersección y las uniones subdesarrolladas entre las artes, las humanidades y las ciencias clínicas, con el fin de transmitir una cultura de cuidado en el que se mantenga y preserve la dignidad humana.

MOMENTO DE CUIDADO: Es el instante en el que la persona que brinda cuidados se conecta con la otra persona a la cual se está brindando una atención humana; dentro de un punto de contacto entre espíritus, en un tiempo y espacio determinado, con la posibilidad de trascender la capacidad humana y ser parte de la historia de la vida del otro individuo.

TRANSPERSONAL: Se refiere a ser altruista, de este modo se puede alcanzar una conexión espiritual más profunda, para gestionar la promoción del bienestar y la curación de todo aquel que se está atendiendo.

CUIDADO TRANSPERSONAL: Es el utilizar los procesos de cuidados y tratamientos con el fin de buscar la vinculación entre el espíritu y el alma de los demás.

RELACION DE CUIDADO TRANSPERSONAL: Es una clase de especial cuidado humano que busca proteger y realzar la dignidad, requiriendo de especial

responsabilidad moral por parte de quienes brindan una atención, indagando en lo más recóndito de la situación de salud de esas personas.

TRATO HUMANIZADO: Tipo de asistencia realizada durante el tratamiento con el fin de que sea más efectivo y en donde el paciente sea escuchado y respetado por el personal que atiende al habitante de calle; resaltando lo mencionado por Watson en el que nos habla sobre mantener un equilibrio entre mente, cuerpo y alma a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador.

APRENDIZAJE INTERPERSONAL: Proceso de nutrición de formación en donde según Watson, “se brinda ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar”¹⁹ esta información es un componente de la educación en salud en el que también se puede lograr obtener a través de los medios de comunicación como son las redes sociales, periódicos, noticias etc., siendo esta de manera informal ante determinado tema, pero si es formal como es el caso de un profesional de la salud, nos menciona Watson que debe establecer una relación personalizada y dirigida confirmando Rogers a quien cita Watson diciendo que “la enseñanza no es función de un buen currículum clínico ni académico del educador, es un proceso mucho más complejo, que parte de tener la habilidad para lograr, en el marco de una relación en este caso, educador-educando, cambios de conducta. Esto pasa necesariamente por nutrirse de los educandos, y no de un mero recitar conocimientos”.²⁰

PERSONAL RELACIONADO CON LA ATENCION: Es aquel que hace partícipe del equipo, quien está conformado por profesionales de diferentes disciplinas para garantizar una atención integral a las necesidades de los habitantes de la calle, participando en acciones relacionadas con el diagnóstico y evaluación de

¹⁹ URRÁ, Eugenia; JANA, Alejandra; GARCÍA, Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería, 2011, vol. 17, no 3, p. 11-22.

²⁰ Ibid. p.17.

necesidades y los planes de intervención realizados de manera conjunta con los habitantes de la calle.²¹

HABITANTE DE CALLE: Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar.²²

CALLE: Lugar que los habitantes de la calle toman como su residencia habitual y que no cumple con la totalidad de los elementos para solventar las necesidades básicas de un ser humano.²³

HABITABILIDAD EN CALLE: Hace referencia a las sinergias relacionales entre los habitantes de la calle y la ciudadanía en general; incluye la lectura de factores causales tanto estructurales como individuales.²⁴

ATENCIÓN OPORTUNA: Se realizará en coherencia con la forma de vida de la persona en esta ocasión el habitante de calle, por lo cual es indispensable la inmediatez con la que se preste la atención (en entornos cerrados o de carácter extramural).²⁵

²¹ COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1641 (12 de julio de 2013). Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC. P. 120.

²² Ibid; p. 5.

²³ Ibid; p. 5.

²⁴ Ibid; p. 5.

²⁵ COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1641 (12 de julio de 2013). Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC. P. 120.

MARCO LEGAL

Colombia es un país con una amplia normatividad que ha venido construyéndose para el resguardo de los derechos humanos de los ciudadanos, dentro de una dimensión de gestión diferencial en poblaciones vulnerables y con un enfoque basado en los determinantes sociales de salud, como lo establece el Plan Decenal de Salud Pública, esto con el fin de que al proponer lineamientos políticos y normativos se vislumbren las circunstancias que han originado que las personas lleguen a vivir en la calle, además, así como lo dicta la Constitución Política en su art 95° "es deber de los demás ciudadanos: Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios", por lo que esta opción de vida en la calle es totalmente respetable y aceptado como un estilo de vida, esto establecido en la sentencia T-043 del 2015 donde cada persona es "libre " de desarrollar su personalidad acorde con su plan de vida, y por ende, el estado se encuentra en la obligación de velar y garantizar todos los derechos constitucionales que poseen los habitantes de calle con el fin de restablecer la salud evitar la enfermedad y disminuir los riesgos de la perdida de la salud.

De igual manera, la constitución colombiana añade en su artículo 13 "el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptara medidas en favor de grupos discriminados o marginados, así mismo establece que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física, o mental se encuentren en situaciones de debilidad manifiesta y sancionara los abusos o maltratos que contra ellas se cometa"

En consecuencia, la Ley 1641 del 2013, se formuló para que el Estado cumpliera los objetivos de salvaguardar la dignidad humana de esta población y así fuera de orden obligatorio en todas las instituciones en Colombia. A partir de esta ley es que se establecen las directrices para la construcción de la Política Publica Social para el Habitante de Calle, con el fin de lograr una atención integral, rehabilitación e

integración social, lo que indica que debilidades como la inexistencia de un sistema único de atención en salud para esta población, la baja socialización y desconocimiento de los protocolos de atención, la falta de conocimiento del personal relacionado con su atención, la estigmatización, los prejuicios y las actitudes que a veces toman frente a esta población; hacen que se les niegue el servicio, los discriminen, no puedan inscribirse a los programas existentes para la reincorporación social y se generen barreras de acceso, perjudicando su salud y generando resquemores en contra del Estado por estas situaciones.

Incluso, esta ley señala que debe intervenir determinadas instituciones que hacen fundamental el logro y desarrollo de esta política, como es el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE para realizar caracterización sociodemográfica para instaurar una línea base, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar el cual hará sus veces priorizando en la atención de niños niñas y adolescentes en estado de indefensión y vulnerabilidad para su rehabilitación temprana como lo suscita el artículo 5 de esta ley, haciendo parte del enfoque de curso de vida que establece el Modelo Integral de Atención en Salud y la Política Pública Social para el Habitante de Calle; de la misma manera, el Ministerio de Salud y los entes territoriales también estarán a disposición para implementar servicios sociales a los habitantes de calle.

MARCO ÉTICO

Para la aplicación de este estudio investigativo, con su población que son seres humanos, se emplea la resolución 8430 de 1993²⁶, la cual establece normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y determina en su Art 5° y 14° que todo trabajo investigativo con seres humanos deberá estar sujeto al respeto de la dignidad y protección de sus derechos y bienestar, por ende, solo se hará participe a los sujetos cuando se obtenga la autorización por parte de ellos, quienes se les indicara la naturaleza y propósito de la investigación, por medio del Consentimiento Informado, el cual será el documento complementario para ejercer la ética en la investigación.

Agregado a esto, se reitera que como dice en su artículo 2 y 3 será una investigación sujeta a revisión por el Comité de Ética y se cumplirá a toda cabalidad el artículo 8 acerca de la protección a la privacidad del individuo, identificándolo solo si la investigación lo requiere y si el individuo lo autoriza.

Por lo que se refiere a enfermería, siempre ha sido reconocida históricamente por generar un fuerte impacto durante el cuidado hacia los pacientes, siendo moralmente apoderada de las situaciones críticas que se pueden presentar en un ambiente hospitalario, domiciliario, o donde se encuentre inmersa, ya que se fundamenta en sus propias teorías y conocimientos actualizados en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas²⁷, utilizando los principios éticos para prestar una buena atención a la población, razón por la cual se hace notar ante las demás profesiones.

²⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 8430 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. 1993. P 2-4.

²⁷ LEY 266 DE 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones 1996; CXXXI (42710).

Sin lugar a duda, los profesionales tienen la gran responsabilidad moral del cuidado y mantenimiento de la vida humana, para esto deben presentar cualidades y características basadas en los principios de la práctica profesional como lo son tratar al ser humano como un sujeto integral e individual, junto con sus conocimientos científico-experimentales y tendrá en cuenta la dialogicidad²⁸ como factor importante en los diferentes contextos laborales en los cuales se pueda brindar atención, por esta razón, el cómo se desarrolle este intercambio de ideas, hará de la comunicación un instrumento decisivo a la hora de cumplir el objetivo de un servicio óptimo, humanizado y práctico cuando el paciente queda a merced de los cuidados del profesional.²⁹

Más aún, la **Ley 911 de 2004** incorpora la ética como guía para la toma de decisiones adecuadas para cumplir con los objetivos de la profesión como se suscita en el Art 9° y 10°, el cual, es respetar y proteger el derecho a la vida, la integridad genética, física, espiritual y psíquica, y especialmente en los grupos vulnerables y que estén limitados en el ejercicio de su autonomía como los son los habitantes de calle.

Por este motivo, en el código deontológico en su Art. 3° hace énfasis en que el acto de cuidado de enfermería es el ser y la esencia de la profesión, además, serán blancos para regular y fortalecer el cuidado integral dentro de una dinámica multidisciplinaria encarada en el desempeño de los mismos, sirviendo de reflexión sobre las situaciones cotidianas de la práctica³⁰, entre estos encontramos:

²⁸ LEY 266 DE 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones 1996; CXXXI (42710).

²⁹ Op. Cit. Página; 1

³⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 911 (6, octubre, 2004).

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá. D.C. No. 45.693 P. 5 Art. 26.

Beneficencia y No maleficencia: La aplicación de estos principios vienen dados durante la investigación cuando se pone en manifiesto el equilibrio favorable entre riesgo y beneficio que puedan obtener los participantes, siendo obvio que el riesgo es considerablemente menor a razón del beneficio que poseerán con la realización de la presente investigación.

Justicia: Al designar al habitante de calle como ciudadano, resguardando su dignidad humana por medio de la garantía, goce y reestableciendo de sus derechos, atendiendo su situación de vulnerabilidad y dejando de lado, las opiniones y prejuiciosos presentes, lo que resulta, en el cumplimiento de la ley.

Respeto a la autonomía: Este principio aplica en la investigación al respetar la autonomía de la persona quien es libre y responsable de tomar la decisión de participar en la misma, evidenciándose con el uso del consentimiento informado.

MARCO GEOGRÁFICO

El municipio de Girardot se encuentra ubicado al suroccidente de Cundinamarca en la Región del Alto Magdalena, en un valle intercordillerano estrecho entre la cordillera Oriental y Central, cuya máxima anchura no sobrepasa los 40 kilómetros. En su extremo sur en su parte baja Girardot está a 289 m.s.n.m. pero puede llegar hasta los 600 a 800 m sobre el nivel del mar en las partes más altas que corresponden a las cuchillas de la Culebra y el Espino en la Cordillera Alonso Vera³¹, con una temperatura media de 28°C y una extensión total de 138 km².

Con Límites municipales:

- Norte: con el municipio de Nariño y Tocaima.
- Sur: con el municipio de Flandes y el Río Magdalena.
- Oeste: con el río Magdalena y el municipio de Coello.
- Este: con el municipio de Ricaurte y el Río Bogotá.

El municipio de Girardot es uno de los más importantes del departamento de Cundinamarca, por su extensión urbana, población y por su diversidad de infraestructura que la caracteriza, es la capital de la Provincia del Alto Magdalena, según estadísticas del DANE para el año 2005 contaba con una población aproximadamente de 150.178 habitantes.

El municipio de Girardot es una de los principales pioneros de afluencia turística del país, esto la hace una de los municipios más importantes de Cundinamarca y algunas de las principales actividades económicas son el comercio formal e informal donde la mayor parte de las personas que habitan en este municipio se benefician de estas actividades.

³¹ <http://chilas-ciudadgirardot.blogspot.com/2009/03/ubicacion-geografica-de-girardot.html>

METODOLOGÍA

TIPO O ALCANCE

A partir de esto, se considera que la investigación titulada “Trato Humanizado brindado por el personal relacionado con la atención al habitante de calle” se encuentra dentro de un enfoque cuantitativo, por cuanto se analizarán datos cuantificables, recolectando información a partir de la implementación de instrumentos que describirán el trato humanizado brindado por parte del personal relacionado con la atención al habitante de calle, siendo este un estudio con alcance descriptivo, no experimental.

El diseño es transversal pues será recogido durante el periodo 2019 - 2020 en un único momento, describiendo el trato humanizado brindado por el personal relacionado con la atención al habitante de calle.

Se realizó la captación de un proceso de búsqueda de todo el personal relacionado con la atención al habitante de calle de la Ciudad de Girardot en especial de la Oficina para el habitante de calle, las fuerzas públicas, la secretaria de salud y los integrantes del plan de intervenciones colectivo de la alcaldía de Girardot con el fin de determinar una cantidad promedio de la población y muestra para aplicar.

UNIVERSO: Está constituido por todo el personal relacionado con la atención al habitante de calle de la ciudad de Girardot.

POBLACIÓN Y MUESTRA: Se establecieron como población y muestra la unidad de análisis personal relacionado con la atención al habitante de calle de la ciudad de Girardot perteneciente a la mesa intersectorial y a la red de atención del habitante de calle del municipio de Girardot.

MUESTREO: El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia e intencional, en el que se seleccionó personal relacionado con la atención al habitante de calle participante de la mesa intersectorial y la red de atención del habitante de calle que participa voluntariamente dentro del estudio.

Para trabajar con el personal relacionado con la atención al habitante de calle las investigadoras establecieron los siguientes criterios.

De inclusión:

- Personal relacionado con la atención al habitante de calle participante de la mesa intersectorial y la red de atención del habitante de calle que participa voluntariamente dentro del estudio.
- Consentimiento informado firmado por el personal relacionado con la atención del habitante de calle para la aplicación de los instrumentos de investigación.

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE PREGUNTA CUALITATIVA.

La presente investigación abarca un paradigma interpretativo comprensivo en busca de entender el concepto que tiene el personal relacionado con la atención al habitante de calle acerca de la atención humanizada, ya que, no se puede brindar un cuidado a una persona adecuadamente sin antes entender el significado de ser humano y las implicaciones que esto conlleva al momento de entrar en contacto con estas mismas.

De esta manera, se establece una pregunta abierta con el objetivo de dar una descripción ideográfica (ideas) para representar la experiencia y concepción individual de esta, y así mismo, detectar el impacto que tiene esta definición sobre el trato a los habitantes de calle en la ciudad de Girardot.

INSTRUMENTO: Encuesta con una pregunta abierta.

CONCEPTO	PREGUNTA	JUSTIFICACIÓN
HUMANIZACIÓN	1- ¿Qué entiende por atención humanizada?	Esta se efectúa con el fin de conocer que concepto tiene el personal acerca de la humanización y como este valor puede reflejarse en las practicas utilizadas durante la atención a los habitantes de calle.

CUADRO DE VARIABLES

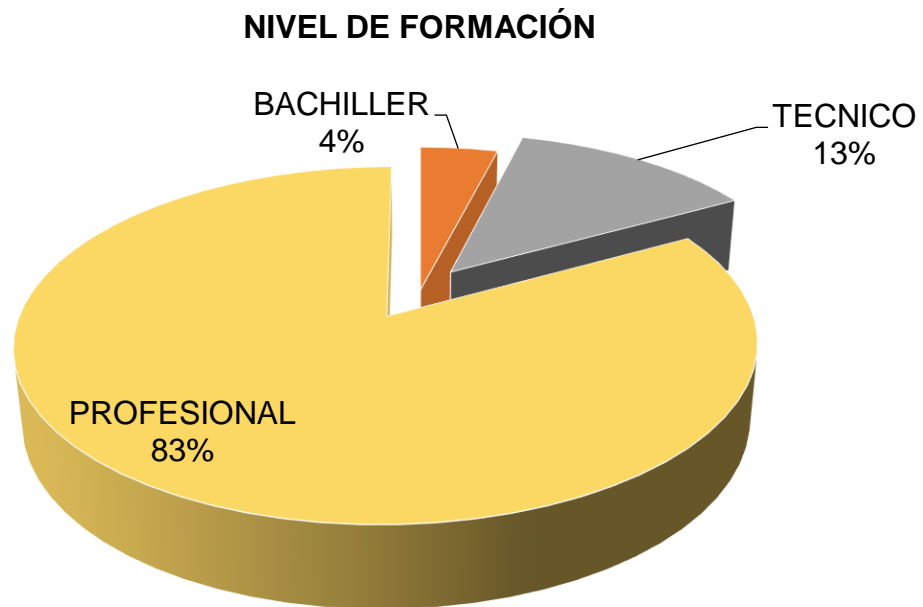
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	VALOR
Trato humanizado	Asistencia y Tratamiento efectivo donde la persona atendida es escuchada y respetada por el personal relacionado con la atención al habitante de calle.	Conocimiento	Nivel de formación.	Cualitativa	Nominal	Profesional Tecnólogo Técnico Bachiller
		PROCESO CARITAS 1 y 3	Dedica tiempo para sí mismo.	Cualitativa	Ordinal	Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
		PROCESO CARITAS 2	Proporciona atención personalizada.	Cualitativa	Ordinal	Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
		PROCESO CARITAS 4 Y 5	Ofrece respeto Demuestra amabilidad Brinda cordialidad	Cualitativa	Ordinal	Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

		PROCESO CARITAS 6	Motivación durante la atención.	Cualitativa	Ordinal	Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
		PROCESO CARITAS 7	Brinda orientación durante la atención	Cualitativa	Ordinal	Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre
		PROCESO CARITAS 8	Explica los procedimientos Provee atención oportuna. Ofrece privacidad. Hace cumplir los derechos del habitante de calle.	Cualitativa	Ordinal	Nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

			Conoce alguna política o resolución sobre trato humanizado.	Cualitativa	Nominal	SI NO
			Reconoce las necesidades presentes del entorno.	Cualitativa	Ordinal	A B C D

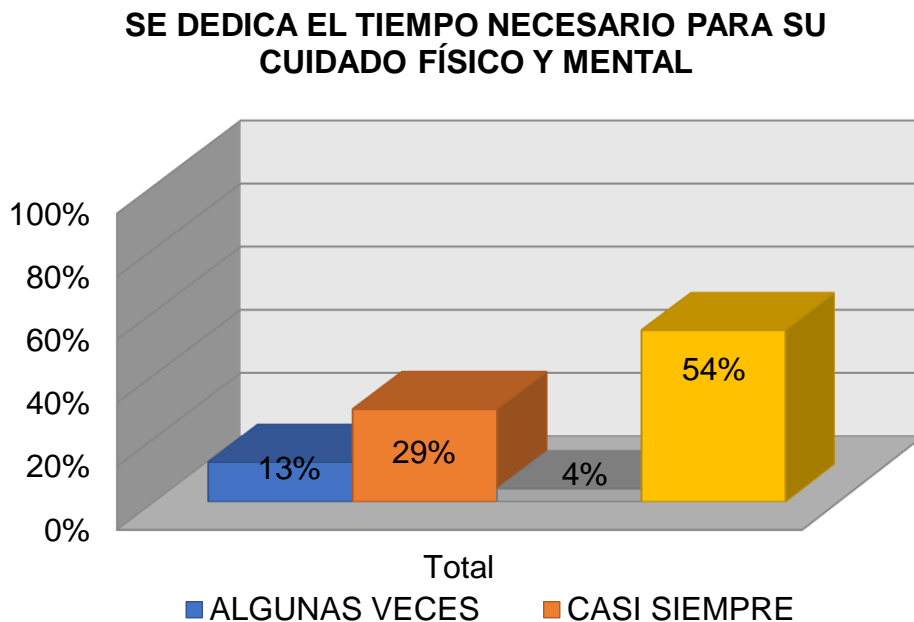
RESULTADOS

Figura 1



En este apartado se evidencia que el 83% de las personas encuestadas tienen un nivel de formación profesional, aspecto que resulta relevante frente a la atención que se puede brindar, en la medida que las personas en su mayoría cuentan con una formación universitaria con componente humano, el cual puede redundar en mayor calidad en los servicios prestados. Con referente al marco teórico este aspecto contribuye al proceso caritas 6 en la medida que el profesional contiene dentro de su formación el componente de resolución de problemas utilizando el método científico para la toma de decisiones.

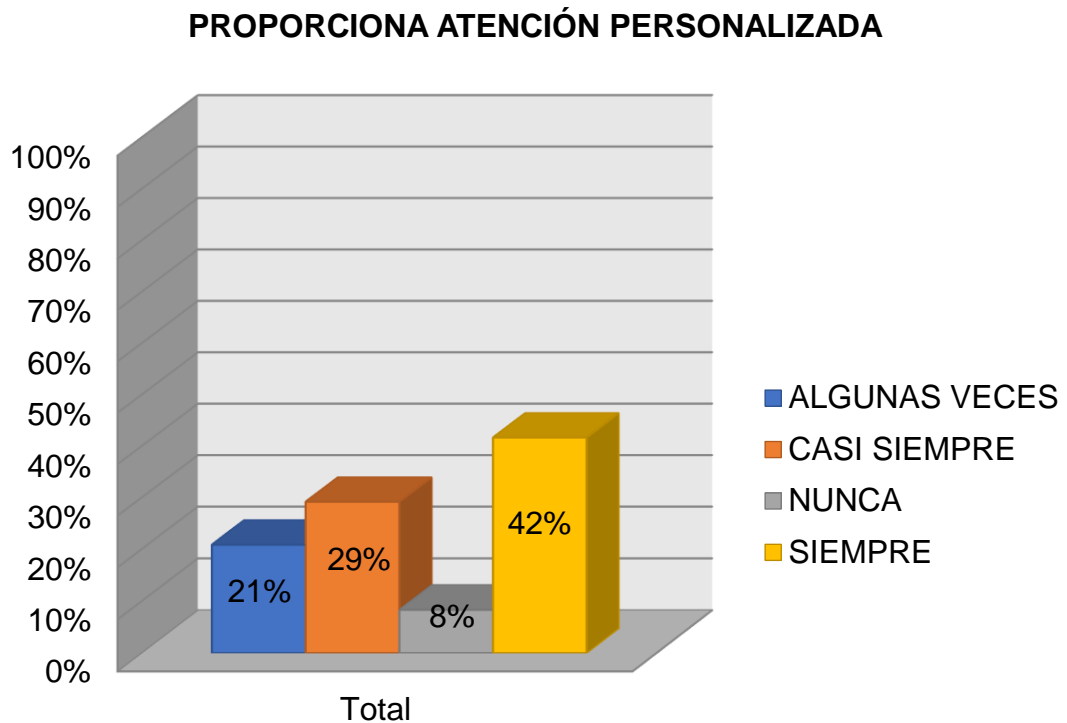
Figura 2



En consecuencia, de esta pregunta se pudo ver claramente que la mitad del personal encuestado equivalente al 54%, siempre dedica tiempo para su cuidado físico y mental, haciendo énfasis en la importancia del proceso caritas 1 y 3 mencionados, pues si no hay cultivo de las propias practicas espirituales, de la amabilidad y ecuanimidad propia, es complejo crear conexiones transpersonales con quienes se les esta brindado atención, impidiendo abrir los ojos al propio crecimiento espiritual de la vida y originando poca humanización dentro del contexto de cuidado propio y hacia los demás.

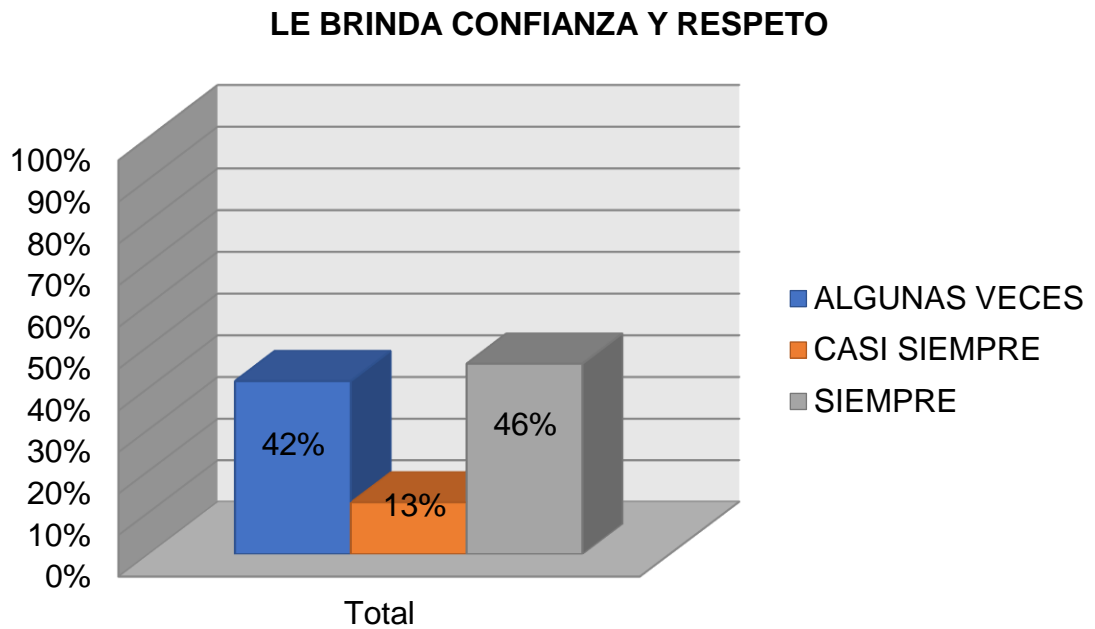
Sin embargo, es evidente que la otra mitad del personal encuestado se encuentra enmarcado dentro de las opciones de casi siempre (29%), algunas veces (13%) y nunca (4%) dedican tiempo para el cuidado físico y mental propio, lo que lleva a considerar que, dentro de las estrategias educativas para fortalecer el trato humanizado, se debe tener en cuenta este aspecto para reforzarlo como ítem de enseñanza-aprendizaje.

Figura 3



Se logra observar que los resultados encontrados en esta sección, reflejan imparcialidad entre las opciones presentadas, ya que el 42% siempre proporciona atención personalizada, mientras que el 29% refiere que casi siempre, 21% algunas veces y 8% nunca. Lo que lleva a considerar que el proceso caritas 2 se encuentra afectado implicando que, si no se cumple con este proceso, difícilmente se puede llegar a brindar un cuidado humanizado, pues para esto, se hace necesario comprender el propósito y la situación actual de quien está siendo atendido, abarcando su sistema cultural de valores y creencias haciendo de estas últimas las necesarias para generar fe y esperanza en cualquier momento de enfermedad o problema.

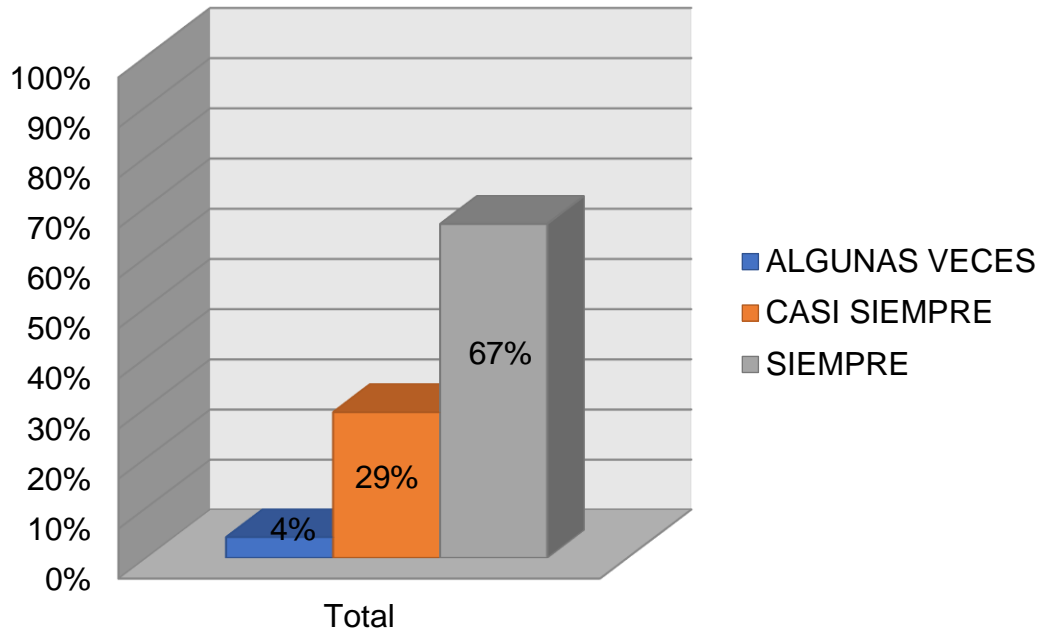
Figuro 4



En esta grafica se encuentra que el 46% del personal encuestado siempre brinda confianza y respeto al habitante de calle, 42% algunas veces y 13% casi siempre. En este sentido se comprende que más del 50% del personal no brinda confianza, pero si respeto al habitante de calle, logrando comprender que en esencia se está dando un cuidado humano dentro del paradigma transpersonal, pues si hay respeto, se crean relaciones de afecto como lo plantea el proceso caritas 4 y 5, se está siendo consciente de este cuidado y aunque no haya confianza por las diversas situaciones que se presentan en el momento de cuidado, la curación es completa y de calidad, permitiendo la sanación y el cuidado centrado en las relaciones interpersonales.

Figura 5

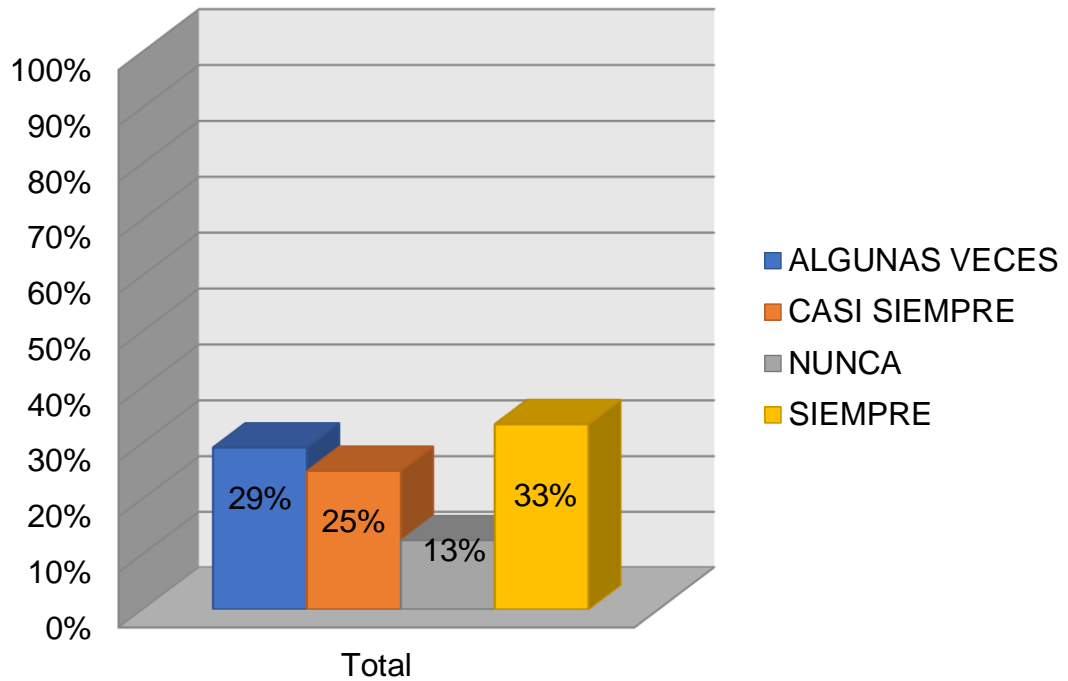
TRATA AL HABITANTE DE CALLE CON AMABILIDAD



En esta sección se evidencia que el 67% del personal encuestado siempre trata al habitante de calle con amabilidad, el 29% casi siempre y el 4% algunas veces. Esto representa que dentro del proceso caritas 4 y 5 el personal está sensibilizándose de las situaciones que viven los habitantes de calle, ya que la amabilidad implica conocer la dinámica afecto-cognitiva y su fenómeno de inconsistencia emocional, pues al entender esta, puede coexistir la tolerancia entre las relaciones interpersonales y así mismo existir amabilidad, generando momentos de cuidado transpersonal necesarios para brindar cuidado humanizado.

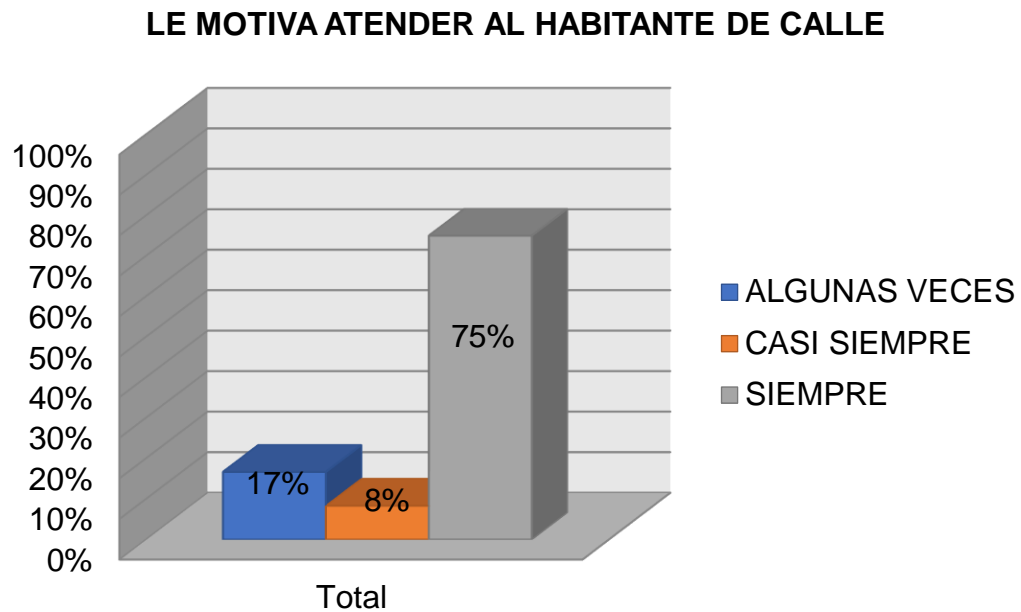
Figura 6

SE DIRIGE AL HABITANTE DE CALLE POR SU NOMBRE



En este apartado, se evidencia nuevamente imparcialidad entre las opciones presentadas, ya que el porcentaje de respuesta del personal encuestado es relativamente similar, donde en un 33% el personal siempre se dirige al habitante de calle por su nombre, el 25% casi siempre, el 29% algunas veces y 13% nunca. Visto de esta forma el dirigirse a una persona por su nombre demuestra el respeto que se tiene hacia él otro, por esta razón existe equivalencias entre esta pregunta y la gráfica número 3.

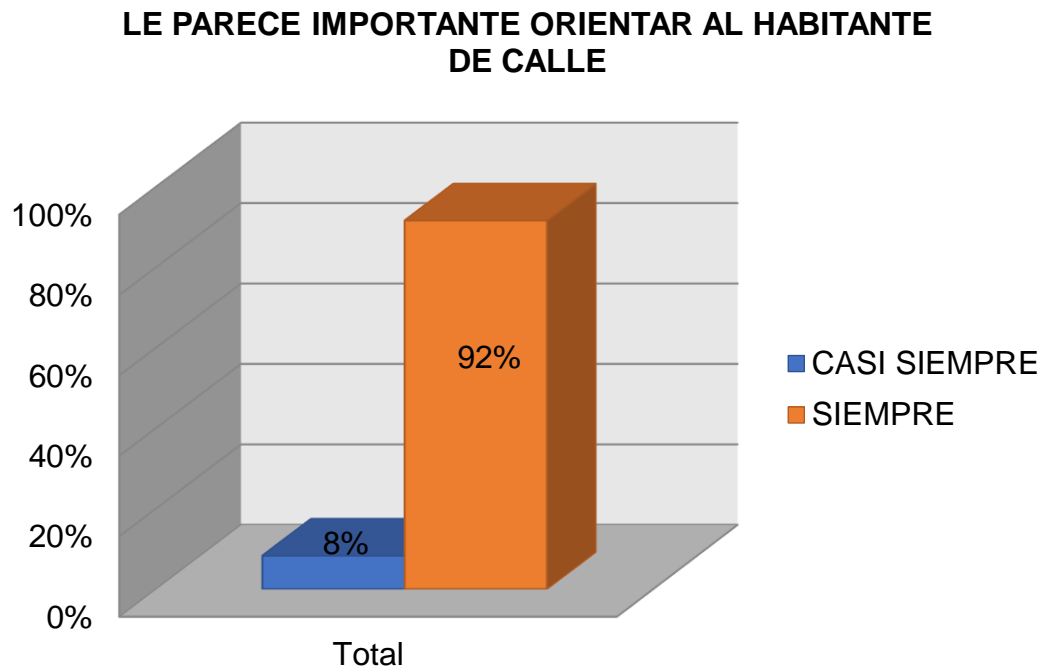
Figura 7



Del total de los encuestados, el 75% del personal respondió que siempre le motiva atender al habitante de calle, lo que resulta muy importante dentro de la relación de cuidado transpersonal y del proceso caritas 6, ya que si el personal es creativo con sí mismo, participando en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial, se evita el mecanicismo y sistematización de la atención, lo que se debe impedir garantizando cuidados efectivos, cambiando la imagen sistematizada de la atención y adquiriendo autoconfianza y autonomía por medio del desarrollo de un marco de conocimientos respecto al cuidado, lo que se logra solo si hay motivación por parte del personal.

No obstante, hay un porcentaje menor que corresponde al 17% del personal que respondió algunas veces y 8% casi siempre, mostrando que se debe hacer énfasis dentro de la estrategia educativa en este aspecto, ya que es muy importante que el personal se motive por la atención del habitante de calle; porque de otra manera es imposible garantizar un cuidado humanizado.

Figura 8

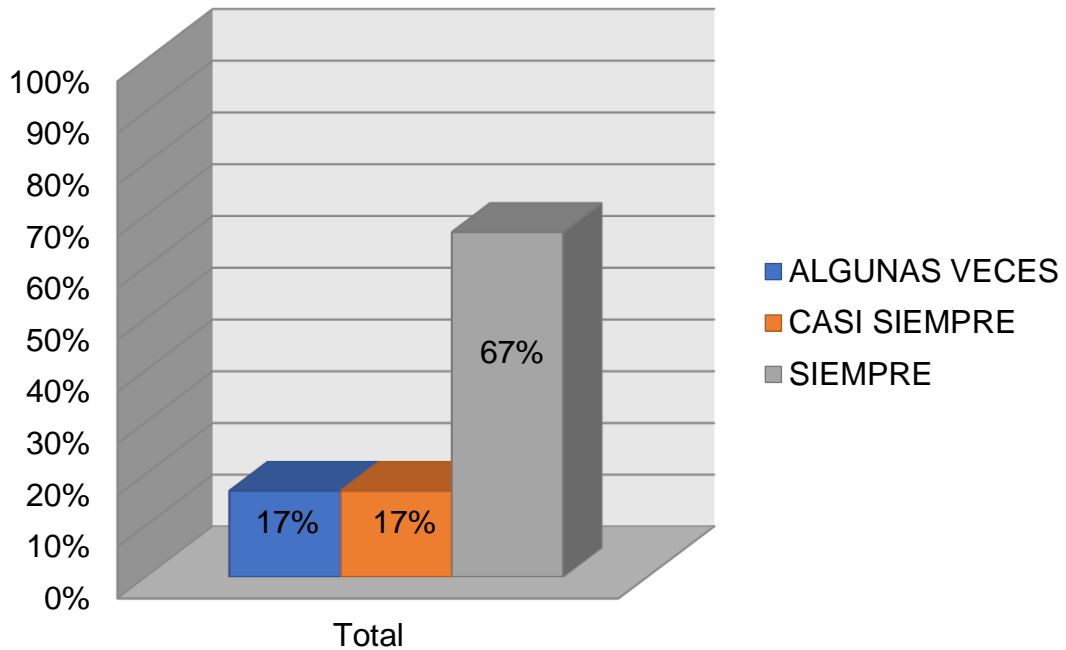


Entre la población encuestada se encontró que un amplio porcentaje correspondiente al 92%, siempre le parece importante orientar al habitante de calle, punto que es relevante ya que de esta manera se fomenta la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, logrando que no se siga informando, sin educar, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimiento.

Estos resultados indican que el personal tiene en su gran mayoría, la habilidad para enseñar, nutriéndose de las relaciones interpersonales que se forman durante el contacto transpersonal con esta población y que dentro del proceso caritas 7 se recalca.

Figura 9

**LE EXPLICA PREVIAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS AL
HABITANTE DE CALLE.**



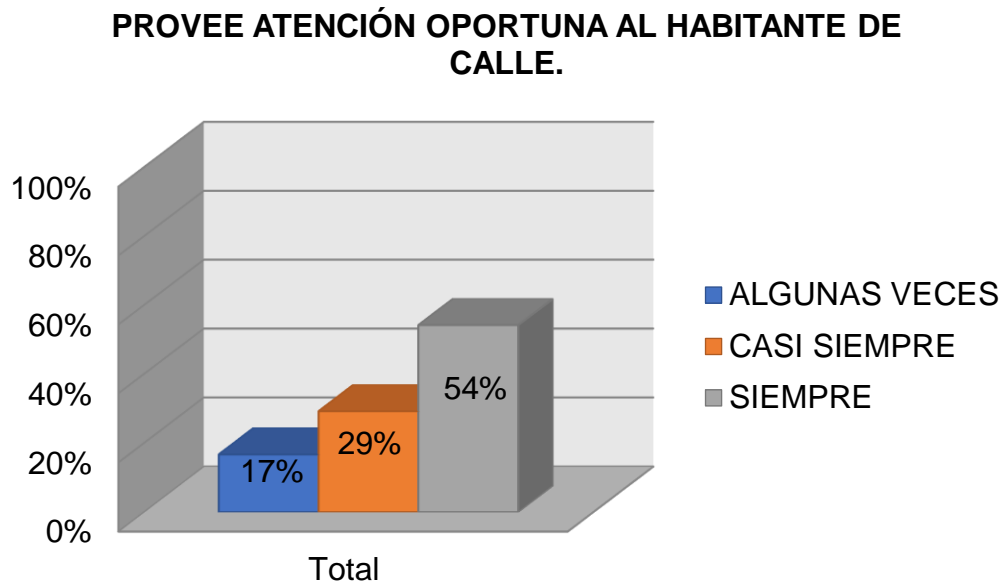
Dentro del mayor porcentaje de los encuestados el 67% del personal siempre explica previamente los procedimientos durante la atención, lo que produce entornos confortables dando confianza al habitante de calle, situación que resulta importante dentro de las medidas de comodidad y pautas básicas identificadas por Jean Watson y vistas por Florence Nightingale dentro del proceso caritas 8, pues plantean que preparar al paciente para que prevea su condición de salud y así mismo mejore su capacidad para aumentar el autocontrol, el autoconocimiento y respuestas autogeneradoras de las posibles alternativas, generaran una atención amena, con calidad y que permitirán dar cabalidad a su atención.

Por otro lado, en las opciones de casi siempre y algunas veces, hubo equidad de resultados arrojando un 17% de ambos porcentajes; esto representa que el entorno

donde se brindan los cuidados, aunque se ha reformado drásticamente en las últimas décadas, sigue siendo un poco inflexible y limitado por la tradición, los controles, los horarios y las rutinas para satisfacer las necesidades individuales de pacientes y familiares,³² por esta razón se hace implícito reestructurar los procesos de atención que se enseñan y establecen por las entidades encargadas de la atención a esta población, haciendo énfasis en las condiciones y situaciones que le impiden al personal dar una previa explicación de lo que va a realizar, como por ejemplo, modificando horarios, tiempo, lugares y los procesos de atención, siendo diferenciales para el habitante de calle.

³² WATSON, Op. Cit., p.130.

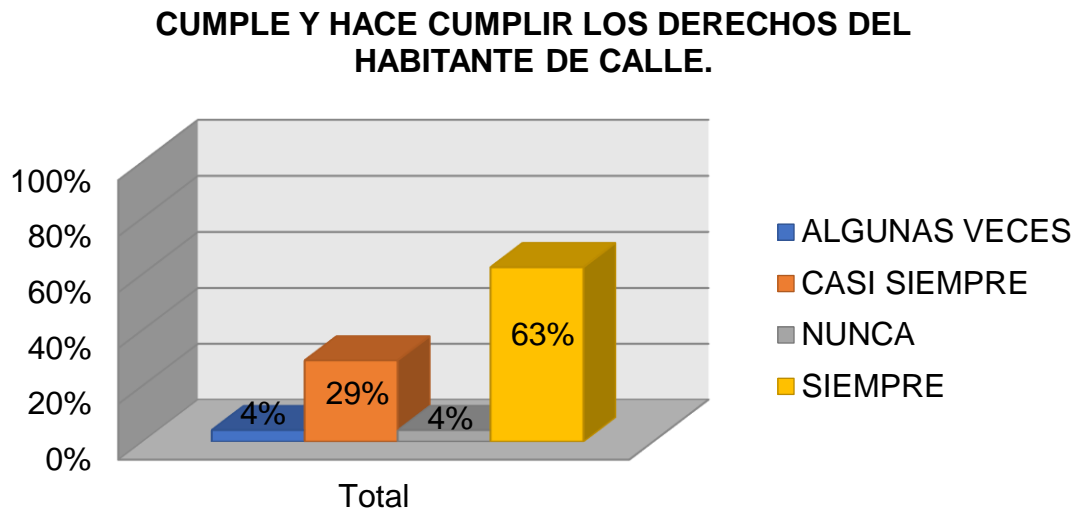
Figura 10



En cuanto a esta gráfica, se deduce que los servicios brindados al habitante de calle no son efectivamente provistos, pues dentro de las opciones solo el 54% respondieron que siempre, un 29% casi siempre y un 17% algunas veces. Esto dentro del proceso caritas 8, implica dentro del nivel de dignidad humana una vulneración al derecho a la salud y a la vida, pues se debe ofrecer una atención sin dilaciones y adecuada, rescatando los derechos y principios humanos de esta población, quitando todas aquellas etiquetas estigmatizantes que se puedan generar, sin olvidar que son seres humanos y que políticamente se encuentran resguardados.

También se hace necesario fomentar dentro de la red intersectorial de atención al habitante de calle, la creación de un sistema que mejore sus procesos asistenciales, en cuanto a los procesos de facturación de procedimientos y atención al usuario, puesto que esta es la puerta de entrada a los servicios que requiere esta población vulnerable y muchas veces no se les brinda dentro del contexto de oportunidad, precisamente por los modelos de atención tradicionales que tiene el sistema de salud Colombiano.

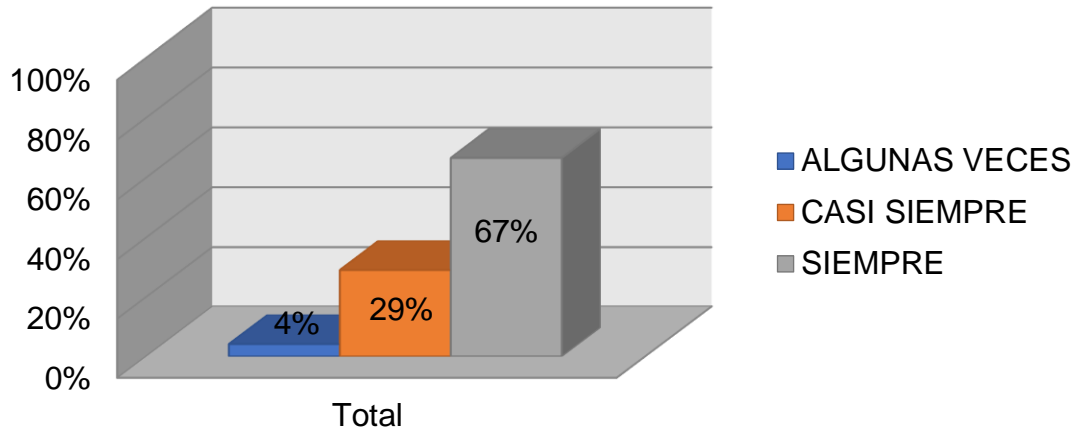
Figura 11



En la presente gráfica, se puede evidenciar que un 63% del personal encuestado cumple y hace cumplir los derechos del habitante de calle siempre, y un 29% casi siempre, lo que globalmente representa un personal que hace cumplir los derechos del habitante de calle como seres humanos, respaldando dentro del proceso caritas su dignidad humana, dándoles en gran parte confort, seguridad y hasta privacidad, lo que resulta importante para permitir relaciones interpersonales humanizadas, con amabilidad y respeto por el otro, comprendiendo la situación de lasitud que día a día vive esta población. Aunque los resultados para algunas veces y nunca es de 4%, se debe fortalecer la enseñanza y divulgación de la política social del habitante de calle, para que de este modo se conozcan e implemente todos los derechos que tienen, sin desconocer que de todas formas son seres humanos.

Figura 12

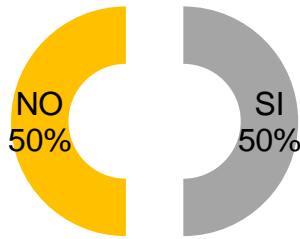
OFRECE PRIVACIDAD A LOS HABITANTES DE CALLE CUANDO LOS ATIENDE.



La siguiente grafica representa un 67% de personal que siempre ofrece privacidad a los habitantes de calle y un 29% casi siempre, indicando dentro del nivel de intimidad propuesto en el proceso caritas 8, que se está resguardando la dignidad humana de estas personas, cuidando de su integridad, pues la simple despersonalización durante la atención implica una violación a su intimidad, rompiendo lazos de asertividad necesarios para dar un trato humano y cortés.

Figura 13

**¿CONOCE USTED ALGUNA POLÍTICA O LEY QUE
TRATE SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO EN LOS
HABITANTES DE CALLE?**



En términos generales, se encuentra que hay una igualdad de respuestas entre las opciones presentadas, por lo que se puede inferir con respecto a la gráfica número 11 que se encuentra personal que cree conocer los derechos de los habitantes de calle sin tener presente cuales son las leyes o política que establece y ampara al habitante de calle. Debido a esto se hace explicita la necesidad de instruir y fortalecer el marco normativo al personal relacionado con la atención al habitante de calle, con el fin de poder brindar a esta población una atención que busca la garantía de la dignidad humana, con base a sus derechos y principios como seres humanos en igualdad de condiciones.

- **¿CUÁL?**

RTA: Ley 1641 de 2013

13 ¿QUÉ ENTIENDE POR ATENCIÓN HUMANIZADA?

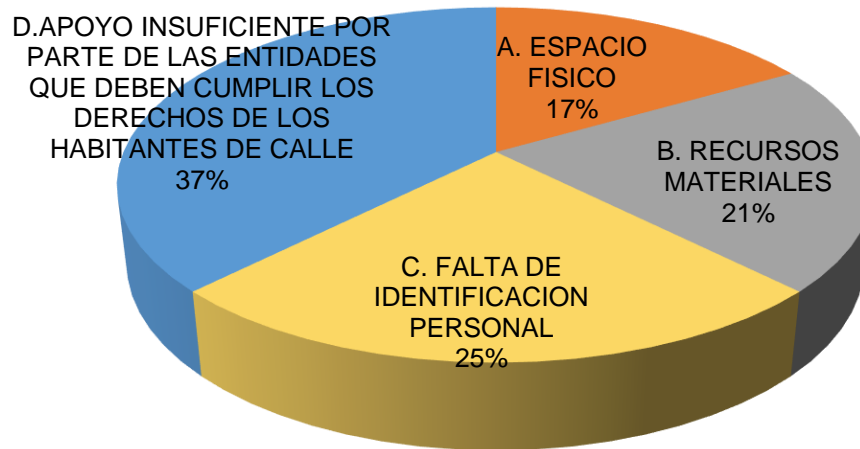
RTA:

CATEGORÍA	N° VECES REPETIDA	CATEGORÍA	N° VECES REPETIDA
Atención	12	Dignidad	3
Derechos	9	Discriminación	3
Trato	6	Necesidad	3
Oportuna	6	Respeto	2
Brindar	5	Amabilidad	2
Ayuda	4	Personalizada	2
Habitante de calle	4	Sociedad	2

Brindar una atención oportuna, donde el respeto, la amabilidad y la personalización de los cuidados ofrecidos, impidan la discriminación del derecho a ser tratados dignamente como personas pertenecientes a una sociedad, proporcionando la ayuda necesaria para suplir las necesidades que presentan al ser habitantes de calle.

Figura 14

¿QUÉ OBSTACULOS CREE QUE LE IMPIDEN BRINDAR ATENCIÓN HUMANIZADA?



En este apartado se evidencia que el 37% del personal encuestado considera que el apoyo insuficiente por parte de las entidades que deben cumplir los derechos del habitante de calle es el principal obstáculo que le impiden brindar atención humanizada, seguida de la falta de identificación personal con un 25%, los recursos materiales con un 21% y el espacio público con un 17%, lo que resulta impactante, puesto que el propio personal manifiesta que en primera medida la falta de apoyo por parte de las entidades sea partidaria de la no atención humanizada, convirtiéndose en un obstáculo para brindar atención de calidad y humana. Lo concerniente con el marco teórico contribuye a identificar dentro del proceso caritas 8 la imposibilidad de acoger a los habitantes de calle dentro de los niveles de comodidad, seguridad, privacidad y como resultado de todo esto la vulneración de la dignidad huma

UNIDAD DIDÁCTICA

TÍTULO: LA HUMANIZACIÓN COMO BASE DE CUIDADO

NIVEL:

Profesionales, técnicos y bachilleres.

PRIMERA JORNADA:

1 hora (Actividad de inicio – Actividad de desarrollo)

SESIÓN EDUCATIVA DIRIGIDA A:

Personal relacionado con la atención al habitante de calle.

SEGUNDA JORNADA:

45 minutos (Actividad culminatoria)

DOCENTES:

BLANCA GREGORIA MELO MELO

GERMAN IGNACIO PINZON ZAMORA

AUXILIARES DE INVESTIGACION:

María Camila Lozano Izquierdo

Yusly Dayana Rey Castro

Yeny Lorena Sandoval Vega

GRUPO:

Estudiantes Universidad de Cundinamarca, semillero NEMI VIVIR

INTRODUCCIÓN:

La humanización es clave en el cuidado y atención de la persona, por eso se debe tener en cuenta que no hay que restringir el cuidado a ningún ser humano; diversos estudios han revelado que en la actualidad se debe seguir promoviendo y elaborando diferentes Políticas Nacionales de Humanización basados en teoristas como la doctora Jean Watson que promueven la dignidad humana con el fin de poder brindar calidad y asegurar un buen trato a estos individuos, sobre todo en la población habitante de calle.

En busca de asumir un concepto ampliado sobre la atención que se les da a los habitantes de calle, se encontró reflejado el inmediatez por parte del servicio hacia estas personas, donde la negación, el aplazamiento o la demanda del servicio, ocasiona en esta población de calle el agravamiento de sus condiciones de salud generando inequidad social, lo que

interfiere con su estado psicosocial, su locomoción e imposibilitando la dinámica que llevan en la calle.

JUSTIFICACIÓN:

La presente unidad hace parte fundamental del trabajo “Trato humanizado brindado por el personal relacionado con la atención al habitante de calle en la ciudad de Girardot”, respondiendo al objetivo específico de diseñar una unidad didáctica que apoye el fortalecimiento del trato humanizado en el personal, donde se hace necesario recalcar que esta población aún tiene diferentes imaginarios, haciendo que el habitante de calle se sienta vulnerado y persistan de acudir a la prestación de servicios médicos y programas sociales; por tal razón, se debe hacer diferentes intervenciones que le brinden diversas herramientas y experiencias al momento de ofrecer una atención. Se debe realizar una educación continua para que se pueda lograr una satisfacción y cumplimiento de las carencias morales, sociales y físicas que se tengan en el manejo y atención del habitante de calle, dejando a un lado la exclusión social de esta población y mejorando sus condiciones de vida.

Es indispensable que durante la atención de los habitantes de calle se tenga en cuenta la humanización como punto de partida para obtener resultados favorables en cuanto a la participación de esta población en los sistemas de salud y gubernamentales, puesto que uno de los hechos más neurálgicos para prevenir enfermedades asociadas a las malas condiciones de vida de estas personas, es modificando las perspectivas y pensamientos del personal que los atiende, haciéndoles percibir que estas personas se deben tratar sin distinción de estrato, creencias o costumbres y es imprescindible entender que sus vidas son diferentes y de esa forma la quieren y la viven, es así, como el personal al mostrar actitudes de respeto, confianza, amabilidad, bondad, amor, compasión y reflexión sobre las acciones que realiza, hará que el habitante de calle se acerque a él, buscando un abrigo que lo cure y lo ayude en su enfermedad; pudiendo encontrar en los servicios de salud y los programas de promoción y prevención un aliado para luchar contra las adversidades del día a día.

De esta manera, se hace necesario alcanzar un nivel de conciencia más alto, donde la sensibilidad es fundamental para el crecimiento y la madurez espiritual que dentro de la filosofía de cuidado humano de la doctora Jean Watson protege la dignidad humana,

haciendo posible la creación de intereses más profundos por esta población, los cuales van más allá de una simple eliminación de la enfermedad.

Por esta razón, el fortalecimiento de los procesos caritas que se deben trabajar, encontrados en los resultados de la presente investigación, de entre los cuales estaba: el cuidado hacia uno mismo, el cultivo hacia las propias practicas espirituales, la ecuanimidad, el involucrar el sistema de valores y creencias propias y del otro para mejorar las relaciones transpersonales, el establecimiento de relaciones de ayuda/confianza y la promoción de entornos curativos, se buscará generar en este personal el compromiso moral, intencionalidad y la conciencia caritas para conectarse con el espíritu de otros de forma genuina, haciendo del trato lo más humanamente concebible en una relación de cuidador y persona cuidada.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Fortalecer el trato humanizado por parte del personal relacionado con la atención al habitante de calle, mediante la implementación de estrategias educativas a partir del diseño de la presente unidad didáctica al personal de la mesa intersectorial y la red de atención del habitante de calle del municipio de Girardot para promover un aprendizaje autónomo capaz de desarrollar conocimiento, cuidado y control necesario en la atención de esta población.

Objetivos Específicos:

- ✓ Sensibilizar al personal acerca de la importancia de involucrar el sistema de valores y creencias de uno mismo y del otro, mediante el cultivo de prácticas espirituales para el fortalecimiento del cuidado humano.
- ✓ Identificar las diferentes herramientas políticas, económicas y sociales que puedan garantizar entornos curativos, estableciendo relaciones de ayuda/confianza.

CONTENIDOS

Conceptuales:

EL TRATO HUMANIZADO

Es un tipo de asistencia realizada durante el cuidado, con el fin de ser más efectivo, escuchado y respetado al habitante de calle por parte del personal que lo atiende, buscando mantener como bien lo menciona la doctora Jean Watson en su teoría del cuidado humano el mantener una *“armonía entre mente, cuerpo y alma a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador”*.³³

CARATIVO: Proviene de la palabra curativo, que crea la teorista Jean Watson para hacer referencia al cuidar humanamente dentro de una actitud solidaria que abarca el campo fenomenológico que plasma la autora.

Lo anterior hace referencia a que el cuidado debe ir de la mano de la humanización, permitiendo la orientación del trabajo en salud, considerando a este en su totalidad personal y tratando de ofrecerle una asistencia integral que satisfaga las dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y espirituales del individuo.

Lo que diferencia al personal que labora en el campo de la atención es precisamente que se trabaja CON SERES HUMANOS, que cuando se encuentran en estado de enfermedad, vulnerabilidad y demás, su “moral” está en bajo nivel, es cuando la persona necesita más amor, comprensión y ayuda psicológica; lo importante no es tanto lo que se hace por ellos sino como lo hacemos, no se trata entonces, de un simple acto, de un quehacer, sino que hay que ir más allá.

Como Watson sugiere, es poder involucrar un entorno de cuidado que ofrezca el desarrollo potencial de mejorar las acciones que se están tomando al brindar atención al habitante de calle, puede contribuir con la realización de un lazo afable que permita la comunicación asertiva entre el personal que atiende y habitante de calle, donde las perspectivas e ideas en este sean solventadas en pro del desarrollo físico y emocional de este tipo poblacional, fortaleciendo la confianza y seguridad durante el momento de cuidado, lo que permitirá que el habitante de calle sea participe de las diferentes redes de apoyo tanto sanitarias como gubernamentales.³⁴ Hay que recordar que al brindar trato humanizado también nos

³³ WATSON, Jean. Enfermería: La filosofía y la ciencia del cuidado (Edición revisada). Cuidar de los clásicos de enfermería: un recurso esencial, 2013, p. 35

³⁴ BURGOS, Gonzáles; MARTÍNEZ, J. Quintero. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. 2009. Tesis Doctoral. Tesis de Licenciatura]. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.

estamos enriqueciendo personalmente. Por lo que hagamos hoy, seremos recordados mañana.

Como bien se mencionaba anteriormente, el personal quien es la persona encargada de esa atención oportuna, es quien más debe permitirle al habitante de calle sentirse bien, recibir confianza y demás, pero para esto es necesario que esta persona pueda estar bien consigo misma para que su cuidado no se vea involucrado por las acciones que tome. Por otro lado, el personal que sigue este proceso, en los momentos de cuidado está utilizando todas las habilidades, conocimientos, recursos y formas de conocimiento, es necesario por lo tanto mencionar lo siguiente:

EL CUIDADOS DE SI MISMO

Hace relación a poder cultivar la conciencia y la sabiduría de estar alineado con el propio espíritu, lo que puede generar una conexión transpersonal que es mucho más grande que el ego; permitiendo abrir los ojos al propio crecimiento espiritual de la vida, evitando ser inhumano y logrando tener un mejor cuidado propio y de los demás. Esto debido a que, si no se cultiva el propio crecimiento espiritual, la percepción y la atención plena, se pueden caer en el error de volvernó duros, frágiles, cerrar nuestra compasión y el cuidado de nosotros mismos y de los demás.

LA SENSIBILIDAD

Con demasiada frecuencia nos permitimos recapacitar nuestros pensamientos, pero no sentir nuestros sentimientos. La forma principal de desarrollar la sensibilidad y la necesidad de prácticas espirituales es prestar atención a nuestros sentimientos y pensamientos, tanto dolorosos como felices. Necesitamos reconocer las imágenes mentales que tenemos en nuestra mente y nuestra conciencia y que llevamos con nosotros.

A medida que adoptamos alguna práctica espiritual para conectarnos con el yo interior y el mundo de la vida interior, nos abrimos a aquello que va más allá de la dimensión física del mundo exterior. Luego buscamos una fuente superior/más profunda de sabiduría interior y nuestras propias verdades.

Mucha gente no alcanza su potencial, suelen buscar soluciones fuera de sí mismos. Pero la fuente de madurez, sabiduría, reflexión, percepción y atención plena para desarrollar una conciencia evolucionada está dentro. Comenzar es mirar hacia adentro, no tener miedo del lado de la luz y la sombra de nuestra humanidad; lo que nos hace más profundamente humanos es hacer contacto, honrarnos y ofrecernos bondad a nosotros mismos, incluso aquellos aspectos que tememos o no nos gustan. Sin prestar atención a este aspecto del cuidado y la conciencia de Caritas no hay crecimiento, y tendremos un éxito limitado en el trabajo con la humanidad de los demás si no podemos aceptarnos y amarnos a nosotros mismos primero. Este proceso de desarrollo espiritual continuo es la base para el cuidado, la compasión y las conexiones transpersonales de persona a persona con otro.

Esta dimensión y proceso nos ayudan a “ver” quién es la persona llena de espíritu lejos de los elementos físicos externos, más allá del paciente, el diagnóstico, etc. Uno debe ser capaz de conectarse, ver y aceptar que todos los sentimientos y pensamientos se elevan y desaparecen continuamente. Sin embargo, a través de esta práctica y proceso podemos experimentar la realidad de que tenemos sentimientos y pensamientos, pero que no definen quiénes somos.

EJERCICIO DE MEDITACIÓN

Como bien se conoce, el personal puede estar expuesto a muchos factores que afectan la interacción con el otro, por tanto es importante trabajar desde sí mismo como pieza personal y profesional de trabajo, con el fin de poder adquirir herramientas y habilidades para equiparse y poder invocar esa conciencia, siendo profunda y transcendental, esto es lo que permite adquirir la meditación; Watson menciona que es un proceso que brinda la oportunidad de encontrarse hacia sí mismo y a desarrollarse personalmente, así que este tipo de ejercicio es otra forma de entrar y cultivar hacia uno mismo y hacia los demás el espíritu. El ejercicio también puede servir como un punto de partida y una guía continua para mantener tales prácticas de curación cuidadosa.

Esta forma de meditación se recomienda porque es directamente relevante al personal que se prepara y que apoya para estar presentes y atentos en el trabajo de curación y cuidado como lo es con los habitantes de calle. Está estrechamente relacionado con

aprender a vivir el Teoría de ser / convertirse en la conciencia de Caritas que deseamos ser.

Por lo tanto, es importante encontrar formas de cultivar una conciencia de Caritas: bondad amorosa y ecuanimidad si se quiere autenticar, la meditación consciente es un enfoque atemporal que tiene una duración y profundas experiencias para el practicante y su trabajo en el mundo. Por lo tanto, esta práctica conduce a la transformación de uno mismo en un profundo nivel; la transformación de los profesionales es necesaria antes de que los sistemas pueden ser transformados.

LEY 1641 DEL 12 DE JULIO DE 2013

Artículo 2: Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

a) Política pública social para habitantes de la calle: Constituye el conjunto de principios, lineamientos, estrategias, mecanismos y herramientas que orientarán las acciones del Estado colombiano en la búsqueda de garantizar, promover, proteger y restablecer los derechos de las personas habitantes de la calle, con el propósito de lograr su rehabilitación y su inclusión social.

b) Habitante de la calle: Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar.

c) Habitabilidad en calle: Hace referencia a las sinergias relacionales entre los habitantes de la calle y la ciudadanía en general; incluye la lectura de factores causales tanto estructurales como individuales.

d) Calle: Lugar que los habitantes de la calle toman como su residencia habitual y que no cumple con la totalidad de los elementos para solventar las necesidades básicas de un ser humano.

Artículo 5°. Principios de la política pública social para habitantes de la calle.

La política pública social para habitantes de la calle se fundamentará en el respeto y la garantía de los derechos y libertades consagrados en la Constitución Política, el enfoque diferencial por ciclo vital, priorizando niños, niñas y adolescentes y, de manera especial, en los principios de:

a)-Dignidad Humana: La dignidad, o «cualidad de digno», hace referencia al valor inherente al ser humano por el simple hecho de serlo, en cuanto ser racional, dotado de libertad. No se trata de una cualidad otorgada por nadie, sino consustancial al ser humano.

35

Artículo 8°. Componentes de política pública. Son componentes de la política pública, entre otros, los siguientes:

- a) Atención Integral en Salud;
- b) Desarrollo Humano Integral;
- c) Movilización Ciudadana y Redes de Apoyo Social;
- d) Responsabilidad Social Empresarial;
- e) Formación para el Trabajo y la Generación de Ingresos;
- f) Convivencia Ciudadana.

Artículo 9°. Servicios Sociales. Para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle, el Ministerio de Salud, o quien haga sus veces, tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 4° de la presente ley. El Ministerio de Salud, o quien haga sus veces, y los entes territoriales, diseñarán e implementarán los servicios sociales para las personas habitantes de calle a través de programas piloto o por medio de la réplica de experiencias exitosas para el abordaje de habitabilidad en calle provenientes de otros entes territoriales.

Parágrafo. Los servicios contemplados en salud serán amparados y cobijados con lo ya existente en el Plan Obligatorio de Salud.

³⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1641 (12 de julio de 2013). Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC.

Artículo 11. Corresponsabilidad. La política pública social para habitantes de la calle y los servicios sociales deberán generar estrategias, mecanismos y acciones de corresponsabilidad entre la sociedad, la familia y el Estado para disminuir la tasa de habitabilidad en calle.

Artículo 12. Vigilancia. Las Personerías Municipales y Distritales, con el apoyo de la Defensoría del Pueblo, ejercerán la vigilancia del cumplimiento a lo ordenado en la presente ley. La Procuraduría General de la Nación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en lo que corresponda, presentarán un informe anual a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes de Senado, Cámara de Representantes, las cuales sesionarán de manera conjunta para tal efecto, sobre la implementación de la política pública social para habitantes de la calle.

En cuanto a la jurisdicción interna colombiana y las medidas de protección de derechos desde las garantías jurídicas, se cuenta en principio con la Constitución Política de 1991, cuyo artículo 1° establece: “Colombia es un Estado social de derecho (...) fundada en el respeto de la dignidad humana, (...) y en la prevalencia del interés general”.³⁶

Según la ONU entiende la Dignidad Humana como un valor prejurídico universal, que todas las naciones reconocen. La dignidad del hombre se basa, según el concepto heterónimo, en la elección de una vida moralmente buena. Quien escoge otra vía pierde el sentido de la vida, y con ello, también su dignidad como hombre.

La Dignidad Humana es una condición de la posibilidad de cada ordenamiento jurídico. Esto no implica ni la obligación del gobierno de proteger la Dignidad Humana, ni la obligación jurídica de salvaguardar la Dignidad Humana para cada hombre. La Dignidad Humana es el principio fundamental de los derechos básicos, a no ser que éstos comprendan un contenido de derecho humano. El principio de la Dignidad Humana tiene consecuencias para el reconocimiento de la subjetividad del Derecho.

³⁶ COLOMBIANA, Corte Constitucional. Constitución política de Colombia. *Bogotá: Legis, 1991.*

DIGNIDAD HUMANA EN EL HABITANTE DE CALLE: Para trabajar sobre las condiciones humanas de los habitantes de calle y sus precarias formas de vida desde la óptica de derechos humanos, se hace indispensable considerar sus recursos económicos, ya que estos representan la accesibilidad, o no, a bienes y servicios que posibilitan la satisfacción de necesidades básicas y facilitan el desarrollo de una vida digna.

Por otro lado, la pobreza de quienes viven en la calle es altamente lesiva del derecho a la igualdad y de la dignidad humana y llamó la atención acerca de que, más allá del plano individual, la Constitución se refiere a la protección de grupos, lo que pone de manifiesto la existencia de desigualdades y de discriminaciones estructurales que erigen a las condiciones socioeconómicas en un criterio sospechoso de discriminación, por lo cual el escrutinio de la constitucionalidad debe ser intenso.

A su vez las condiciones socioeconómicas hacen de que el ciudadano habitante de calle se adapte a condiciones de vida alejada de los espacios más elementales para el cubrimiento de sus necesidades, como son el baño, la ducha, un lugar para descansar, elementos de aseo, un plato de comida. A la vez, sus espacios de sociabilidad se ven limitados, lo que reafirma y reproduce la “cultura de la calle”, encontrándose apartados de círculos de interacción con hábitos saludables, de desarrollo y participación social, expuestos a la inclemencia del clima, a condiciones de inseguridad y de escasez, que los lleva a una forma de vida rústica, en la que su aspecto humano es cubierto por la mugre, con lo cual pasan a ser identificados como una amenaza para la sociedad y un residuo normal o cotidiano en el orden actual de las cosas.

b) **Autonomía Personal:** Es la capacidad de valerse por sí mismo en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Se trata de actividades que se realizan de forma cotidiana y cuya práctica es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y adaptada a su entorno. Así mismo, se incluyen actividades más complejas, pero de igual o mayor importancia para mantener un funcionamiento normalizado como son el control sobre la propia salud, realización de curas, uso de los recursos sanitarios etc.

AUTONOMIA PERSONAL EN EL HABITANTE DE CALLE: Los habitantes de calle son críticos respecto a sus condiciones, marcando que la calle no es una opción de vida para nadie, porque en ella se sufre. El reconocimiento de derechos es planteado más a partir

de las carencias que de un conocimiento detallado sobre estos; a la vez, definen los derechos humanos como esa ayuda que le falta a las personas con mayor vulnerabilidad social, por considerarlos una oportunidad de cambio, de recuperación de sus vidas, y como algo que merecen como seres humanos y como colombiano.

La percepción de los ciudadanos habitantes de calle sobre derechos humanos, exclusión social y política pública permite apreciar su discernimiento sobre la precariedad y deshumanización que reciben por el hecho de habitar en la calle.

c) Participación Social: Es la intervención de los ciudadanos en la toma de decisiones respecto al manejo de recursos, programas y actividades que impactan en el desarrollo de la comunidad. La Participación Social es un legítimo derecho de los ciudadanos y no una concesión de las instituciones.

PARTICIPACION SOCIAL EN LOS HABITANTES DE CALLE: El habitar en la calle no solo los discrimina por sus condiciones o sus aspectos, sino que también los limita a ser partícipes socialmente, pues la escasa identificación de sus derechos, no les permite tener sus necesidades materiales básicas satisfechas, haciendo que sus prioridades se centren en la suplencia inmediata de sus carencias y no en los amparos de la ley para poder suplirlos.

d) Solidaridad: Es aquel sentimiento o también considerado por muchos un valor, a través del cual las personas se sienten y reconocen unidas y compartiendo las mismas obligaciones, intereses e ideales y conformando además uno de los pilares fundamentales sobre los que se asienta la ética moderna.

SOLIDARIDAD CON LOS HABITANTES DE CALLE: Los habitantes de la calle son personas que experimentan identidad y pertenencia con el espacio que les sirve de hábitat: “la calle”, circunstancia que les permite establecer interacciones con otros actores sociales que los aceptan o no, visibilizándolos o invisibilizándolos según el tipo de relación que se establezca. Sin embargo, los vecinos y el sistema público de atención al habitante de la calle constituyen los mecanismos que otorgan mayor cantidad de bienes y servicios al

habitante de calle, destacándose el esfuerzo que realiza el sistema público de atención para incentivar la búsqueda de procesos de afiliación o resocialización o reducción del daño del habitante de calle.

e) Coordinación, concurrencia y subsidiariedad entre los diferentes niveles de la Administración Pública.

Parágrafo. Con el apoyo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se priorizará la atención de niños, niñas y adolescentes en estado de indefensión y vulnerabilidad manifiesta para su oportuna y temprana rehabilitación e inserción en la sociedad, a través de su capacitación y posterior vinculación en el sistema productivo social.³⁷

Actitudinales:

Personal relacionado con la atención al habitante de calle deberán implementar aptitudes y actitudes como:

Actitudes:

- Responsabilidad.
- Confianza.
- Optimismo.
- Motivación.
- Respeto

Aptitudes:

- Trabajo en equipo.
- Liderazgo.
- Disponibilidad.

TECNICA DIDÁCTICA DE LA SESIÓN EDUCATIVA:

³⁷ COLOMBIA, Ley. 1641 de 2013, por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones, 48.849 Diario Oficial, 12 de julio de 2013.

TALLER EDUCATIVO

En enseñanza, es una metodología de trabajo en la que se integran la teoría y la práctica. Se caracteriza por la investigación, el aprendizaje por descubrimiento y el trabajo en equipo que, en su aspecto externo, se distingue por el acopio de material especializado acorde con el tema tratado teniendo como fin la elaboración de un producto tangible. Un taller es también una sesión de entrenamiento o guía de varios días de duración. Se enfatiza en la solución de problemas, capacitación, y requiere la participación de los asistentes.

El trabajo por talleres es una estrategia pedagógica que además de abordar el contenido de una asignatura, enfoca sus acciones hacia el saber hacer, es decir, hacia la práctica de una actividad. En esencia el taller “se organiza con un enfoque interdisciplinario y globalizador, donde el profesor ya no enseña en el sentido tradicional; sino que es un asistente técnico que ayuda a aprender. Los alumnos aprenden haciendo y sus respuestas o soluciones podrían ser en algunos casos, más válidas que las del mismo profesor. Puede organizarse con el trabajo individualizado de alumnos, en parejas o en pequeños grupos, siempre y cuando el trabajo que se realice trascienda el simple conocimiento, convirtiéndose de esta manera en un aprendizaje integral que implique la práctica.

ACTIVIDADES:

Actividad de inicio

ACTIVIDAD N: 1

TITULO: PIENSA Y CREE EN TI MISMO.

DURACIÓN: 25 minutos

METODOLOGÍA: Se les pedirá a los asistentes que tomen una posición cómoda y que inhalen profundamente y luego exhalen lentamente (repetir este proceso 3 veces), después se les pedirá que cierren los ojos, escuchen y presten mucha atención al video que se les presentara (Deepack Chopra día 4 reto meditación creando abundancia: https://www.youtube.com/watch?v=il_Ajk75-bQ&ab_channel=PreventorEmocional); esto se podrá hacer vía remota o presencial como lo amerite la situación, después del video se les pedirá que reflexionen acerca de lo que escucharon y finalmente que participen dando sus respectivas conclusiones.

Las preguntas que se realizaran son las siguiente:

1. De acuerdo a las acciones en su vida diaria: ¿consideras que estas aportando valor a los demás?
 - ¿Provocas compromiso en cualquier interacción en la que participas?
 - ¿Creas un ambiente de apoyo y de impulso?
 - ¿Consideras las fortalezas y áreas de mejora de los demás?

2. ¿Está invirtiendo en usted?
 - Piensa: ¿Cómo se ve a sí mismo? Y ¿Cómo lo ven los demás?
 - Actúa: ¿Qué vas a hacer para aprovechar tus fortalezas? y ¿Qué vas hacer para dejar la huella que tú quieres?

3. ¿Le interesa de verdad los demás?: ¿Qué respuesta obtendrán si se plantea con respecto a usted?
 - ¿Puedo confiar en usted? y ¿Puedes ayudarme?

Actividad de desarrollo

ACTIVIDAD N 1

TITULO: EL USO DE LA COMPRENSIÓN PARA ENTENDER LA VIDA DEL OTRO.

DURACIÓN: 5 minutos

METODOLOGÍA: La siguiente actividad se podrá ejecutar vía remota o presencialmente de la siguiente manera:

Vía remota: En primer lugar, se les pedirá tener a la mano una hoja de papel y un lapicero, después se proyectará una imagen de una mujer habitante de calle (Anexo 1), en la cual se dará la instrucción de observarla y analizarla, esta se dejará por dos minutos y posteriormente se les pedirá que dibujen o escriban lo que les sugiere esa imagen.

Presencial: A cada participante se le dará una hoja idéntica de una imagen de una mujer habitante de calle (Anexo 1), a continuación, se les pedirá que la observen y dibujen o escriban lo que les sugiere esa imagen.

Una vez todos lo hayan hecho en una hoja aparte, se les preguntara lo: ¿Tiene la culpa de la situación en la que esta?, ¿Consideran tener la autoridad para decidir sobre lo que le deba pasar o lo que necesite? ¿Si usted conociera que esta persona realizara una actividad bajo alguna creencia que para usted puede ser ilógica, respetaría la toma de decisiones de ella? Después, se les dará un minuto para que analicen cada una de estas preguntas y finalmente poder entablar una charla reflexiva donde explicaran sus interpretaciones y se les dejara como mensaje “*LAS CREENCIAS SON EL MOVIL DE LA ACTIVIDAD HUMANA*” (José Ingenieros).

ACTIVIDAD N 2

TITULO: NUNCA SABRAS DE QUIEN VENDRA LA AYUDA

DURACIÓN: 15 minutos

METODOLOGÍA: Se les pedirá a los participantes que analicen las siguientes preguntas ¿Puede llegar a confiar en un habitante de calle? ¿Usted cree que nunca podría recibir la ayuda de alguien que vive en la calle? ¿Qué piensa del refrán caras vemos, corazones no sabemos? A continuación, se presentará un cortometraje (Café Frances <https://www.youtube.com/watch?v=bG0N7lhhb28>), al finalizar el cortometraje se les realizara nuevamente las mismas preguntas y se les pedirá que reflexionen acerca de si cambiaron de opinión con respecto a lo que pensaban antes de ver el video y explicar por qué.

Actividad culminatoria

ACTIVIDAD N: 1

TITULO: APRENDAMOS SOBRE LA NORMATIVIDAD DEL HABITANTE DE CALLE.

DURACIÓN: 20 minutos

METODOLOGÍA: se presentaran dos videos educativos realizados por el grupo que implemente la actividad, en los cuales se dará a conocer en uno la normatividad relacionada con el habitante de calle como lo es la “Política Publica Social del Habitante de Calle” y otro en relación a la Ley 1641 del 2013, partiendo de estos videos se diseñara por parte del grupo un quiz en una plataforma interactiva si es vía remota y si es de manera presencial se les entregara el respectivo quiz en físico, con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos por la normatividad.

ACTIVIDAD N: 2**TITULO: DETRÁS DE TI ¿QUIÉN?****DURACIÓN: 10 minutos**

METODOLOGÍA: Para finalizar se realizará un dramatizado por algunos de los integrantes del Semillero NEMI VIVIR donde representará el papel de habitante de calle, la obra será ambientada con una canción melódica (https://www.youtube.com/watch?v=6qvnkmny5-I&ab_channel=M%C3%BAAsicaParaVideos) mientras el estudiante se dirige a mirarse frente al espejo y empieza a retirarse las prendas, al terminar se dará cuenta la audiencia que la persona que estaba detrás del habitante de calle es un profesional (Ejemplo: Enfermero, abogado, estudiante, etc.). A continuación, se dará una reflexión sobre en realidad ¿quién está detrás de ti? y con esto se finalizará el tema. (Se anexa video guía específico para la actividad. [Link](#)).

ACTIVIDAD N: 3**TITULO: REFLEXIONANDO LO APRENDIDO****DURACIÓN: 15 minutos**

METODOLOGÍA: Al finalizar se hará una evaluación reflexiva donde el personal describa los conocimientos adquiridos durante la jornada, mediante la pregunta ¿Creen que deben mejorar en los aspectos relacionados con el trato que les brindan a los habitantes de calle?; luego se aplicará el instrumento de la fase I del trabajo sobre “Trato Humanizado brindado por el personal relacionado con la atención al habitante de calle en la ciudad de Girardot” (Anexo 2), con el fin de identificar si mejoraron los aspectos débiles que se encontraron en esta fase.

MATERIALES Y RECURSOS:**Recursos humanos:**

- Estudiantes del programa de enfermería de la Universidad de Cundinamarca del semillero NEMI.
- Docentes del semillero NEMI del programa de Enfermería.

Recursos físicos:

- Papel

- Lápiz
- Fotografías para la actividad 2 de desarrollo
- Disfraz habitante de calle y otras profesiones
- Espejo cuerpo completo
- Maquillaje
- Pañitos húmedos

Recursos tecnológicos

- USB
- Sonido
- Computador
- Plataforma para realizar evaluaciones
- Video

EVALUACIÓN (Sesión Educativa)

Aprendizaje:

BIBLIOGRAFIA – WEBGRAFÍA:

- WATSON, Jean. Enfermería: La filosofía y la ciencia del cuidado (Edición revisada). Cuidar de los clásicos de enfermería: un recurso esencial, 2013, p. 35
- BURGOS, Gonzáles; MARTÍNEZ, J. Quintero. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. 2009. Tesis Doctoral. Tesis de Licenciatura]. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.
- COLOMBIANA, Corte Constitucional. Constitución política de Colombia. *Bogotá: Legis*, 1991.
- COLOMBIA, Ley. 1641 de 2013, por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones, 48.849 Diario Oficial, 12 de julio de 2013.

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018. Política Publica Social Para Habitante De Calle - PPSHC-. Bogotá, p.88.
- Fotografía de la actividad de desarrollo 1
<https://images.app.goo.gl/vyeLCJ9FAXebCnfe9>
- Cortometraje actividad de desarrollo 2
<https://www.youtube.com/watch?v=bG0N7lhhb28>
- Música Sentimental de Fondo Para Videos
https://www.youtube.com/watch?v=6qvnkmny5-l&ab_channel=M%C3%BAsicaParaVideos

ANEXOS

Anexo 1. Mujer habitante de calle



Anexo 2. Instrumento fase I



UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

TRATO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PERSONAL RELACIONADO CON LA ATENCIÓN DEL HABITANTE DE CALLE EN LA CIUDAD DE GIRARDOT

La siguiente encuesta está dirigida al personal relacionado con la atención del habitante de calle, quienes son los proveedores del cuidado y reivindicación de los derechos de identidad personal, seguridad, protección, salud y vivienda de esta población vulnerable, con el propósito de determinar el trato humanizado que brindan durante la atención. La siguiente encuesta se desarrolla en un tiempo estimado de diez (10) minutos, consta de once (11) preguntas donde se marcará con una X una de las cuatro opciones de respuesta entre estas nunca, algunas veces, casi siempre y siempre que permitirá reconocer el trato humanizado brindado, una pregunta donde la respuesta es sí o no la cual determinará si el trato humanizado es acompañado de políticas que permiten una adecuada atención, una pregunta abierta para brindarle al encuestado la posibilidad de definir que entiende por atención humanizada y la última de opción múltiple que ayudaran a reconocer las barreras más comunes que se presentan durante la atención a la población vulnerable.

Esta encuesta fue realizada a partir del documento *HERMOSILLA ÁVILA, Alicia; MENDOZA LLANOS, Rodolfo; CONTRERAS CONTRERAS, Sonia. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Index/de Enfermería, 2016, vol. 25, no 4, p. 273-277.*

NIVEL FORMATIVO: _____

ÍTEM	NUNCA		ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	SI	NO			
1. Se dedica el tiempo necesario para su cuidado físico y mental.					
2. Proporciona atención personalizada.					
3. Le brinda confianza y respeto al habitante de calle					
4. Trata al habitante de calle con amabilidad.					
5. Dirigirse al Habitante de calle por su nombre					
6. Le motiva atender al habitante de calle.					
7. Le parece importante orientar al habitante de calle.					
8. Le explica previamente los procedimientos al habitante de calle.					
9. Provee atención oportuna al habitante de calle.					
10. Cumple y hace cumplir los derechos del habitante de calle.					
11. Ofrece privacidad a los habitantes de calle cuando los atiende.					
12. ¿Conoce usted alguna política o resolución que trate sobre el cuidado humanizado en los habitantes de calle?	SI	NO	¿Cuál?		

CONCLUSIONES

- Se concluye que la población encuestada presenta un trato humanizado adecuado; sin embargo, desde el enfoque humanístico de la doctora Jean Watson se evaluaron factores imprescindibles para alcanzar esa conexión transpersonal que verdaderamente se necesita para brindar cuidados humanos, protegiendo la dignidad humana y garantizando calidad durante la atención, los cuales deben seguir fortaleciéndose mediante estrategias de enseñanza y aprendizaje con el fin de alcanzar el bienestar humano y la salud según el metaparadigma que postula la teorista.
- Se propone el diseño de una unidad didáctica, ya que, esta es la guía necesaria para la generación de una estrategia educativa, garantizando una planeación, coordinación y organización sistemática de la misma, llevando al cumplimiento de todos los requerimientos necesarios para alcanzar el objetivo de reforzar el trato humanizado en el personal relacionado con la atención al habitante de calle.
- Dentro del diseño de la unidad didáctica se debe reforzar los siguientes aspectos: el cuidado de sí mismo, cultivo de las propias prácticas espirituales y la ecuanimidad, involucrar el sistema de creencias propias y del otro para mejorar las relaciones transpersonales, establecimiento de relaciones de ayuda/confianza y la promoción de entornos curativos en todos los niveles de atención.

RECOMENDACIONES

- Se propone la elaboración de la siguiente fase del proyecto, estableciendo una estrategia educativa a partir del diseño de la unidad didáctica realizada con la información obtenida en esta primera etapa, de esta manera analizar y adquirir nuevos resultados relevantes y significativos para el proceso de atención humanizada en la población habitante de calle.
- Durante la búsqueda de la población para la aplicación del instrumento se identificó que es difícil encontrar una institución hospitalaria que preste la ayuda necesaria para la implementación de la investigación, por tal razón, se recomienda la creación de convenios de carácter investigativo por parte de la universidad con instituciones prestadoras de servicio de salud, para poder realizar y estudiar aspectos relacionados directamente con el personal de enfermería que se encuentra laborando, facilitando de esta manera el proceso investigativo de los estudiantes.
- Se recomienda a la clínica San Rafael Dumian y Junical Medical de la ciudad de Girardot aplicar el instrumento en los diferentes servicios que la conforman para tener una perspectiva de la atención humanizada que brinda su personal y para que así se logre implementar modelos de atención humanizada a sus usuarios.
- Se sugiere abordar netamente el personal de enfermería con el fin de analizar y comprobar si los procesos clínicos de caritas son aplicados de una manera correcta, incluyendo el análisis de los procesos caritas 9 y 10 de la doctora Jean Watson con su teoría del cuidado humano.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

TRATO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PERSONAL RELACIONADO CON LA ATENCIÓN DEL HABITANTE DE CALLE EN LA CIUDAD DE GIRARDOT

La siguiente encuesta está dirigida al personal relacionado con la atención del habitante de calle, quienes son los proveedores del cuidado y reivindicación de los derechos de identidad personal, seguridad, protección, salud y vivienda de esta población vulnerable, con el propósito de determinar el trato humanizado que brindan durante la atención. La siguiente encuesta se desarrolla en un tiempo estimado de diez (10) minutos, consta de once (11) preguntas donde se marcara con una X una de las cuatro opciones de respuesta entre estas nunca, algunas veces, casi siempre y siempre que permitirá reconocer el trato humanizado brindado, una pregunta donde la respuesta es sí o no la cual determinara si el trato humanizado es acompañado de políticas que permiten una adecuada atención, una pregunta abierta para brindarle al encuestado la posibilidad de definir que entiende por atención humanizada y la ultima de opción múltiple que ayudaran a reconocer las barreras más comunes que se presentan durante la atención a la población vulnerable.

Esta encuesta fue realizada a partir del documento *HERMOSILLA ÁVILA, Alicia; MENDOZA LLANOS, Rodolfo; CONTRERAS CONTRERAS, Sonia. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Índex/de Enfermería, 2016, vol. 25, no 4, p. 273-277.*

NIVEL FORMATIVO: _____

ÍTEM	NUNCA		ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	SI	NO			
1. Se dedica el tiempo necesario para su cuidado físico y mental.					
2. Proporciona atención personalizada.					
3. Le brinda confianza y respeto al habitante de calle					
4. Trata al habitante de calle con amabilidad.					
5. Dirigirse al Habitante de calle por su nombre					
6. Le motiva atender al habitante de calle.					
7. Le parece importante orientar al habitante de calle.					
8. Le explica previamente los procedimientos al habitante de calle.					
9. Provee atención oportuna al habitante de calle.					
10. Cumple y hace cumplir los derechos del habitante de calle.					
11. Ofrece privacidad a los habitantes de calle cuando los atiende.					
12. ¿Conoce usted alguna política o resolución que trate sobre el cuidado humanizado en los habitantes de calle?	SI	NO	¿Cuál?		
13. ¿Qué entiende por atención humanizada?					
14. ¿Qué obstáculos cree que le impiden brindar atención humanizada?	A. Espacio Físico. B. Recursos materiales. C. Falta de Identificación personal. D. Apoyo insuficiente por parte de las entidades que deben cumplir los derechos de los habitantes de calle.				



GIRARDOT, CUNDINAMARCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO RECOLECCION DE INFORMACION

Fecha: _____ Municipio: _____

Lugar de encuentro: _____

Nombre del participante: _____

Yo _____ con cedula de ciudadanía N° _____ de _____ autorizo al investigador/a German Ignacio Pinzón Zamora, quien actualmente desarrolla el trabajo de campo de la investigación " TRABAJO EN RED INTERINSTITUCIONAL HACIA UN TRATO HUMANIZADO EN SALUD AL HABITANTE DE CALLE DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT", a aplicar el instrumento de recolección de información que indaga sobre aspectos relacionados con **TRATO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PERSONAL RELACIONADO CON LA ATENCION AL HABITANTE DE CALLE DE LA CIUDAD DE GIRARDOT.**

De igual manera, certifico que se me ha informado que la participación en la investigación es voluntaria y no genera riesgos para mi salud, pero si servirá al investigador/a como un insumo para contribuir a mejorar los protocolos de atención del habitante de calle por parte del personal relacionado con su atención.

En cuanto a confidencialidad de la información suministrada, se me ha informado que mis respuestas se mantendrán bajo estricta privacidad y serán para uso exclusivo del investigador/a de este estudio.

En constancia firma: _____

CC: _____

Teléfono de contacto: _____

Testigo 1: _____ Testigo 2: _____

CC: _____

CC: _____

BIBLIOGRAFÍA

- PACHECO, Luis Vólmar Quintero. La exclusión social de" habitantes de la calle" en Bogotá: una mirada desde la bioética. Revista Colombiana de bioética, 2008, vol. 3, no 1, p. 101-144.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-533. 1992. M.P.: Eduardo Cifuentes Muñoz
- URUETA, Carolina Gómez. EL HABITANTE DE LA CALLE EN COLOMBIA: Presentación desde una perspectiva social-preventiva¹. 2013.
- CORREA, Marta Elena, et al. Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. Eleuthera, 2012, vol. 6, p. 101-127.
- FERNÁNDEZ, Dedsy Yajaira Berbesi, et al. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. Revista CES Salud Pública, 2014, vol. 5, no 2, p. 147-153.
- FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2018. The State of Food Security and Nutrition in the World 2018. Building climate resilience for food security and nutrition. Rome, FAO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <http://www.fao.org/3/I9553EN/i9553en.pdf> 06/04/2019 Revisado el 06, abril, 2019
- DANE, D., 2020. Censo Habitante De La Calle 2019. [online] Dane.gov.co. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/consolidadocincociudades-2019.pdf> [Revisado 8 July 2020].

- CORTE CONSTITUCIONAL, REPUBLICA DE COLOMBIA, 2020, REPUBLICA DE COLOMBIA. Corteconstitucional.gov.co [online]. 2020. [Revisado 8 July 2020]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-043-15.htm>
- ANGELES AZULES, 2020, Ruta de Atencion [online]. [image]. 2020. [Revisado 8 July 2020]. Disponible en: <https://www.integracionsocial.gov.co/habitantedecalle/>
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018. Política Publica Social Para Habitante De Calle - PPSHC-. Bogotá, p.88.
- OTÁLVARO, Andrés Felipe Tirado; ARANGO, Marta Elena Correa. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. Investigaciones Andina, 2009, vol. 11, no 18, p. 23-35.
- APARICIO- SANTIAGO, Guadalupe Leticia, HERNÁNDEZ CANTORAL, Alicia, OSTIGUÍN MELÉNDEZ, Rosa María Intersubjetividad: Esencia humana del cuidado profesional de Enfermería. Enfermería Universitaria [en línea]. 2008, 5 (1), 45-48 [fecha de consulta 24 de julio de 2020]. ISSN: 1665-7063. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741824008>
- WATSON, Jean. Enfermería: La filosofía y la ciencia del cuidado (Edición revisada). Cuidar de los clásicos de enfermería: un recurso esencial, 2013, p. 35
- BURGOS, Gonzáles; MARTÍNEZ, J. Quintero. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención.

2009. Tesis Doctoral. Tesis de Licenciatura]. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.

- OLIVÉ Ferrer, Carmen Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. *Salus* [en línea]. 2015, 19 (3), 20-26 [fecha de consulta 24 de julio de 2020]. ISSN: 1316-7138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375944211005>
- URRÁ, Eugenia; JANA, Alejandra; GARCÍA, Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 2011, vol. 17, no 3, p. 11-22.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1641 (12 de julio de 2013). Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC. P. 120.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 8430 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. 1993. P 2
- OFICIAL, Diario. LEY 266 DE 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1996; CXXXI (42710).
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 911 (6, octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones

es. Diário Oficial. Bogotá. D.C. No. 45.693 P. 5 Art. 26.<http://chilas-ciudadgirardot.blogspot.com/2009/03/ubicacion-geografica-de-girardot.html>

- HERNANDEZ, Roberto. Metodología de la investigación. 6 ed. Mexico: McGrawHill. 2014, P. 4, 92.
- MACERATA, Iacã; SOARES, José Guilherme Neves; RAMOS, Julia Florêncio Carvalho. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2014, vol. 18, p. 919-930.
- LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2014, vol. 18, p. 251-260.
- MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles, et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 2015, vol. 20, p. 3231-3242.
- ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia, 2011, vol. 15, no 3), p. 543-567.
- CAMPOS, Ariane Graças de; SOUZA, Maria Paula Freitas de. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), 2013, vol. 14, no 3, p. 344-351.

- PUJADAS, Joan J. A cidade acolhedora? Transformações urbanas, imaginários e actores sociais. *Fórum Sociológico*, nº s, 2005, vol. 13, no 14, p. 31-46.
- SCHERVINSKI, Ana Carolini, et al. Atenção à saúde da população em situação de rua. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 2017, vol. 14, no 26, p. 55-64.
- SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cadernos de Saúde Pública*, Op. Cit., p. 805-814.
- ALBUQUERQUE, Bárbara Regiane Fraga de. A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Atenção à Saúde no Hospital Regional do Litoral. 2016.
- SERAFINO, Irene; LUZ, Lila Cristina Xavier. Policies for the adult population living on the streets: questions for debate. *Revista Katálysis*, 2015, vol. 18, no 1, p. 74.
- DO AMARAL DANTAS, Bruna Suruagy, et al. Políticas Públicas sobre Drogas e População de Rua: humanização ou coisificação dos sujeitos?. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 2012, vol. 2, no 2.
- SCHOLZE, Alessandro da Silva; DUARTE JUNIOR, Carlos Francisco; SILVA, Yolanda Flores. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2009, vol. 13, p. 303-314.
- UDDIN, Jasim, et al. Strategies for providing healthcare services to street-dwellers in Dhaka city: Evidence from an operations research. *Health research policy and systems*, 2012, vol. 10, no 1, p. 19

- PRASAD, V. Translating Universal Health Care for the Homeless: Barriers and potential facilitating factors for accessing health care amongst street dwellers in India. *Health, Culture and Society*, 2012, vol. 2, no 1, p. 71-88.
- BERMEJO, José Carlos. *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Editorial Desclée, 2014.
- EL TIEMPO, Los millonarios hilos que mueven la indigencia en el país. Bogota D.C. 26, diciembre, 2016. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/cifras-de-habitantes-de-calle-en-colombia-5158>. Revisado el 22, agosto, 2018 a las 9:35
- SERNA, John Alexander Jaramillo; CIFUENTES, Tatiana Fernández; SEPÚLVEDA, Susana Bedoya. *Habitantes de calle: entre el mito y la exclusión*. *Poiésis*, 2017, vol. 1, no 32, p. 179-185.
- DRAGA RAMÍREZ, Laura, et al. *Percepción de necesidades de humanización en personal asistencial de salud vs personal administrativo en una clínica de Cali*. 2016.
- VALLE, M. *Actitud del profesional de enfermería ante los cuidados a pacientes en situación de calle (indigentes) que Ingresan en la emergencia del Hospital Vargas de Caracas durante el tercer trimestre del año 2009-Venezuela*. Tesis Doctoral. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad de Venezuela.
- ALCALDIA, GIRARDOT. *Caracterización de la población, habitante de calle.en.censo2017*. GIRARDOT/CUNDINAMARCA.