



YANIRA VALLE HERNÁNDEZ | CATALINA A. DENMAN CHAMPION | SANTIAGO CAMBERRO RIVERO | JUAN DAVID GÓMEZ-QUINTERO
ANTONIO EITO MATEO | JESÚS DOMÍNGUEZ SANZ | M^o CARMEN MARTÍNEZ MOLINA | TRINIDAD DONOSO-VÁZQUEZ
ANNA VELASCO MARTÍNEZ | EDUARDO LÓPEZ BERTOMEU | ÁNGEL LUIS GONZÁLEZ OLIVARES | MARTA ORTEGA GASPAR
MERCEDES FERNÁNDEZ ALONSO | MARÍA VIRGINIA MATULIČ DOMANDŽIČ | IRENE DE VICENTE ZUERAS | JORDI CAÍS FONTANELLA
EMILIA IGLESIAS ORTUÑO | ENRIQUE PASTOR SELLER | LUIS MIGUEL RONDÓN GARCÍA

Relatos de vida de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: desafiliación social y salud

Life stories of homeless people in the city of Barcelona: social disaffiliation and health

María Virginia Matulić Domandžić*, Irene De Vicente Zueras**, Jordi Caïs Fontanella***

* Universidad de Barcelona. mmatulic@ub.edu

** Universidad de Barcelona. jcais@ub.edu

*** Universidad de Barcelona. jcais@ub.edu

Abstract:

The objective of this article is to make visible the different health situations presented by the homeless in the city of Barcelona. From the narrative of the people themselves you can see how they perceive their health, as well as the differences in relation to gender and their processes of social disaffiliation. The research was carried out with 12 informants (men and women who were going through various processes of residential exclusion). 8 stories have been selected because they are more significant in relation to health issues. The main conclusion is that the early presence of difficulties in social and family environments, as well as the sum of traumatic events along their life trajectories, increase the risk of suffering a deterioration of physical and mental health in adult stages that involves situations of homelessness.

Keywords: homeless people, social disaffiliation, traumatic events of the life cycle, health, life stories, on issues of social disaffiliation and health.

Resumen:

El objetivo de este artículo es visibilizar las diferentes situaciones de salud que presentan las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona.¹ A partir de la narrativa de las propias personas se pueden observar cómo perciben su salud, así como las diferencias en relación al género y a sus procesos de desafiliación social. La investigación se ha realizado con 12 personas informantes (hombres y mujeres que estaban atravesando por diversos procesos de exclusión residencial). Se han seleccionado 6 relatos por ser más significativos en relación a los temas de salud. Destaca como conclusión principal que la presencia temprana de dificult-

¹ Utilizamos el concepto "personas sin hogar" porque el género es una variable importante en el análisis de los datos y por lo tanto estos se obtienen tanto de varones como de mujeres.

tades en entornos sociales y familiares, así como la suma de sucesos traumáticos a lo largo de sus trayectorias vitales, incrementan el riesgo de padecer un deterioro de la salud física y mental en etapas adultas que comporte situaciones de sinhogarismo.

Palabras clave: personas sin hogar, desafiliación social, salud, sucesos traumáticos del ciclo vital, relatos de vida.

Article info:

Received: 27/01/2018 / Received in revised form: 09/06/2018

Accepted: 15/06/2018 / Published online: 01/07/2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.16.7>

1. Introducción

Las personas sin hogar representan el paradigma extremo de la pobreza y la exclusión social. En estas personas se conjugan una serie de factores combinados que se materializan en vivir en la calle. Este modo de exclusión hace referencia a procesos o trayectorias de vida en que las personas se encuentran desvinculadas o se van desvinculando progresivamente de los elementos que garantizan la integración en nuestra sociedad como son el mercado, las políticas de redistribución y la reciprocidad social y comunitaria. La ausencia de toda participación en la vida productiva y social genera el proceso de desafiliación social (Castel 1991).

A través de la literatura científica existente se constata que el fenómeno de las personas sin hogar (PSH) no puede ser abordado de manera uniforme, ya que se dan diferencias en los factores y procesos de exclusión social, destacando entre los problemas más importantes los vinculados a la salud y las adicciones. Ello se constata en este artículo donde se presentan datos relativos a resultados obtenidos en la tesis doctoral que lleva por título: *Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social* (Matulič, 2015).

En primer lugar nos aproximamos a la situación de las personas sin hogar, poniendo la mirada en cuestiones de salud en general, salud mental, problemas de alcoholismo y otras adicciones. A continuación, se presenta la metodología utilizada en la investigación mostrando a su vez unos breves fragmentos de las personas entrevistadas, que ejemplifican las temáticas abordadas. Seguidamente se procede a la discusión y se finaliza con una serie de conclusiones de la investigación realizada.

2. Marco teórico

Las causas del sinhogarismo son diversas, y en esta perspectiva multifactorial intervienen factores estructurales, relacionales y personales. Los factores estruc-

turales que inciden con más fuerza en los procesos de exclusión social son la falta de vivienda, la segmentación de los mercados de trabajo y la debilitación de los sistemas de protección social. Según la Sales et al (2013), entre las principales problemáticas desencadenantes de la situación de sinhogarismo destacan los factores económicos y socio-laborales (56,9% de todos los casos). A estas importantes desigualdades laborales debemos unir las desigualdades educativas. Entre los factores relacionales, destacan los conflictos familiares, la debilitación de la red de soporte social y relacional, y las pérdidas y rupturas a lo largo de las trayectorias vitales. La ausencia o pérdida del capital social genera consecuencias negativas en la salud general y especialmente afectan a la salud mental (Gracia Fuster, E; Herretero Olaizola, J; Musitu Ochoa, G.1995). Tal como afirma Subirats (2004), carecer de relaciones sociales normalizadas (familias, amigos, pareja, comunidad) significa en muchos casos carecer de motivaciones para la recuperación personal. Por ello, diversos autores destacan la importancia de incorporar la dimensión subjetiva y el factor psicoemocional para entender y acompañar las trayectorias de vida de las personas sin hogar (Castel, R. 1995; Declerk, P. 2001; Matulič, 2010; Tejero, E; Torrabadella, I. 2005). Y finalmente, entre los factores personales destacan los aspectos vinculados al deterioro y la pérdida progresiva de la salud. Tal como advierten diversos autores (Jahiel 1992; Muñoz y Panadero 2004; Uribe y Alonso 2009), la carencia de vivienda tiene efectos importantes en la salud física y mental; siendo éstos severos cuando la situación se prolonga en el tiempo. Sin embargo, los datos del Instituto Nacional de Estadística (2012) apuntan que la percepción que tienen las personas sin hogar de su salud es buena o muy buena en un 58,6 %; mientras que el 14,2 % declara tener una salud mala o muy mala. Esta percepción es mayor en los hombres (60,7 %) que en las mujeres (49,7 %).

Según el estudio realizado en Barcelona por Uribe y Alonso (2009), entre las enfermedades más comunes de las personas sin hogar destacan las musculoesqueléticas (67,6%), seguidas de las cardiovasculares (57,2 %), y los trastornos mentales que afectan a un 49,1% de las personas encuestadas. Los trastornos crónicos son un 79,2% del total con una proporción más elevada en las mujeres (87% sobre el 77,9% de los hombres). Tal y como apuntan Folsom, Hawthorne, Lindamer, Gilmer, Bailey, Golshan et.al., el sinhogarismo se asocia a altas tasas de enfermedad física y mental (citado en Salavera 2011).

La salud mental ha sido un aspecto tradicionalmente estudiado en las personas sin hogar. Los resultados indican que en estas personas los trastornos mentales se acumulan de una forma importante a lo largo de sus trayectorias vitales, siendo su prevalencia superior a la de la población general e incluso también a la de otros grupos económicamente desfavorecidos (Panadero y Vázquez 2012). Según el informe de la Federación de Entidades de Personas sin hogar 2013, diversos estudios y análisis indican que un 50% de las personas han necesitado en algún momento de su vida de una atención vinculada con la salud mental. Dentro de los problemas de salud mental que afectan a las personas en esa situación, lo más destacable hace

referencia a la prevalencia del trastorno por consumo (abuso y dependencia) de alcohol y otras sustancias psicoactivas (Muñoz, Pérez y Panderó 2004). Según Panadero y Muñoz (2014) el consumo de alcohol es habitual entre las personas que llevan más de 5 años en situación de sinhogarismo. Los mismos autores señalan que los grupos de personas sin hogar de más larga duración se caracterizan por la presencia de graves problemas de salud física y mental, de consumo de alcohol y otras drogas, de discapacidad y con pobres relaciones sociales y muy escasos recursos personales. Los datos apuntan que entre un 25 y un 45 % de las personas sin hogar tiene un trastorno por alcohol (Cuadrado 2003).

Un elemento importante en la situación de las personas sin hogar son los sucesos traumáticos que han sufrido estas personas a lo largo del ciclo vital (STCV). Diversas investigaciones nacionales (Cruz Terán et.al. 2006, Muñoz Vázquez y Cruzado 1995; Muñoz, Vázquez y Vázquez 2003, Matulič 2010) e internacionales (Fischer 1992; Stein y Gelberg 1995) observan que las personas sin hogar han sufrido un número elevado de sucesos estresantes a lo largo de su vida, en torno a una media de nueve sucesos importantes. Estos acontecimientos relevantes en la vida de las personas, que éstas reconocen como importantes en sus trayectorias vitales, pueden ocasionar graves consecuencias en la salud física y mental.

Diversos estudios en nuestro país apuntan que los sucesos vitales estresantes afectan de forma más profunda a las mujeres (Zugazaga 2004; Escudero 2004). Éstas tienen más probabilidades que los varones de haber sido abusadas tanto física como sexualmente en su infancia; así como de haber experimentado violencia de género o situaciones de abuso en su vida adulta. La bibliografía especializada nos informa que las mujeres sin hogar acumulan niveles altos de victimización, sobre todo aquellas que duermen en la calle o en alojamientos inseguros y vulnerables. La violencia producida en el ámbito doméstico siempre está presente en las vidas cotidianas de las mujeres sin hogar; para algunas de ellas se ha convertido en catalizador de su salida del hogar (Shin y Weitzman 1990; Escudero 2003; Herrero 2003; Mayock, Sheridan y Parker 2012).

3. Material y método

La metodología aplicada en esta investigación es de tipo cualitativo. La mirada se centra en los procesos relatados por las personas desde la subjetividad y circunstancias que les envuelven. Se han realizado doce relatos de vida a hombres y mujeres vinculados a siete entidades: *Arrels Fundació*, *Sant Joan de Déu. Serveis Socials*, *Centre d'acolliment residencial Can Planas*, *Centre Llar de Pau*, *Fundació Mambré*, *Obra Social Santa Llúisa de Marillac* y *PROGESS, S.L*, todas ellas conectadas con la *Xarxa d'atenció a Persones Sense Llar (XAPSLL)* de la ciudad de Barcelona.

La investigación se enmarca en la perspectiva de investigaciones sensibles, en donde la intensidad que presentan los temas tratados podría plantear dificultades en el contexto o desarrollo del estudio (Johnson y Clark 2003). Al entrevistar a personas vulnerables se tratan temas especialmente delicados. Las personas vulnerables muchas veces tienen que relatar experiencias traumáticas, y en estos casos la habilidad de la persona que realiza la investigación para tratar estos temas con la persona entrevistada es realmente importante. La utilidad de la información obtenida depende de ello (Anderson y Hatton 2000). Muchas veces, debido a la dificultad de explicar esos sentimientos, se debe hacer más de una entrevista (Caïs et al. 2014). La primera entrevista pudo resultar muy dura, y las siguientes entrevistas con la misma persona permiten profundizar más en estos temas que son muy difíciles de tratar ya la primera vez.

El lugar donde se realiza la entrevista es extremadamente importante. La persona vulnerable debe encontrarse cómoda, debe sentirse segura en un espacio que preserve su intimidad. La selección de escenarios requiere de un tiempo previo de búsqueda, análisis y delimitación de los mismos. Una vez definidos estos escenarios, se procedió a planificar cómo se haría y a qué personas se debía contactar para organizar el trabajo de campo. En nuestro caso, existía un conocimiento previo de la mayoría de los escenarios y de las personas de referencia con las que negociar el acceso. El escenario o inmersión a la realidad objeto de estudio fue facilitado por las entidades de la XAPSLL y se realizó en un contexto natural y diverso (espacios abiertos, despachos o alojamientos de las personas), que permitió llevar a cabo los relatos de vida en un entorno próximo, accesible y cómodo para las personas entrevistadas.

Antes de proceder a la realización de las entrevistas se informó a las personas directamente implicadas del objetivo de la investigación, del registro de audio, de la transcripción de la entrevista y del tratamiento de sus datos personales. Posteriormente se solicitó el consentimiento informado a aquellas que aceptaban participar. Por otro lado como podrá verse más adelante, a los relatores se les identificó con un código en aras a mantener la confidencialidad de los datos, de preservar su identidad.

Teniendo en cuenta la diversidad de procesos de inclusión social que presentan las personas sin hogar atendidas desde las entidades sociales y los diversos modelos de acompañamiento profesional que están presentes en los mismos, se ha optado por un muestreo intencional. El muestreo intencional es aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de una forma deliberada. A través del mismo, se pretende que los sujetos entrevistados sean los más relevantes y pertinentes para el objeto de estudio (Ruíz 2007). A continuación presentamos los criterios de inclusión y de exclusión utilizados:

TABLA 1. Criterios de exclusión e inclusión de las personas sin hogar

Personas sin hogar	
Criterios de inclusión	Hombres y mujeres mayores de 18 años.
	Personas atendidas desde las entidades sociales participantes.
	Personas que se encuentren en diversos procesos de inclusión social.
	Que quieran participar en la investigación.
Criterios de exclusión	Menores 18 años.
	Personas que no sean atendidas desde las entidades sociales participantes.
	Personas que no se encuentren en procesos de inclusión social.
	Que no quieran participar

Fuente: Elaboración propia.

La técnica utilizada fueron los relatos de vida. A través de los mismos se realiza una mirada al ciclo vital de las personas sin hogar poniendo de relieve la necesaria centralidad de las personas en las investigaciones sociales. Es una forma de “dar voz a los sin voz” contribuyendo a través de sus testimonios a visibilizar un fenómeno que continúa oculto. También se pretende comprender los procesos desde las narraciones de sus propios protagonistas. Dichos relatos aportan una amplia información sobre los diversos procesos de inclusión social por los que están transitado las personas entrevistadas. A través de ellos, se puede comprobar que cuando se hace referencia a esta temática no se está hablando de un colectivo, sino de múltiples situaciones en dónde se conjugan factores de riesgo y de protección que deben contemplarse conjuntamente.

Otro punto importante en la fase de realización de los relatos de vida es su duración y el número adecuado de encuentros a realizar con cada persona. En relación al tiempo, la duración de las entrevistas oscilaba entre una y dos horas. Y en relación al seguimiento de los procesos, se han planteado entrevistas sucesivas con las personas para poder identificar a través de sus relatos las contradicciones, cambios y percepciones que se iban produciendo en el transcurso de los mismos. Los períodos marcados fueron de 1 y 2 años y en todos los encuentros se repasaban con las personas los relatos transcritos. A través de esta actividad se han ampliado, mejorado o corregido aspectos puntuales de sus relatos y se ha podido compartir con ellos los resultados de las historias relatadas. Este recurso de volver a entrevistar a las personas en distintos espacios temporales se basa en los parámetros de la técnica de investigación cualitativa longitudinal (ICL). Este enfoque deviene eficaz para analizar los procesos de personas que se encuentran en situaciones similares a lo largo del tiempo (Mc Leod y Thomson 2009; Caïs et al. 2014).

Una vez realizada cada entrevista, se procedió a la transcripción de la misma, a la elaboración del relato de vida y al análisis interpretativo. Las entrevistas se realizaron siguiendo un guion previo en donde se contemplaba la trayectoria vital de las personas: infancia, adolescencia y juventud y la etapa actual, los sucesos vitales estresantes, la experiencia de vivir en la calle, la vinculación a la red asistencial, los

procesos de cambios y las expectativas de futuro. Estos puntos eran tratados de forma cronológica y abierta para facilitar que los relatos se extendieran en función del ritmo y disponibilidad que presentaban las personas.

TABLA 2. Relatos de vida. Tipos de sucesos traumáticos del ciclo vital (STCV) vinculados a la salud

Relatos	Tipos de STCV (infancia/adolescencia)	Tipos de STCV (vida adulta) STCV	
E1	-Adicción (consumo de alcohol) durante la adolescencia -Muerte de un familiar(padre) durante la adolescencia	- Adicción (consumo de alcohol) - Accidente grave - Pérdida de trabajo y vivienda - Pérdida de salud física	6
E2		- Muerte familiar (madre) - Pérdida vivienda 3 - Separación	
E3	- Familia reconstituida con dificultades relacionales - Abandono familiar a los 16 años	- Adicción (consumo de alcohol) - Situación de calle prolongada 6 - Pérdida de trabajo y vivienda - Pérdida de salud mental	
E4		- Muerte de todos los familiares - Emigración (sin soportes) 2	
E5	- Muerte familiar (padre) durante la infancia - Emigración traumática durante la adolescencia	- Adicciones (alcohol y otras drogas) - Muerte familiar (madre) 5 - Pérdida trabajo y vivienda	
E6	- Institucionalización y abandono familiar - Embarazo durante la adolescencia sin soporte familiar	- Adicción (consumo de alcohol) - Prostitución 7 - Separación y pérdida de vivienda - Pérdida del trabajo - Pérdida de salud física y mental	
E7	-Progenitor (padre) con importantes problemas de alcoholismo -Emigración y disgregación familiar	- Adicción (consumo excesivo de alcohol) 6 - Pérdida de trabajo y vivienda - Situación de calle - Pérdida de salud mental	
E8		- Pérdida de trabajo y vivienda 1	
E9	-Familia disfuncional -Adicción (drogas) durante la adolescencia - Abandono familiar a los 16 años	- Pérdida de salud física y mental - Prostitución 6 - Situación de calle - Pérdida de salud física	
E10		2 - Sin trabajo y sin vivienda	
E11	- Adicción (consumo alcohol) durante la adolescencia	- Adicción (consumo alcohol) - Pérdida de salud física y mental - Separación 7 - Pérdida de vivienda - Situación de calle prolongada	
E12	-Institucionalización y abandono familiar durante la infancia -Inestabilidad familiar durante la Adolescencia.	- Ludopatía - Pérdida salud mental 7 -Pérdida de trabajo y vivienda -Situación de calle prolongada	

Además de los relatos de vida, otra técnica de recogida de información utilizada en esta investigación ha sido la observación participante. Según Del Rincón (1997), la observación participativa es la descripción de grupos sociales y escenas culturales por medio de la vivencia de las experiencias de las personas participantes en un grupo o institución. A lo largo de esta investigación se ha utilizado esta técnica con la finalidad de facilitar la inmersión en el trabajo de campo y ampliar la información obtenida a través de las entrevistas.

La muestra utilizada de personas sin hogar en esta investigación es (N=12), de las cuáles, 9 tienen problemas de salud durante la vida adulta. En este cuadro se detallan los STCV acaecidos en dos etapas de la vida (infancia/adolescencia y vida adulta) y la suma total de dichos acontecimientos relevantes.

De los 9 relatos, se han seleccionado 6 (E1, E3, E6, E9, E11 y E12). Estos relatos se encuentran atravesados a lo largo del ciclo vital por diversas situaciones vinculadas a la salud, en ellos aparecen más de 6 STCV y se enumeran más de dos situaciones vinculadas con el deterioro o pérdida de la salud.

4. Resultados

En este apartado se presentan los resultados vinculados a los seis relatos de vida seleccionados (4 hombres y 2 mujeres).

Relato E1: La vida te cambia en un instante

Nace hace 45 años en una familia humilde del barrio chino de Barcelona. El menor de cuatro hermanos, comienza a trabajar muy joven (a los 14 años) con su padre con el que mantenía una muy buena relación. Dice no tener recuerdos negativos de su infancia, ni del barrio que le vio crecer. A la edad de 17 años fallece su padre después de una larga enfermedad. Este suceso implica un gran sufrimiento para él y complica la situación económica de su familia. Es a esta edad cuando comienza a consumir alcohol de una forma constante y continuada. Durante su juventud marcha a vivir a otro barrio de la ciudad y forma una familia.

“Me marche a vivir a Sants porque allí vivían los padres de ella, pero volvía al barrio a ver a mis amigos. Vivimos unos años juntos y nos separamos, habíamos perdido el afecto y pensamos que esa era la mejor decisión que podíamos tomar”. (E1)

Durante estos años se ha dedicado a trabajar en el ramo de la construcción y la electricidad hasta que en el 2010 se produce el grave accidente (cae de siete pisos de altura) que le mantiene varios meses hospitalizado.

“Pues mira, falló una tabla y me caí. Yo hacía escalada...Era muy activo, yo ganaba dinero .. y de golpe me vi en una silla de ruedas, siete meses en el hospital. Sabiendo que lo llevo arrastrando! Qué la verdad, que esta situación deprime a cualquiera....” (E1)

Esta situación será el desencadenante de su sinhogarismo y el inicio de su itinerario por diversos servicios de alojamiento. Desde un centro de alojamiento temporal le orientan al centro residencial Can Planas. Para poder entrar a este centro debe iniciar la deshabitación del alcohol. Consciente de su situación, toma la decisión de dejar de beber para iniciar este proceso de cambio.

“Me fui al CAS de Horta y cuando llegué allí ya llevaba sin beber dos semanas. Hablé con la TS y me enviaron a Sant Pau. No llegó a las dos semanas y entonces ya fui a Can Planas. Durante los trece meses que estuve ingresado aproveché para operarme y recuperarme.” (E1)

Relato E3: No he gestionado bien el dolor por la muerte de mi mujer

Nace hace 42 años en la ciudad de Barcelona. Describe una infancia difícil que le motivó a marchar de casa a una edad muy temprana.

“Yo vengo de una familia desestructurada. Mi madre ha tenido tres parejas diferentes. siete hermanos de diferentes padres...En realidad no hemos tenido padres... Por eso, cuando tenía 16 años decidí marchar de casa “ (E3)

No finaliza sus estudios y con 16 años comienza a trabajar como camarero. Durante esta época, conoce a la que más tarde será su mujer. Relata los años de convivencia con su pareja como un período feliz y estable en su vida. Haber formado una familia le había otorgado una seguridad y una estabilidad que no ha vuelto a tener. La muerte de su mujer le produce una importante depresión y una escalada de consumo excesivo de alcohol. Este suceso será el desencadenante de la situación de sinhogarismo y el comienzo de su intensivo itinerario por diversos centros de alojamiento de toda España.

“Si, yo quiero recuperarme y volver a ser el de antes. Comenzar a levantarme. Es como todo...has de ir paso a paso. Yo siempre he sido una persona que me gustan las cosas rápidas. Pero, yo sé que esto es un tema más lento...Las cosas que me han pasado de pequeño con el terapeuta...poco a poco y lentamente...Cosas que también tienes que ir trabajando. (E3)

Estoy en un piso compartido donde la convivencia con mis compañeros es muy buena. Somos como una pequeña familia... Por el tema de la adicción, estoy haciendo tratamiento en el CAS y recientemente me han diagnosticado un trastorno bipolar de la personalidad. Ahora estoy pendiente de ir a un centro de día para el tema de la salud mental. Y bien, cómo te decía, ir avanzando lentamente. (E3)

Relato E6: Quisiera recuperarme de todos mis problemas de salud

La E6 nace hace 50 años en la ciudad de Córdoba. Procedente de una familia humilde, emigra muy pequeña con su madre y sus cuatro hermanos a Barcelona.

“Mi madre se tuvo que marchar de casa y nos vinimos todos a Barcelona. Yo tendría unos cuatro años o así. Y bueno, como no teníamos casa, estuvimos un tiempo viviendo en una chabola en el barrio de “La Bomba”. Creo que eso estaba ubicado en el barrio de la Zona Franca de Barcelona. Al poco tiempo, mi madre encontró trabajo en una fábrica y cómo no podía cuidarnos nos internó a todos en un colegio de esos. Las chicas estábamos todas en un colegio y el chico en otro. Y bueno.., allí pasé once años de mi infancia, hasta que cumplí los 17 años”. (E6)

Dice haber tenido pocos y no buenos momentos de su infancia. El largo periodo de internamiento y el desapego afectivo de su madre les conduce a ella y a sus hermanas a una situación de desprotección y soledad durante su adolescencia.

“Al salir, me encontré con las circunstancias.., que mi madre nos había dejado. A medida que fuimos saliendo del colegio nos poníamos a vivir juntas. Cómo éramos muy jovencitas, las niñas cuando salen se buscan al niño y esas cosas y bueno, yo con 17 años conocí a un chico y me quedé embarazada. Él se marchó y a partir de ahí yo fui haciendo mi vida. He pasado mucho, he vivido mucho, he tenido que hacer cosas que no me agradaban para sobrevivir”. (E6)

La E6 relata cómo ha podido sobrevivir desempeñando diversos trabajos vinculados a la hostelería y a la vida nocturna durante una etapa de su vida. Ha tenido dos parejas sentimentales. Con la segunda pareja, con la que tiene su segunda hija, estuvo conviviendo 22 años. Debido a la distancia afectiva y a la falta de comunicación entre ambos, solicita la separación. Esta situación y la ausencia de un trabajo será el desencadenante de su posterior situación de sinhogarismo, le desborda produciendo una importante afectación a su salud física (problemas traumatológicos y de riñón) y mental (depresión y un consumo de alcohol encubierto) que complica las posibilidades de mejora de su situación. Reconoce que la orientación facilitada por la TS del barrio fue primordial, ya que a través de ella se sintió escuchada, acompañada y apoyada en estos momentos tan difíciles. Será a través de esta profesional como contacta con el actual centro residencial Can Planas en el que se encuentra alojada desde hace unos siete meses.

Yo ahora estoy con médicos, estoy esperando que me quitan un bulto que tengo. Ya me han quitado uno. A ver, también me están estudiando los endocrinos. Tengo artrosis, tengo tendinitis. Estoy hecha polvo. Tengo como se llama esto... en el pulmón, asma. También estoy intentando dejar de beber. Acudo a un centro de esos, a un grupo que hablamos de lo nuestro y me va muy bien. Quisiera recuperarme de todos mis problemas de salud para poder empezar a vivir de otra manera”. (E6)

Relato E9: He vivido mucho y muy rápido

Nace hace 43 años en una familia humilde del barrio de chino de Barcelona. Recuerda una infancia plagada de sucesos impactantes.

“Mi infancia en el barrio chino fue muy difícil. Todo lo que te puedo contar son cosas negativas. Mi padre era un maltratador y eso nos marcó durante toda la vida a mí y a mis hermanos. Siendo muy pequeña, con tres añitos, fui violada por un amigo de mi hermano. Esto fue muy fuerte para mí, porque era muy pequeña. Y aunque ya hace tantos años, he guardado el secreto durante muchos años,...demasiados! Ahora lo explico porque hacerlo, me ha ayudado a superarlo. Y bueno, mi infancia la recuerdo vagamente. Siempre estábamos en la calle y claro, con trece años comencé a consumir. Porque en esa época, corría de todo en el barrio. Mi hermana se quedó embarazada con 13 años y se marchó pronto de casa. Y yo y mis otros dos hermanos comenzamos a consumir siendo muy jovencitos”
(E9)

El consumo de drogas en etapas tempranas de su vida le ocasiona diversos problemas de salud (contrae el Sida y la hepatitis B) que le dejan importantes secuelas. Con 23 años conoce a su actual pareja en un centro de desintoxicación y manifiesta que esta relación es la que le ha ayudado a afrontar las dificultades que se le han ido presentando en la vida. Sus continuas recaídas y la falta de soporte familiar durante esos años, serán los desencadenantes de su situación de sinhogarismo.

“Con mi hermana mi distancié durante doce años. Cuando a los 23 años contraí el Sida y ella me rechazó fue un golpe muy duro para mí. Me quedé totalmente sola, bueno con mi pareja que es la que nunca me ha abandonado. Y después el consumo y mis idas y venidas. La muerte de mi madre en el 2004 me dejó muy tocada. Y cuatro años más tarde muere también mi padre. Entonces vivía con mi hermano y cuando él dejó de pagar el piso nos vimos en la puta calle” (E9)

La muerte de la madre (cuando la participante tenía 35 años) fue el detonante de su última recaída. Reemprende la relación con su hermana después de estar doce años distanciadas. Su pareja sentimental y su hermana serán los promotores de su actual proceso y de su vinculación al centro de convalecencia Llar de Pau.

“Mi compañero fue el que me dio el ultimátum. A la segunda recaída tomé la decisión. Entre él y mi hermana me trajeron aquí.. Llevo cuatro meses viniendo al centro de día de la Llar de Pau y ahora comienzo a vivir otra vez. He dejado de beber y de drogarme. Todo esto en los dos últimos años. Cuando llegué a Llar de Pau estaba muy mal!! Tengo muchos problemas de salud, me llevan diversos profesionales: del CAS, de salud mental, del Sida... (E9).

“Llevo 20 años con él y me gustaría tener una vida más allá de los centros, los hospitales, los profesionales...Quiero decir, tener nuestra propia vivienda y venir a visitarles. Pero, no sé...para eso tengo que mejorarme mucho de todos mis

achagues, estar bien del estado de ánimo. Fíjate ahora estoy feliz, pero hace un año quería morirme. Y eso, como te digo, formar mi propia familia, sentir que tenemos algo nuestro alguna vez en la vida". (E9)

Relato E11: He salido de la calle y me han permitido hacerlo a mi manera

El relatante E11 nace hace 62 años en el barrio de Sants de la ciudad de Barcelona. Durante los primeros años de su infancia se traslada a vivir con sus padres a la ciudad de Sant Cugat. A la edad de 10 años retorna al barrio de Sants donde sigue residiendo hasta la etapa adulta. Estudios no finalizados y un interés importante por la lectura con la que adquiere un buen nivel cultural. Comienza a trabajar muy joven, con 17 años. Durante su etapa adulta trabaja como pintor y dibujante, siendo éste segundo oficio el que ha realizado de forma permanente.

Se casa joven y se divorcia con 32 años. El divorcio con su primera mujer le ocasiona una situación de soledad difícil de gestionar. Años más tarde inicia una segunda relación que al romperse produce sentimientos encontrados en el E11, de rabia y de tristeza a la vez. La separación con su segunda relación sentimental y el incendio en su vivienda, serán el desencadenante de su situación de sinhogarismo prolongada.

"Yo llevaba 15 años en la calle. No quería ir a ningún centro, porque ya había estado en muchos sitios de rehabilitación y no me recuperaba. Cuando estaba allí estaba muy bien. En los albergues no consumes, pero cuando sales..., pues otra vez. Y un día llegaron los de Arrels y me dijeron que necesitaba. Yo le dije que nada, y no me fui con ellos. Pero cuando volvieron a pasar, estaba tan jodido que ya no podía ni pintar, y les dije que sí, que intentaría probar porque ya no podía aguantar! Ya no podía ni pintar. Porque pintando en la calle cuadritos sacaba para beber. Pero al final sólo tenía fuerzas para subir las escaleras de la iglesia para pedir. Ya no podía ni andar..."(E11)

La vinculación a la entidad Arrels propició una mejora en su estado de salud, aceptando iniciar un tratamiento de desintoxicación para dejar de beber.

"Me alojaron en una pensión y me dijeron si quería hacer la desintoxicación para dejar de beber. Dije que sí porque claro, es lo suyo. Entonces tuve la suerte de encontrar un médico que tenía fama de ser el mejor y con éste, pues resultó. Hice el tratamiento, pero sin medicación. Me hacía controles cada semana. Recaí una vez, y volví a intentarlo. Lo curioso es que el mono fisiológico dura 4 o 5 días y te dan unos temblores de espanto. Los pasé y ahora ya llevo 10 años sin beber. (E11) ¿Por qué ahora he podido salir y recuperarme? Porque me han permitido hacerlo a mi manera, y ahí está la clave. Yo quería dejar de beber, pero sin tomar medicamentos y el médico me lo dejó hacer. Lo he ido haciendo a mi manera, y me encuentro bien, muy bien con la forma que me han tratado". (E11)

Relato 12: Yo ahora no podría vivir en la calle

El relatante E12 nace hace 64 años en la ciudad de Murcia. El tercero de ocho hermanos recuerda una infancia y adolescencia plagada de abandonos y desencuentros con su familia.

“Me llevaron a una inclusa, a esos sitios dónde llevaban a los niños abandonados hasta que tuve los 5 años. De allí me pasaron a un colegio interno de los Salesianos que pertenecía a la Diputación, dónde estuve hasta los 16 años que me escapé. Y bueno, en el colegio yo creía que no tenía familia, que era huérfano, porque hasta que no tuve 10 años mis padres no me vinieron a ver.” (E12)

El E12 inicia en su etapa adulta un circuito por los albergues de diversas ciudades españolas (Madrid, Zaragoza, Valencia, Barcelona) y a temporadas se alojaba en casa de las hermanas. Su adicción al juego se agrava cuando viene a Barcelona, que es cuando comienza a dormir en la calle.

“Estuve recorriendo los albergues del 2005 al 2008 y en invierno, como tengo familia en Madrid, me iba allí a vivir a costa de mi hermana. Por lo menos un par de meses o tres de invierno me refugiaba. Y bueno, cuando llego a Barcelona es cuando comienzo a jugar más seguido, y claro, los amigos ya no me prestaban para dormir. Así que dormía dónde podía. Una vez me pillaron en un sitio y me preguntaron que hacía ahí. Y yo les dije que dormía en la calle porque no tenía donde dormir y que muchos días no comía. Me dijeron que al día siguiente me acercara a las 6 de la mañana a Pujadas. Y así fue, estaba allí a esa hora para que me pudieran atender. Eso fue en junio. Y luego de unos meses me arreglaron la PIRMI y dónde dormir. ” (E12)

En la actualidad se encuentra vinculado a la entidad Arrels y ha iniciado tratamiento para tratar su ludopatía y sus dificultades psicológicas:

“Durante el día estoy en Pere Barnés y por la tarde me vengo al Centro Abierto. Aquí estoy bien. Vivo en un piso que pago y entro y salgo cuando quiero. Aquí se han portado muy bien conmigo! Me han soportado mis prontos y mi mal carácter. Me han respetado mis opiniones y mis decisiones. Yo ahora no podría vivir en la calle. Y bueno, como te digo, ellos son ahora mi única familia, el motivo por el que no puedo volver a caer.” (E12)

5. Discusión

Tal como podemos ver en los relatos de vida de las personas sin hogar subyacen diversos acontecimientos vitales de diversa intensidad que inciden directamente en la salud física y en el estado emocional. Hemos podido comprobar como todas las personas han tenido más de un suceso traumático a lo largo de sus vidas, entre los que se destacan, violencia intrafamiliar, internamiento en etapas tempranas de la

vida, desprotección familiar durante la infancia y la adolescencia y consumo de sustancias tóxicas en etapas tempranas del ciclo vital.

En la mayoría de los relatos se produce la salida del núcleo familiar durante la adolescencia. Según algunos autores (Anderson y Christian 2003; Sarasa y Sales 2009) el primer momento de riesgo aparece en esta etapa, donde la herencia social y las dificultades en los mecanismos de protección durante la infancia pueden generar trayectorias vitales hacia la exclusión. Tal como afirma Sandin (2003) la presencia de sucesos estresantes durante la infancia puede incrementar la vulnerabilidad individual a los sucesos vitales posteriores (a los vinculados a la etapa adulta).

Diversos autores (Muñoz et.al. 2004; Muñoz et.al. 2005; Vázquez et. al. 2011) afirman que los sucesos acaecidos durante la infancia que pueden tener una especial incidencia en las situaciones de sinhogarismo son, la institucionalización y el abandono, haber padecido malos tratos o la muerte de familiares en esta etapa de la vida. Estas experiencias traumáticas sumadas a la falta de apoyo social y familiar a lo largo de la vida, pueden tener consecuencias en la salud mental de las personas que las han padecido. Y tal como afirma el estudio realizado por Muñoz et. al (1995), en la mayoría de los casos de sinhogarismo los trastornos mentales aparecen antes de desencadenarse la situación de sin hogar.

Otro elemento importante que hay que tener en cuenta en el itinerario vital de las personas en situación de sinhogarismo es el consumo de alcohol y otras drogas. Cinco de los 6 relatos (E1, E3, E6, E9 y E11) presentan situaciones asociadas a trastornos de la salud mental vinculados con el consumo de sustancias. Panadero y Muñoz (2014) indican que, además de la presencia de graves problemas de salud (física y mental), de situaciones de discapacidad, de pobres relaciones sociales y de muy escasos recursos personales, una de los condicionantes más claros que abocan a las personas a situaciones de sinhogarismo de larga duración de consumo de alcohol y otras drogas.

Como se observa en los relatos de vida protagonizados por mujeres (E6 y E9), la variable género condiciona sus experiencias vitales debido a una mayor discriminación generada por factores de tipo estructural –relacionados al acceso al trabajo y el sostenimiento económico–, de tipo relacional –que inciden en el rol y en las responsabilidades familiares otorgadas a las mujeres– y de tipo personal –vinculadas con altos niveles de victimización producidos por factores asociados a la salud mental, adicciones y violencia doméstica–. Estos resultados son consistentes con los de otros estudios como los de Escudero (2003), o Morata, Morante y Trujillo (2010). El estudio de los datos indica que las situaciones de violencia siempre están presentes en la vida de estas mujeres. Es un factor básico para explicar la exclusión residencial que aparece en la mayoría de casos, ya sea vinculándolas a entornos de violencia doméstica en las primeras etapas del ciclo vital o a la violencia de género en las etapas posteriores (Shin y Weitzman 1990; Escudero 2003; Herrero 2003; Mayock,

Sheridan y Parker 2012). Moriana (2016) indica que la violencia física y psicológica que las mujeres reciben de sus parejas les afecta la salud mental, creando una disminución de sus posibilidades intelectuales y habilidades, pérdida de deseos o intereses, depresión, ansiedad y agotamientos psicológico.

6. Conclusiones

Los sucesos traumáticos del ciclo vital están estrechamente vinculados a cuestiones de salud; son situaciones estresantes que pueden ocasionar graves consecuencias a nivel físico y mental y debilitar las redes sociales de las personas.

En este artículo, a partir de la realización y análisis de una serie de relatos de vida a personas sin hogar, podemos comprobar cómo quedarse en la calle en las etapas adultas (madurez o vejez) está relacionado con factores estructurales (pérdida o dificultades de mantenimiento de la vivienda al quedarse sin empleo o la carencia de prestaciones sociales), factores relacionales (debilidad o ruptura de apoyos sociales) y a problemas de salud (física y mental) y de adicciones que refuerzan el aislamiento y la desvinculación social. Estos tres grandes factores vienen condicionados por diversos tipos de sucesos traumáticos durante la infancia y la adolescencia que pueden tener una especial incidencia en las situaciones de sinhogarismo. Muchas de estas situaciones tempranas en la vida desarrollan posteriormente problemas de salud (física o mental) y adicciones al alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Finalmente, el factor desencadenante más repetido en el caso de las mujeres es la violencia. Las situaciones de violencia siempre están presentes en la vida de las mujeres sin hogar. Es un factor desencadenante de la exclusión residencial que aparece en la mayoría de casos femeninos, ya sea vinculándolas a entornos de violencia doméstica en las primeras etapas del ciclo vital o a la violencia de género en las etapas posteriores. Tener en cuenta la omnipresencia de la violencia en el caso del sinhogarismo femenino, junto al resto de variables diferenciales por género que hemos comentado, es importante para poder desarrollar respuestas y actuaciones que funcionen de manera adecuada para cubrir las necesidades específicas de estas mujeres.

7. Referencias bibliográficas

- Anderson, D. G., & Hatton, D. C. 2000. Accessing vulnerable populations for research. *Western Journal of Nursing Research*, 22(2): 244-251.
- Anderson, I., Christian, J. 2003. Causes of Homelessness in the UK: A Dynamic Analysis. *Journal of Community Applied Social Psychology*, 13: 105-118.
- Caïs, J.; Folguera, L. y Formoso, C. 2014. *Investigación cualitativa longitudinal*. Madrid: CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas.

Castel, R. 1991. De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle" in Jacques DANZÉLOT: *Face à l'exclusion. Le modèle français*. Paris, Esprit.

Castel, R. 1995. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archi-piélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, 21: 27-36.

Cruz Terán et. al. (2006). *Vivir en la calle. Un estudio sobre las personas sin hogar en Granada*. Cáritas Diocesana de Granada.

Cuadrado, P. 2003. "Mejora de la calidad de vida en pacientes con baja adherencia al tratamiento. Intervenciones en dependientes del alcohol "Sin Hogar". *Adicciones* vol.15, núm. 4: 321-330.

Declerck, Patrick. 2001. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris: Terre Humaine, Plon.

Del Rincón, D. 1997. *Metodologies qualitatives orientades a la comprensió*. Barcelona: UOC.

Escudero, M. J. 2003. *Mujeres sin hogar en Granada. Un estudio etnográfico*. Granada: Colección Feminae. Universidad de Granada.

Federación de Entidades de Apoyo a las Personas sin Hogar. 2013. *Documento marco de la Federación de Entidades de apoyo a las personas sin hogar*. Madrid: FePsh.

Fischer, P. J. 1992 . Criminal behavior and victimization among homeless people. En Jahiel R.I. (Ed). *Homelessness: A prevention oriented approach*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Gracia Fuster, E., Herrero Olaizola, J., Musitu Ochoa, G. 1995. El apoyo social. Barcelona: PPU.

Herrero, I. 2003. Mujeres sin hogar y violencia de género. La triple invisibilidad.

Cuadernos de Trabajo Social, 16: 265-268.

Instituto Nacional de Estadística, INE. 2012. Encuesta a las personas sin hogar de 2011(centros).

Jahiel, R.L. 1992. *Holmeless: A prevention-oriented approach*, Nueva York, Johns Hopkins University Press.

Johnson, B., J. M. Clarke .2003. Collecting sensitive data: the impact on researchers, *Qualitative Health Research*, 13 (3): 421-34.

Mc Leod, J., Thomson, R. 2009. *Researching Social Change: Qualitative Approaches*. London: Sage.

Matulič, M. V. 2010. Nuevos perfiles de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: un reto pendiente de los servicios sociales de proximidad. *Documentos de Trabajo Social (DTS). Revista de Trabajo Social y Acción Social de Málaga*, nº 48. Málaga: Colegio profesional de Trabajo Social de Málaga: 9-30.

Matulič M.V. 2015. *Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: Relatos de vida y acompañamiento social*. Tesis Doctoral presentada el 9 de marzo de 2015. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Barcelona: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/393958>.

Morata, B., Morante, M., Trujillo, M. 2010. I Seminario Interdisciplinar sobre género y sexualidad en el siglo XXI: política afectivo-sexual, migraciones femeninas y vulnerabilidad social Universidad de Granada *Trabajo Social Global 2010. Revista Hispania*, 1 (2): 242-262.

Moriana, G. 2016. "La violencia de género en las historias de vida de las mujeres que inician su trayectoria vital en la situación de vulnerabilidad" *Comunitania*, nr 11, enero: 45-67.

Mayock, P., Sheridan, S. & Parker, S. 2012. Migrant women and homelessness: the role of gender-based violence. *European Journal of Homelessness*.

Muñoz López, M., C. Vázquez Valverde, J. A., Cruzado Rodríguez .1995. *Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Consejería de Integración social. Comunidad de Madrid.

Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J. J .2003. *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Ediciones Témpora; Obra social Caja Madrid.

Muñoz, M.; Pérez, E.; Panadero, S. 2004. "Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa." *Rehabilitación psicosocial*. 1(2): 64-72

Muñoz, M., Panadero, S., Pérez Santos, E., Quiroga, M. A. 2005. Role of stressful life events in homelessness: An Intragroup analysis. *American Journal of Community Psychology*, 35(1/2): 35-47.

Panadero, S., Vázquez, J .J. 2012. La investigación sobre personas sin Hogar y los Recursos de Atención al Colectivo en España: Evolución, Situación actual y Retos en *Futuros en Psicología, Sociedad y Equidad: Aportes y Desafíos*, Claudia Zúñiga Rivas. Colección Praxis psicológica.

Panadero, S.; Muñoz, M. 2014 . "Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar." *Anales de psicología*, vol. 30, nr. 1 (enero): 70-77.

Salavera, C. 2011. "Motivo de abandono de proceso en personas sin hogar: trastornos de personalidad vs problemas psicosociales" *Documentos de Trabajo Social*, nr. 50: 258-268.

Sales, A. 2013. *Diagnosi 2013*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. XAPSELL.

Sandin, B . 2003. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica*, 3 (1): 141-157.

Sarasa, S. y Sales, A. 2009. *Itineraris i factors d'exclusió social*. Barcelona: Síndica de Greuges de Barcelona.

Shinn, M., Weitzman, B.1990. Research on homelessness: an introduction. *Journal of Social Issues*, p, 46 (4): 1-11.

Stein, J.A., Gelberg, L. 1995. Homeless men and women: Differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3 (1): 75-86.

Subirats, J. 2004. *Pobresa i exclusió social. Una anàlisi de la realitat espanyola i europea*. Barcelona: Fundació "La Caixa".

Tejero, E., Torradella, L. 2005. *Vides al descobert. Els mons viscuts del fenomen sense sostre*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.

Uribe, J., Alonso, S. 2009. *Personas en situación de sin hogar en Barcelona: Perfiles, estado de salud y atención sanitaria*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.

Vázquez, J.J., Panadero, S., Iborra, A., Marín, C. y Martín, R. 2011. Resultados preliminares del proyecto: Estudio de la incidencia de los sucesos vitales estresantes, atribuciones causales y estereotipos en los procesos de exclusión inclusión social de las personas sin hogar. *Comunicación presentada en el VI Congreso Chileno de Psicología. Santiago de Chile (Chile), 09 al 11 de noviembre*.

Zugazaga, C. 2004. Stressful life event experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women, and women with children. *Journal of Community Psychology*, 32 (6): 643-654.

ARTICULOS/ARTICLES

Universidades Promotoras de la Salud en México: el caso de la Universidad de Sonora / Health Promoting Universities in México: the case of University of Sonora Yanira Valle Hernández y Catalina A. Denman Champion	Págs 9-30
Gestión de la edad en las ENL en Extremadura: la "huella generacional" / Age management within the NPOs in Extremadura: the "generational footprint" Santiago Camberro Rivero	Págs 31-57
El trabajo social comunitario ante la vulnerabilidad urbana: un estudio documental de regeneración de barrios / Community social work before urban vulnerability: documentary study socio-urbanistic regeneration Juan David Gómez-Quintero, Antonio Eito Mateo, Jesús Domínguez Sanz y M ^a Carmen Martínez Molina	Págs 59-79
Outcomes of a psychosocial treatment of women affected by intimate partner violence / Resultados del tratamiento psicosocial a mujeres afectadas por la violencia íntima de pareja Trinidad Donoso-Vázquez y Anna Velasco Martínez	Págs 81-101
Metodología didáctica y modelos pedagógicos en la enseñanza preuniversitaria de la Comunidad de Madrid / Didactic methodology and pedagogical models in pre-university education of Community of Madrid Eduardo López Bertomeo y Ángel Luis González Olivares	Págs 103-124
Las transferencias intergeneracionales en España y Andalucía. Una primera aproximación al estudio de los factores explicativos en el cuidado de los nietos / Intergenerational transfers in Spain and Andalusia. A first approach to the study of explanatory factors in the care of grandchildren Marta Ortega Gaspar y Mercedes Fernández Alonso	Págs 125-140
Relatos de vida de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: desafiliación social y salud / Life stories of homeless people in the city of Barcelona: social disaffiliation and health María Virginia Matulić Domandžić, Irene De Vicente Zuera y Jordi Caís Fontanella	Págs 141-157
La comunicación en mediación social y su oportunidad para el desarrollo comunitario / Communication in social mediation and its opportunity for Community Development Emilia Iglesias Ortuño, Enrique Pastor Seller y Luis Miguel Rondón García	Págs 159-184

RESEÑAS/REVIEWS

Amaya Ituarte Tellaeche (coord.). (2017). Prácticas del Trabajo Social Clínico / Clinical Social Work Practices (por Arantxa Hernández Echeagaray)	Págs 185-188
Enrique Pastor Seller (ed.). (2017). Sistemas y políticas de bienestar, una perspectiva internacional / Welfare systems and policies, an international perspective (por Jesús Manuel Martínez Serrano)	Págs 189-193