



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Máster Universitario en Intervención Social en las
Sociedades del Conocimiento

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

Trabajo fin de estudio presentado por:	Dúnia Flores Mollà
Tipo de trabajo:	Investigación
Director/a:	Antonio Jorge López Rodríguez
Fecha:	21/2/2022

Resumen

Los centros de acogida de tipo residencial gestionados por el tercer sector social, son una clave muy importante dentro de la lucha contra la exclusión social y uno de los principales recursos que tiene nuestra sociedad para favorecer la inclusión social.

Este trabajo final de máster tiene como objetivo conocer las causas de las altas voluntarias de los centros de acogida de la Fundació Acollida y Esperança entre 2015 y 2020. Se pretende generar información que pueda ser de utilidad y facilitar la toma de decisiones para mejorar los programas, las intervenciones y en definitiva, los procesos de inclusión social. Para ello se ha utilizado una metodología cuantitativa y cualitativa mediante la revisión de datos de fuentes secundarias y entrevistas. Para apoyar los datos obtenidos de la muestra se han realizado encuestas a personal de atención directa y a residentes y un grupo de discusión con miembros del equipo. Los resultados indican que las principales causas de abandono de los procesos están relacionadas con el cumplimiento de la normativa, el consumo de tóxicos y volver con la familia. También se indica la necesidad de establecer vínculo terapéutico y la realización de actividades significativas para prevenir altas voluntarias.

Palabras clave: inclusión social, alta voluntaria, centro de acogida.

Abstract

Sheltered housing managed by the third social sector are a very important key in the fight against social exclusion and one of the main resources that our society has to promote social inclusion.

The aim of this Master's degree final project is to find out the causes behind people voluntarily leaving the shelters run by the Fundació Acollida and Esperança between 2015 and 2020. The aim is to generate information that may be useful and facilitate decision-making, improve programs, interventions and, ultimately, the social inclusion. A quantitative and qualitative methodology has been used for this purpose based on a review of data from secondary sources and interviews. To support the data obtained from the sample, surveys were carried out among direct care staff and residents, and a focus group was conducted with team members. The results indicate that the main causes for dropping out of the process are related to noncompliance with regulations, the consumption of toxic substances and returning to the family. The need to establish a therapeutic bond and the implementation of meaningful activities to prevent self-discharges are also indicated.

Keywords: Social inclusion, self- discharge, sheltered housing.

Índice de contenidos

<u>1.</u>	<u>Introducción</u>	8
<u>1.1.</u>	<u>Justificación</u>	8
<u>1.2.</u>	<u>Objetivos de la investigación</u>	9
<u>2.</u>	<u>Marco teórico</u>	10
<u>2.1.</u>	<u>Exclusión e Inclusión social</u>	10
<u>2.1.1.</u>	<u>Causas de la exclusión social</u>	11
<u>2.1.2.</u>	<u>Estigma y exclusión social</u>	12
<u>2.1.3.</u>	<u>Inclusión social</u>	12
<u>2.1.4.</u>	<u>Factores que favorecen y dificultan los procesos de inclusión social</u>	13
<u>2.3.</u>	<u>Familia</u>	14
<u>2.4.</u>	<u>Vínculo Terapéutico</u>	16
<u>2.5.</u>	<u>Actividad</u>	18
<u>3.</u>	<u>Contexto</u>	20
<u>3.1.</u>	<u>Características de los hogares-residencia para personas con VIH/sida de Catalunya</u>	20
<u>3.2.</u>	<u>Centro de acogida Convent dels Franciscans</u>	21
<u>3.3.</u>	<u>Centro de acogida Can Banús</u>	21
<u>3.4.</u>	<u>Perfil de las personas acogidas</u>	22
<u>3.5.</u>	<u>Funcionamiento interno</u>	23
<u>3.6.</u>	<u>Equipo profesional</u>	24

<u>4. Metodología</u>	25
<u>4.1. Enfoque, alcance y diseño</u>	25
<u>4.2. Hipótesis y variables</u>	28
<u>4.3. Población y muestra</u>	28
<u>4.4. Técnicas de recogida de datos</u>	29
<u>4.5. Técnicas de análisis de datos</u>	30
<u>5. Resultados y discusión</u>	35
<u>5.1. Resultados de la muestra</u>	36
<u>5.2. Resultados complementarios</u>	37
<u>5.3. Discusión crítica de resultados</u>	41
<u>6. Conclusiones</u>	67
<u>7. Limitaciones y Prospectiva</u>	69
<u>Referencias Bibliográficas</u>	71
<u>Anexo A. Entrevistas a la muestra</u>	81
<u>Anexo B. Entrevistas a profesionales</u>	86
<u>Anexo C. Encuestas a residentes</u>	92
<u>Anexo D. Encuestas a miembros de atención directa</u>	94
<u>Anexo E. Grupo de discusión</u>	97

Índice de figuras

<u>Figura 1. Motivo de la alta voluntaria y tipo de alta. (Elaboración propia)</u>	39
<u>Figura 2. Motivo de la alta voluntaria y conflictos con el equipo. (Elaboración propia)</u>	40

Figura 3. <i>Altas voluntarias presenciadas por años residiendo en el centro. (Elaboración propia)</i>	51
Figura 4. <i>Función del personal de atención directa (Elaboración propia)</i>	49

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Tipo de altas voluntarias</i>	35
Tabla 2. <i>Motivo de las altas voluntarias</i>	36
Tabla 3. <i>Relación familiar</i>	37
Tabla 4. <i>Tutorías individuales</i>	37
Tabla 5. <i>Participación en actividades</i>	37
Tabla 6. <i>Conflicto con el equipo</i>	38
Tabla 7. <i>¿Cuánto tiempo hace que reside en el centro?</i>	51
Tabla 8. <i>¿Conoce a alguna persona que haya realizado una alta voluntaria durante el tiempo que ha residido en el centro?</i>	51
Tabla 9. <i>¿Cómo influye el hecho de realizar actividades de interés para no abandonar el centro?</i>	53
Tabla 10. <i>¿Cómo cree que influye la relación con el equipo en el éxito del proceso de recuperación en general de una persona que reside en el centro?</i>	53
Tabla 11. <i>¿Tener familia o pareja fuera del centro ayuda a poder superar conflictos que pueden llevar a abandonar el centro?</i>	54
Tabla 12. <i>¿Considera que la relación con el/la referente es importante para no abandonar el proceso personal en el centro?</i>	54
Tabla 13. <i>¿Cuáles cree que son los principales motivos por los que una persona decide por voluntad propia marchar del centro? marque 3</i>	55
Tabla 14. <i>Principales motivos que ayudan a seguir con el proceso</i>	56
Tabla 15. <i>Causas altas voluntarias</i>	58

<u>Tabla 16. ¿Cree que su relación con las personas que ha hecho seguimiento ha influenciado o puede influenciar en realizar altas voluntarias?</u>	59
<u>Tabla 17. ¿Cree que el vínculo con el referente es importante para poder evitar realizar altas voluntarias?</u>	59
<u>Tabla 18. ¿Recuerda si las personas residentes con apoyo familiar han evitado alguna alta voluntaria?</u>	60
<u>Tabla 19 ¿De qué maneras cree que se podría haber evitado las altas voluntarias que recuerda?</u>	61

- ## 1. Introducció

Este trabajo de investigación pretende dar a conocer las causas de las altas voluntarias de los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança durante el período de 2015 hasta 2020. La pregunta de investigación que se ha planteado para el trabajo es ¿cuáles son las causas de las altas voluntarias? tomando tres hipótesis como punto de partida: la falta de vínculo terapéutico produce más altas voluntarias, no realizar actividades influye a la hora de realizar altas voluntarias y las personas sin relación familiar producen más altas voluntarias.

- ### 1.1. Justificación

El motivo de este trabajo de investigación surge de la experiencia personal como Terapeuta Ocupacional en uno de los centros en los que se contextualiza. Las profesionales que trabajamos o hemos trabajado acompañando a personas en situación de exclusión social y creemos en aquello a lo que nos dedicamos, a menudo nos preguntamos qué más podemos hacer para poder mejorar la calidad de nuestras intervenciones y de qué manera se puede crear o generar un impacto que favorezca que la persona a la que acompañamos pueda seguir en su proceso a la inclusión social. Sabemos que cubrir las necesidades básicas es un principio, pero no es suficiente para alcanzar la inclusión plena.

Conociendo las diferentes causas por las que las personas abandonan el recurso, más allá de la perspectiva institucional, se puede ofrecer a los miembros del equipo una información relevante para el planteamiento de las líneas de intervención, ajustes en los programas de intervención, tenerlo en cuenta en los planes de atención individuales y también para la entidad, con la que podrá crear estrategias generales de intervención y fomentar acciones formativas para los equipos interdisciplinarios que repercutan positivamente en las personas atendidas y en prevenir así las altas voluntarias. Todas estas acciones, favorecerán lograr uno de los objetivos más importantes de este tipo de entidades, la inclusión social.

Otro aspecto a tener en cuenta es que los recursos del tercer sector social, se financian principalmente a través de presupuestos públicos (Herrera, 1998), que deben justificar anualmente a las correspondientes instituciones para que puedan seguir siendo financiados, por este motivo se deben tomar acciones para paliar las causas de las altas voluntarias. Las altas voluntarias indican que la persona abandona el recurso sin haber finalizado su proceso y vuelve así a la situación previa de exclusión social, por lo que no cumple con la función social que se espera de la entidad. Por eso, lo que se aspira es a poder realizar más altas programadas como indicador de calidad y buenas praxis de las entidades y también como garantía de promover la igualdad.

Por último, los resultados obtenidos de esta investigación, pueden ser de utilidad para otros centros con las mismas características, o bien, de las misma red de recursos residenciales para personas con VIH/sida o a otros centros residenciales dirigidos a otros colectivos en situación de exclusión social con el mismo perfil de residentes y que quieran conocer aspectos a tener en cuenta para evitar las altas voluntarias, actualmente no existen estudios de investigación en este tipo de recurso residencial para personas con VIH y exclusión social y puede ser un punto de partida tanto para tomar acciones como para futuras investigaciones.

- ## 1.2. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

- Determinar las causas de altas voluntarias de los usuarios de los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança entre 2015 y 2020.

Objetivos específicos:

- Analizar la influencia de las actividades en las altas voluntarias.
- Conocer la relación del residente con el equipo y el profesional de referencia.
- Definir las motivaciones de los usuarios para abandonar el recurso.
- Conocer el apoyo familiar recibido previo a la situación de la alta voluntaria.

- 2. Marco teórico

- 2.1. Exclusión e inclusión social

- 2.1.1. Causas de la exclusión social

El concepto de exclusión social ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. En España, han sucedido diferentes acontecimientos que han promovido este cambio, como, por ejemplo, la fragmentación de la sociedad, cambios en el empleo y la economía o el déficit de inclusividad en el Estado de Bienestar (Humet et al, 2005). Estos cambios, se han podido observar a través de cambios demográficos como el aumento de la inmigración, el envejecimiento de la población y un aumento en la desigualdad social, todo ello produciendo la crisis del Estado de Bienestar que ha generado una mayor vulnerabilidad social.

Otro aspecto importante en el concepto de exclusión es que se ha experimentado una evolución hacia la precariedad laboral en la que existen dificultades para conseguir trabajos bien remunerados con unas garantías mínimas que protejan los derechos de los trabajadores. Estas garantías mínimas, tiempo atrás eran garantía de inclusión social, ya que se basaba en la seguridad en el mercado laboral, en el empleo, seguridad de ingresos, en las condiciones de trabajo y en el puesto de trabajo (Standing, 1988, citado por de la Puerta y Aznarte, 2013).

El cambio concreto de paradigma de la exclusión social fue promovido en el momento en que la pobreza dejó de ser el eje principal (Martínez y Lechuga, 2012) para poder explicar el fenómeno de la desigualdad. De esta manera la desigualdad social y la exclusión son términos estrechamente relacionados.

Realizando una revisión bibliográfica, diferentes autores han hecho varias definiciones intentando identificar sus causas y repercusiones, García et al (2008) definieron tres ejes de la exclusión social: el económico, el político y el social. Por otro lado, Subirats et al (2004) propuso un enfoque más holístico y en profundidad teniendo en cuenta la exclusión como consecuencia de la desigualdad y de los problemas estructurales, relacionándolos con el sistema económico y social, a partir de aquí, identifica diferentes ámbitos como el económico, el laboral, formativo, residencial, relacional o

de ciudadanía y de participación social que se interrelacionan con los ejes de género, edad o etnia.

Otra dimensión a tener en cuenta son los procesos psicológicos (Sarasa y Sales, 2009) entendidos como las características personales relacionadas con enfermedades mentales o rasgos de personalidad que forman parte de elementos internos (Espina y García, 2003) de la persona y que pueden ser precursores de la exclusión social.

De esta manera, el VIH, la enfermedad mental o la institucionalización en centros pueden formar parte del conjunto de las causas juntamente con los diferentes ejes que nombra Subirats et al (2004).

El contexto de incertidumbre también forma parte como causa (Castel, 2014) ya que, la exclusión es la finalización de un proceso de vulnerabilidad de la persona que ha perpetuado a lo largo del tiempo y no se ha podido revertir (Castel, 2015), como consecuencia, en parte, de la situación económica, laboral y sanitaria en la que nuestra sociedad está inmersa y que afecta a los derechos de los ciudadanos.

Con todo lo expuesto, se observa la importancia de identificar las causas de la exclusión social teniendo en cuenta diferentes factores, como son el económico, el formativo, el sociosanitario, vivienda, relacional, político, el contexto espacial (Subirats, 2005) y el personal.

Cuando una persona accede a un centro residencial gestionado por el estado o por alguna entidad, es porque está en este proceso de exclusión que se ha perpetuado a lo largo del tiempo siendo insostenible y no dispone de los recursos personales y materiales necesarios para poder hacer frente a la situación.

- **2.1.2 Estigma y exclusión social**

El estigma, forma parte de una clasificación social creada por un grupo social y aplicado a quien se considera diferente (Mercado y Zaragoza, 2011). Es producto de la interacción social, es decir, existen personas estigmatizadas porque comparten el mismo escenario social que el resto de las personas y son diferenciadas y tratadas diferentes por tener unas características particulares. Goffman clasificaba diferentes

tipos de estigmas según el origen, si eran físicos, psicológicos y sociales (Marichal y Quiles, 2000).

Las personas con VIH forman parte de un grupo estigmatizado, ya que la sociedad ha desarrollado una serie de creencias relacionadas con enfermedad que puede llevar a la marginalidad (Aggleton et al, 2003), a la desigualdad y a una exclusión social. El impacto del estigma repercute en la vida social de las personas con el VIH, en las ocupaciones, en las relaciones personales, ya que la sociedad reacciona con miedo al contagio y existen prejuicios sociales vinculados a creencias que se asocian al VIH vinculadas con la drogadicción, la homosexualidad, la prisión o sinhogarismo, lo que produce sentimientos de rechazo hacia la persona. Por ejemplo, está demostrado que el riesgo de contagio es solo a través de sangre y que la carga viral indetectable no se puede transmitir (Lopardo, 2019) y aun así, continúa permaneciendo ese miedo y el estigma, que se traslada a todas las personas con VIH.

Es necesario superar este estigma para poder alcanzar la participación plena en la vida social, tanto con acciones externas, como por parte de la misma persona estigmatizada, por lo que es importante evitar tensiones emocionales y sentirse apoyado por personas cercanas (Guevara y Hoyos, 2018). De esta manera el vínculo profesional y el apoyo familiar, son importantes para poder superar la estigmatización que interfiere en la inclusión social.

- **2.1.3 Inclusión social**

La inclusión social se define en oposición a la exclusión social (Centeno y Larrinoa, 2012), ya que la inclusión social es el proceso por el que una persona, después de estar en situación de exclusión social, vuelve a ser un miembro activo y pleno de la sociedad. Los factores de inclusión social (Tezanos, 2001) pueden ser los mismos que en la exclusión puesto que son los que forman parte de la estructura y facilitan la integración una vez están cubiertos.

Otro punto en común es que el concepto de inclusión social ha evolucionado a lo largo de los años en cuanto a su significado práctico. Décadas atrás, la economía era el factor más importante en la inclusión y tener un trabajo era garantía de inclusión. La inclusión social se veía como un proceso en el que se iba subiendo una escalera

(Centeno y Larrinoa, 2012) y en el que el trabajo era un peldaño muy importante. Ahora, la inclusión se contempla como un proceso complejo y multidimensional en el que factores como la calidad de vida y la familia, (Centeno y Larrinoa, 2012) tienen un peso importante, y en el que también se debe tener en cuenta aspectos internos, como las habilidades o capacidades individuales en el proceso.

Referente a los factores internos, Bueno (2002) nombra, que, en el proceso de inclusión social, hay diferentes aspectos a considerar, y destaca las funciones asertivas e integrativas, como dos elementos complementarios en los mecanismos de inclusión social que contribuyen a la integración personal y la socialización. La función integrativa es por la que las personas se implican en procesos de inserción o identificación, fomentando el sentimiento de pertenencia en el grupo social en un grupo y la función asertiva es la que ayuda a reconocerse a uno mismo separado del grupo manifestándose por la necesidad que tienen las personas de pertenecer a un grupo y siendo la función asertiva la que ayuda a diferenciar al individuo, sus sentimientos y su individualidad, reconociéndose a sí mismo y diferenciándose de los otros. Entre las dificultades que se encuentran las personas en los procesos de inclusión social existe un desequilibrio entre estas dos funciones (Bueno, 2002), y a más, en ambas funciones interviene un factor importante que es el de las habilidades sociales.

- **2.1.4 Factores que favorecen y dificultan los procesos de Inclusión social**

Algo que nos es de importancia, es el hecho de conocer las causas de la interrupción de los procesos de inclusión social de una persona cuando está en un recurso y la investigación nos ofrece diferentes estudios principalmente con relación a la drogadicción y al sinhogarismo.

Se ha constatado que en centros de rehabilitación de drogodependencias, los motivos para abandonar los procesos recaen en la percepción subjetiva de sensación de bienestar, y de no necesitar más ayuda (Correa, 2020), (Ruiz, 2009), también se destacan las relaciones personales e inconformidades con la institución, procedimientos (Correa, 2020) y el marco normativo impuesto (Ruiz, 2009). Otras

causas están relacionadas con perfiles de personas con adicciones (Ruiz, 2009) y con policonsumo. También el diagnóstico de trastornos psicóticos o límites de personalidad son las que obtienen menores resultados de altas no voluntarias (Madoz et al, 2013).

En el caso de personas en situación de sinhogarismo los factores que facilitan los procesos de inclusión social se destacan por los apoyos institucionales, recursos económicos como rentas mínimas de inserción, y pensiones contributivas y la resiliencia de las personas, hecho que genera una mayor dependencia a las entidades y profesionales y entre las dificultades, la falta de apoyos familiares, las bajas prestaciones sociales, y consecuencias físicas y psicológicas ocasionadas por prolongada situación de calle (Matulic, 2013).

Otro de los procesos que favorecen la inclusión social son las relacionadas con el acompañamiento individual y el vínculo terapéutico. En investigaciones de procesos de psicoterapia los motivos de abandono de tratamiento están relacionados con la despreocupación del motivo inicial de la consulta, la desmotivación por la terapia, el incumplimiento de instrucciones, relativizar el problema, la tardanza en conseguir objetivos, la negación a abordar algunos temas o la falta de rapport con el terapeuta (Gavino y Godoy ,1993).

Resumiendo, podemos decir que dentro del conjunto de factores para tener en cuenta en las interrupciones de los procesos tiene que ver con la personalidad, la situación y la relación profesional (Craig, citado por Chazenbalk et al, 2003) y que se pueden clasificar como personales, psicopatológicos, legales, médicos, adicciones, sociolaborales, familiares y de tratamiento (Espina y García, 2003) o en diferentes dimensiones, como la estructural, institucional, relacional y personal (Matulic, 2015).

- [2.2. Familia](#)

Sabemos que la familia es una de las principales entradas a la integración social puesto que tienen una función de socialización importante. Es a través de ella, cuando las personas empiezan el proceso de socialización aprendiendo a desenvolverse en la vida

social, adquiriendo y conociendo una serie de habilidades y normas sociales (Subirats, 2005).

Tradicionalmente se le ha atribuido una serie de funciones relacionadas con el trabajo doméstico y las relacionadas con la solidaridad (Flaquer, 1995), siendo esta última función muy importante ya que corresponde a un apoyo frente a una situación de adversidad y forma parte del apoyo social (House, 1981) que proporciona sentimiento de estima y valor dentro de un grupo social (Durá y Garcés, 1991). Así, la familia influye en el desarrollo social de las personas, y el afecto recibido y la disciplina utilizada en la infancia (Triñanes e Isidro, 2021) están relacionados con la manera de afrontar y gestionar diferentes adversidades en las que se encuentra la persona.

Existe una relación estrecha entre la familia y la situación en la que se encuentra la persona, siendo un apoyo indispensable para los residentes en centros de acogida y contribuyendo en su proceso hacia la inclusión pese a las adversidades que puedan surgir en los procesos. Es necesaria la implicación de las mismas, teniéndolas en cuenta en las intervenciones ya que en caso contrario puede ser perjudicial para el proceso de la persona (Secades y Magdalena, 2000).

Es en esta ambivalencia (Abad, 2000), donde se puede diferenciar la familia funcional y la familia disfuncional, la familia funcional es la que socializa y apoya a los miembros, regula y satisface las necesidades para un desarrollo personal y relacional y la disfuncional es aquella que se caracteriza por unos límites amorfos en la organización interna, una resistencia al cambio, distancia emocional disfuncional, interacciones incoherentes entre los miembros o escaso reconocimiento y resolución de conflictos (Carreras, 2014))estos factores pueden dificultar los procesos de inclusión.

Las personas que llegan a un centro de acogida por una situación de exclusión social a menudo sus redes familiares y sociales son escasas o forman parte de una familia disfuncional. Las personas que provienen de un núcleo de familia funcional pueden encontrarse distanciadas por situaciones extremas de exclusión social, en la que se mezclan diferentes factores como la dependencia a drogas o enfermedades mentales, hecho que puede repercutir en las relaciones familiares produciendo el distanciamiento.

En estas situaciones límite, las relaciones familiares pueden aumentar, perpetuar el problema o solucionarlo (Hervás y Gradolí, 2001, citado por Calvo, 2007). La perpetuación del problema radica cuando la familia no dispone de suficientes recursos como para poder servir de apoyo (Subirats et al, 2005).

En un estudio sobre el apoyo social y la prevención de recaídas, se concluyó que la familia es un factor que influencia en la prevención en la recaída del consumo de drogas (Garmendia, Albarado et al 2008), lo que reafirma que la familia constituye un apoyo informal y que resulta ser una ayuda imprescindible para superar las adversidades o subsistir en la exclusión (Virto, 2015). Por esto, la importancia de la implicación familiar es clave para poder mejorar el pronóstico y el tratamiento (Calvo, 2007; Secades y Magdalena, 2000).

Contrariamente, una variable significativa que pronostique éxito en programas de desintoxicación es tener poco contacto con la familia, lo que reafirma que la implicación de la familia en el proceso terapéutico se hace necesario (Valero et al, 2013)

Otro aspecto a tener en cuenta es que, por ejemplo, en las políticas de inclusión social de programas comunitarios de centros residenciales para personas con trastornos mentales graves, se hace necesario implementar programas de apoyo social en la atención a personas (Laviana y López, 2007) y parte del apoyo social es la familia.

2.3. Vínculo terapéutico

Freud (1912), empezó a hablar sobre la relación terapéutica entre la colaboración del que terapeuta con el paciente (Safran y Muran, 2005). Aunque el concepto se inició dentro del campo del psicoanálisis, en el ámbito social residencial donde las personas atendidas y los profesionales interactúan de manera constante, la relación terapéutica y en concreto, el vínculo que se establece es muy importante ya que existe un acompañamiento de cerca con las personas atendidas.

El vínculo terapéutico es aquel que se establece entre una persona y el profesional que le acompaña favoreciendo su recuperación, siendo en términos sociales, la la

adquisición de habilidades que favorezcan la inclusión social. Se puede hablar de un consenso general por el que se relaciona el éxito de la intervención con la relación entre el paciente y terapeuta (Etchevera et al, 2010), lo que conlleva que el acompañamiento por parte de los profesionales genera de por sí un vínculo y una relación que puede favorecer o dificultar la inclusión social. Karl Rogers, afirmaba que la relación terapéutica tenía un valor curativo de por sí (Boric y Pacheco, sf).

En un estudio sobre la adherencia al tratamiento en un centro de desintoxicación, (Ramírez et al, 2018), los usuarios destacaban como elementos importantes para el proceso la actitud de los terapeutas hacia ellos y resaltaban cualidades importantes en los miembros del equipo como la empatía, la comprensión, la confianza y la capacidad de ponerse en un plano de igualdad. Esta percepción por parte del usuario es importante a tener en cuenta para la creación de un buen vínculo terapéutico.

Otro aspecto es la importancia del self del terapeuta, refiriéndose al estilo del terapeuta configurado por las creencias, experiencias, estilo afectivo, lo que ayuda a establecer el vínculo terapéutico y que debe trabajarse para poder favorecer el éxito de la intervención ya que una coincidencia en el sistema de creencias por parte de ambos, puede llevar a un estancamiento y una discordancia entre las creencias, y a un abandono del tratamiento (Chazenbalk et al, 2003). El concepto de self en los profesionales debe estar relacionado con la empatía, la aceptación y la autenticidad necesarias para establecer un buen vínculo y una capacidad para poder detectar las actitudes personales que favorecen o dificultan el mismo.

En los centros de acogida, se podría equiparar el rol del terapeuta al de cualquiera de los miembros del equipo de atención directa, siendo el profesional referente, el que establece un vínculo más cercano de acompañamiento hacia la persona atendida.

2.4. Actividad

Antes de adentrarnos en las definiciones de la actividad, debemos definir lo que es una ocupación ya que en ocasiones se utiliza actividad y ocupación indistintamente.

La ocupación es un término utilizado en la disciplina de Terapia Ocupacional que ha sido definida de diferentes maneras. Cuando hablamos de ocupación nos referimos a las actividades diarias que reflejan valores culturales, que aportan una estructura a la

vida y un significado a las personas. Pueden estar relacionadas con necesidades como el autocuidado, ocio o la participación en la sociedad (Crepeau et al, 2003). Realizar ocupaciones valoradas socialmente influye en el bienestar psicológico y social de las personas (Wilcok, 1998).

De esta manera podríamos definir la ocupación como aquellas actividades que realiza la persona en el transcurso del día. En el Marco de Trabajo de la Práctica de Terapia Ocupacional (2010) se distinguen siete categorías de ocupaciones: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, ocio, juego y participación social.

Las actividades de la vida diaria son aquellas que están relacionadas con el cuidado del cuerpo, como el vestirse, asearse o comer. Las actividades de la vida diaria instrumentales requieren de más complejidad, siendo actividades de apoyo como el cuidado de los otros, gestionar la comunicación o moverse por la comunidad. En el área de descanso y sueño, se relaciona con la preparación para el sueño, descansar, dormir. El área de educación incluye las actividades necesarias para el aprendizaje como participar en la educación formal, informal y en trabajo, las actividades como buscar empleo, rendir en el trabajo, explorar el voluntariado o participar, el juego entran actividades como la exploración y la paginación en el juego, en el área del ocio, explorar y participar en ocio, y la participación social las actividades de participación en la comunidad, en la familia y con compañeros (Ávila et al, 2008).

Hay que tener en cuenta que existe una relación entre la participación en actividades y la inclusión social, participar en actividades normalizadas y en la comunidad, es un indicador de inclusión social (ICASS, 2010) y que puede ser utilizada de manera terapéutica (Moruno, 2003) para favorecer la participación e integración social, elementos indispensables para la inclusión social.

Por otro lado, las ocupaciones o actividades significativas son aquellas que proporcionan un equilibrio personal y social relacionándolas y se relacionan con la salud y el entorno (Viana, García y Ávila, sf) son aquellas importantes, las que la persona quiere hacer, por lo que es un concepto subjetivo vinculado al propósito y el significado que la persona le da (Carrasco y Olivares, 2008). La implicación en

actividades significativas puede contribuir al sentido de vida (Rodríguez et al, 2019) y el sentido de vida, genera una sensación de bienestar necesaria para la autoconfianza y facilitación en los procesos de inclusión social.

• 3. Contexto

En Catalunya, existe una red de recursos residenciales para personas con VIH/sida y dificultades para la inclusión social (ICASS, 2010). La Fundació Acollida i Esperança, ubicada en Catalunya, es una entidad de tercer sector que forma parte de esta red de recursos y que tiene su origen en 1983 cuando L'Obra Social Santa Lluïsa de Marillac de les Filles de la Caritat ofrecieron un servicio de acogida e integración social para personas sin recursos que vivían en la calle. En 1990 se abrió un piso de acogida para enfermos de VIH/Sida en fase terminal impulsado por Sor Genoveva , hija de la Caridad y el Padre franciscano Josep Costa Planagumà. Más tarde, en 1993 un grupo de voluntarios del piso de acogida y el padre Costa fundaron la Fundació Acollida y Esperança y formaron una comunidad cristiana que promovía la acogida desde una visión humanista acompañando a personas con el síndrome inmunitario de déficit adquirido (SIDA) e intentando así responder a una necesidad social de atender a aquellas personas afectadas por SIDA y sin apoyo social ni familiar (Fundació Acollida i Esperança, 2022).

La enfermedad fue evolucionando y con ella la intervención hacia las personas atendidas, en el 2008 se promovió una renovación de la organización y de la gestión de la entidad (Fundació Acollida i Esperança, 2022), especializándose y profesionalizándose cada vez más hasta llegar a ser una entidad referente en el que actualmente su meta es el de acompañar hacia la inclusión social. Sus objetivos generales son el de ofrecer una atención básica a personas con gran vulnerabilidad o que padecen exclusión social, ofrecer un acompañamiento socioeducativo y una atención especializada referente al VIH (Fundació Acollida i Esperança, 2020).

La Fundación cuenta con diferentes servicios y recursos, esta investigación se centra en los recursos residenciales especializados (Trinidad y Alemán, 2006) que cuentan con características similares, en concreto, el centre d'acollida Convent dels Franciscans i el centre d'acollida Can Banús.

3.1. Características de los hogares residencia de la red de recursos para personas con VIH/sida en Catalunya

Los centros y pisos de acogida están dentro de la catalogación de hogar residencia con soporte de la red de recursos para personas con VIH/sida. Son servicios residenciales con soporte profesional y garantizan una atención integral y rehabilitación personal individual (ICASS, 2020).

Los principios básicos que orientan la filosofía de atención se pueden resumir en favorecer la calidad de vida englobando el bienestar emocional y material, relaciones personales, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación inclusión social, derechos (Schalock y Verdugo, 2007) y la atención centrada en la persona.

3.2. Centre d'acollida Convent dels Franciscans

El centre d'acollida Convent dels Franciscans, está situado en La Bisbal d'Empordà, en la provincia de Girona, en Catalunya. Empezó a funcionar el 2003 y tienen una capacidad para atender 27 personas.

Los objetivos, además de cubrir las necesidades básicas, son el de estabilizar la enfermedad, dar soporte psicoafectivo, acompañamiento social y emocional de las personas residentes y promover los procesos de inserción social (Fundació Acollida i Esperança, 2020)

La Bisbal d'Empordà es una población de 11159 habitantes (Institut d'estadística de Catalunya, 2021) capital de provincia situado en un ambiente rural.

3.3. Centre d'acollida Can Banús

Can Banús, también es un centro residencial para personas con VIH y exclusión social, está situado en Badalona, provincia de Barcelona, en funcionamiento desde 2007, con una capacidad de 27 residentes, sus objetivos son mejorar la calidad de vida de las personas atendidas, desarrollar la máxima autonomía posible y la integración en la sociedad (Fundació Acollida i Esperança, 2022).

Badalona es una ciudad con 223166 habitantes (Idescat, 2021), con características urbanas.

3.4. Perfil de las personas acogidas

Los residentes de los centros son derivados por la trabajadora social referente de la localidad en la que están empadronados. Para realizar la derivación, deben tener en cuenta que las personas deben estar diagnosticadas de VIH y estar en situación de exclusión social. El análisis de la situación social y el grado de vulnerabilidad, lo valoran las directoras de los centros a través del documento de análisis de la situación social (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2010) en el que se tiene en cuenta los ingresos económicos, la red familiar, los estudios, la adicción, la salud, su estado legal, judicial y la disposición de vivienda.

Hay varios motivos por los que una persona ingresa en un recurso de estas características, básicamente personas que carecen de redes familiares o sociales, problemas de consumo de drogas, sin recursos económicos, con diagnósticos de enfermedad mental o enfermedades asociadas al VIH. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es que suele haber casos con un historial de institucionalización (Flores, 2014).

Hay que tener en cuenta que la implicación familiar en los procesos es diferente en cada persona en función del diagnóstico y la edad. También existen situaciones de personas que provienen de familias desestructuradas, con pocos hábitos laborales o con dificultad por integrarse en actividades de ocio y baja formación escolar y laboral y baja autoestima (ICASS, 2010). Otro aspecto importante, es que existen múltiples patologías asociadas, patologías psiquiátricas derivadas del consumo de drogas y asociadas al efecto del VIH a largo plazo, como la demencia (ICASS, 2010).

3.5. Funcionamiento interno

Los centros de acogida de los que hablamos tienen un funcionamiento similar, existe un protocolo de acogida de los nuevos residentes. Se asigna un profesional de referencia a cada usuario que será el que le acompaña más estrechamente durante todo el proceso.

Durante la primera semana se explica el funcionamiento del centro y se firma el contrato asistencial y la normativa de funcionamiento interno en la que se especifica el seguimiento que se realizará el compromiso por parte del residente a no consumir, a dejarse acompañar por los profesionales, a resolver los conflictos desde el dialogo, sin violencia y a que se le administre la medicación. Normalmente entre la semana y el mes de estancia suelen salir acompañados siempre por el equipo, con el fin de poder conocer y habituarse al ritmo del centro. Transcurrido un mes aproximadamente se realiza una reunión con la referente para establecer los objetivos en el documento de trabajo conocido como Plan de atención individualizado (PAI), y a cada 4/6 meses se hace una revisión juntamente con la persona. El número de encuentros con la referente no está establecido por lo que dependiendo de las necesidades se van pactando las reuniones.

El día a día en el centro se estructura a través de actividades y talleres que se ofrecen, cada centro tiene una normativa concreta referente a la participación y utilización de recursos externos, como recursos de la comunidad u otras entidades del tercer sector a fin de alcanzar los objetivos. Los usuarios pactan con sus referentes las actividades a realizar teniendo en cuenta sus características y necesidades.

Todos los objetivos pactados entre residente y profesional quedan reflejados en el PAI en diferentes áreas: salud, ocupación, económica, familiar y ocio, pactando los pasos para su consecución y realizando el seguimiento.

3.6. Equipo profesional

El equipo profesional general de los centros se compone por la directora, dos profesionales sanitarias, dos monitoras de noche, tres profesionales con el rol de

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança educadoras por la mañana y tres por la tarde. En el caso de Can Banús, son dos educadoras y una monitora, por la mañana y por la tarde. En los fines de semana son tres profesionales, dos miembros del equipo y un monitor de refuerzo.

La categoría de educadora corresponde al rol profesional que se encarga de realizar seguimientos individuales a los residentes de los centros, realizando los Planes de Atención Individual (PAI) con los usuarios y usuarias y teniendo generalmente una relación más estrecha que con el resto del equipo. El perfil profesional de esta categoría puede ser muy variado, siendo ocupado tanto por graduados universitarios como por grados medios y superiores de formación profesional.

- ## 4. Metodología

El objetivo de esta investigación comprende un fenómeno subjetivo y complejo, por ello el desarrollo de la investigación se ha planteado con una metodología mixta, utilizando métodos cuantitativos, a través de la información de datos secundarios y a través de entrevistas en profundidad.

- ### 4.1 Enfoque, alcance y diseño

- #### 4.1.1 Enfoque

Para este trabajo se utilizará el enfoque mixto, utilizando el método cuantitativo y cualitativo para la recolección de datos. El enfoque cuantitativo se ha utilizado para responder a las preguntas de investigación utilizando las variables que nos aportará la parte objetiva, de medida, deductiva y comprobable (Pinto, 2018) de la investigación.

El enfoque cualitativo ofrece la parte más descriptiva y subjetiva para poder dar más profundidad (Pinto, 2018)) a la investigación y poder plantear nuevas líneas de investigación.

Para apoyar los resultados de la muestra, se han realizado entrevistas en profundidad a dos miembros del equipo, encuestas a los residentes de los centros, a personal de atención directa y también un grupo de discusión con miembros del equipo. Con ello se espera poder ampliar la perspectiva para poder verificar los datos y responder a distintos niveles de profundidad (Vera y Vallalón, 2005).

Se utilizará la triangulación de datos utilizando diferentes fuentes de información, en este caso una triangulación metodológica, que consiste en combinar diferentes métodos para analizar un mismo suceso (Cea, 2009) Las ventajas que proporciona este método es que nos dará más profundidad y diversificación en los resultados, más validez y nos facilitará la comparación (Cea, 2009).

- 4.1.2 Alcance

El alcance de la investigación es explicativo, puesto que lo que se pretende es dar una explicación sobre el fenómeno en cuestión (Garlaza, 2020) de las causas que ocasionan las altas voluntarias. El alcance explicativo está orientado a buscar los orígenes, las causas y en la comprensión de estos. En la parte cuantitativa, se busca establecer una relación entre las variables y en la parte cualitativa un análisis lingüístico para comprender mejor el fenómeno a través de la subjetividad de los entrevistados (Garlaza, 2020).

- 4.1.3 Diseño

El diseño de la investigación es no experimental transversal, ya que no se han manipulado las variables, observando el fenómeno en su contexto natural siendo más próximo a la realidad (Agudelo et al, 2010), también se ha realizado la investigación determinando un período concreto para poder adecuar el tiempo necesario de desarrollo del trabajo, al tiempo disponible para la elaboración de éste.

Este trabajo de investigación se ha planificado en relación con el tiempo dispuesto para la entrega en depósito de 4 meses, las fases están detalladas a continuación:

1ª fase: Exploración y construcción

La duración prevista era de un mes. La exploración y la construcción se han ido gestando a lo largo de las diferentes asignaturas de investigación del máster. Ha sido muy difícil acotar el número de hipótesis y las variables a investigar puesto que el conocimiento previo del tema ha hecho que surgieran numerosas preguntas con necesidad de conocer, pero de las que no se podría dar respuesta en este trabajo debido a la corta temporalidad. La entidad ha sido elegida por la relación laboral que se ha mantenido en el pasado y que ha facilitado todo el proceso tanto en la construcción del marco teórico como en la obtención de datos. Finalmente, durante esta fase, se ha realizado el marco teórico y el diseño de las preguntas de las entrevistas individuales.

2a fase: Trabajo de campo y análisis de la información

La duración prevista en esta fase era de dos meses.

Para la parte cuantitativa se ha realizado el levantamiento de datos, a través de las lecturas y extracción de la información. Primeramente, se estableció un contacto con las directoras de los centros para poder acceder a la plataforma interna, utilizando los documentos firmados de confidencialidad. Posteriormente, se inició la recogida de información del centre d'acollida Convent dels Franciscans, buscando en el historial, los archivos de las personas que habían realizado previamente un alta, en los archivos de cada persona se buscó el tipo de alta, voluntaria, por abandono o programada por decisión personal, buscando en los informes las diferentes variables y trasladando sistemáticamente la información a un documento Excel. Después se realizó el mismo procedimiento con los historiales de Can Banús.

Para poder realizar las entrevistas a los usuarios o usuarias, se buscó entre los residentes actuales cuáles de ellos habían realizado anteriormente altas voluntarias en los centros y solo se encontraron dos. Debido a la imposibilidad por tiempo necesario para realizar una búsqueda de otros residentes y la dificultad de recursos para encontrarlos se decidieron hacer las entrevistas a estos dos usuarios que residían en el mismo centro, y se aprovechó para realizar una entrevista a uno de los miembros del equipo educativo. La segunda entrevista al miembro del equipo educativo se realizó por la plataforma zoom debido a la dificultad de desplazamiento.

Durante el transcurso de esta fase se vio la necesidad de ampliar la recogida de datos mediante cuestionarios al máximo de residentes de los centros, así como al personal de atención directa, y a un grupo de discusión con profesionales para poder ampliar más la información obtenida. También se propuso realizar un grupo de discusión con usuarios del centro en Can Banús, pero por cuestiones organizativas del centro no se pudo realizar.

El análisis de la información se ha ido realizando a la par que el trabajo de campo, introduciendo los datos cualitativos en el programa SPSS y realizando la transcripción de las entrevistas.

3ª fase Interpretación de resultados y conclusiones

La duración prevista de la fase era de un mes.

Se procedió a la redacción de los resultados, conclusiones y limitaciones.

4.2 Hipótesis

La formulación de la hipótesis surge a través del conocimiento previo del fenómeno estudiado, aunque existen muchas otras hipótesis iniciales, para este trabajo se han planteado tres principales, acotando así al tiempo disponible y poder realizar una mayor profundización en ellos.

- **Hipótesis 1:** Si no hay vínculo terapéutico se producen más altas voluntarias.
- **Hipótesis 2:** No realizar actividades produce más altas voluntarias.
- **Hipótesis 3:** No tener relación familiar influye a producir más altas voluntarias.

4.3 Variables

- **3.3.1 Variable dependiente**
- **Altas voluntarias:** Se han considerado como altas voluntarias todas aquellas en las que la persona usuaria ha decidido marchar interrumpiendo su proceso personal y por tanto su proceso de inclusión social, diferenciando entre alta programada, alta por derivación, alta voluntaria o alta por abandono.
- **3.3.2 Variables independientes**
- **Apoyo familiar:** Se ha tenido en cuenta la existencia de relación con la familia o no. Buscando si existía relación, telefónico, mediante visitas o salidas que hubiera realizado. Se ha considerado familia, cualquier miembro de familia de origen o propia, teniendo en cuenta la pareja o expareja y descendencia.

- **Vínculo terapéutico:** lo entenderemos como la relación que se establece del profesional referente y los profesionales con el usuario. Se ha buscado si en los informes o en los seguimientos diarios se destacaban reuniones, tutorías formales o informales con el referente o miembros del equipo a nivel individual y también si se destacan conflictos con algún miembro del equipo, entendiendo el conflicto como agresividad física o verbal.
- **Actividades:** Se ha buscado información sobre la participación en los talleres de manera regular, también si ha participado o realizado cursos o si han sido alcanzados objetivos relacionados con las ocupaciones reflejados en el PAI.

4.4 Población y muestra

Para esta investigación la población han sido las personas que han realizado altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança entre 2015 y 2020.

La muestra ha correspondido a un total de 64 personas registradas que han realizado altas por voluntad propia.

4.5 Técnicas de recogida de datos

Las técnicas de recogida de datos han sido a través de fuentes secundarias generadas por la propia institución y para la que se necesitó la autorización de las directoras de los centros para poder acceder a la base de datos, explicando el motivo. También se utilizó entrevistas en profundidad. Para acceder a la muestra se localizó a residentes actuales, en la base de datos de los centros, que previamente habían realizado alta voluntaria durante el período estudiado. Para complementar la información se realizaron entrevistas a profesionales que realizaban seguimientos durante el período establecido, cuestionarios al personal de atención directa y a los usuarios actuales de los centros y un grupo de discusión.

La relación previa entre la investigadora y el contexto, facilitó el acceso a la muestra, y referente a la confianza necesaria entre los entrevistados y la investigadora para realizar las entrevistas (Schettini y Cortazzo, 2015).

- **4.5.1 Fuentes secundarias**

Las fuentes de datos secundarias se obtuvieron de la base de datos de cada centro de acogida, se explicó el motivo del trabajo y se presentó los documentos necesarios de confidencialidad. Posteriormente, facilitaron las credenciales para el acceso a la red interna y se buscó sistemáticamente los diferentes indicadores de las variables a analizar a través de diferentes documentos de los centros e introduciendo las diferentes variables en una matriz de datos Excel. Los documentos que se utilizaron fueron:

- Informes de seguimiento diario: De este tipo de informe se obtuvo la información sobre conflictos con el equipo que se habían producido durante su estancia. Y buscando la información que si se nombraban tutorías formales o informales con algún miembro del equipo con los residentes durante el mes previo al alta.

- Plan de atención individual: Se buscó si los objetivos propuestos en relación con las actividades estaban alcanzados, no alcanzados o en curso
- Informes de alta: Se obtuvo la información sobre la circunstancia específica de la alta voluntaria, e información en el área ocupacional sobre actividades en las que había participado o conflictos con los miembros del equipo.

En total se revisaron los informes de 64 personas que realizaron altas por voluntad propia.

- **4.5.2 Entrevistas en profundidad a la muestra**

Después de revisar las altas voluntarias en las bases de datos y comprobar cuáles de los residentes que actualmente estaban en los centros habían realizado una alta voluntaria se localizaron dos personas que actualmente residan en los centros. Previamente a la entrevista, se procedió a contactar y a buscar disponibilidad de horarios con las personas para realizar entrevistas presenciales. Para el diseño de la entrevista se planteó una entrevista semiestructurada, teniendo en cuenta que el vocabulario fuera comprensible y las categorías con relación a los factores que favorecen y dificultan los procesos, las motivaciones para interrumpir los procesos y la percepción sobre su relación o vínculo con el equipo y el referente y las ocupaciones que vinculan a continuar con los procesos. De esta manera se preguntó sobre las causas de la alta voluntaria, el vínculo terapéutico y las actividades, también se realizaron preguntas introductorias para verificar que fueran parte de la muestra y exploratorias con el fin de poder profundizar en algunas categorías.

Las entrevistas se realizaron en una sala de reuniones del centro Convent dels Franciscans, en el que se explicó la naturaleza de la investigación y se pidió consentimiento explícito para la grabación en audio de la entrevista.

La duración de las entrevistas fue de 15 minutos, con el objetivo de tratar los temas concretos y mantener la capacidad de atención de los entrevistados.

- **4.5.3 Entrevistas en profundidad a referentes educativos**

Las entrevistas a dos de las profesionales que hicieron seguimiento de personas que realizaron altas, se diseñaron con las categorías en relación su relación o vínculo con el equipo y el referente y las actividades que vinculan a continuar con los procesos, se introdujeron preguntas introductorias y exploratorias.

Una de las entrevistas fue a una referente del Centre d'acollida Convent dels Franciscans el mismo día que se realizó las otras entrevistas a la muestra y una segunda entrevista se realizó a una referente de Can Banús por videoconferencia a través de la plataforma Zoom, en ambas se explicó el motivo de las entrevistas y se pidió en consentimiento para las grabaciones en audio de las mismas. Las entrevistas fueron semiestructuradas y su duración fueron de aproximadamente 30 minutos cada una.

- **4.5.4 Encuestas**

Se realizaron dos encuestas, una para el personal de atención directa y otra para residentes de los centros a través del Google forms. Las encuestas a profesionales se envió el enlace a las directoras de los centros para que pudieran hacer difusión a los miembros del equipo de atención directa, referentes, monitores, personal de enfermería y voluntarios, también se facilitó el enlace a una profesional que había dejado de trabajar en el centro durante el último año, un total de 22 personas contestaron la encuesta.

Para realizar las encuestas a los residentes, puesto que no todos tenían teléfono móvil y por sí surgía alguna duda, se proporcionó el enlace a una profesional de cada centro que se encargaron personalmente de pasar las encuestas, para poder asegurar una mayor participación. Un total de 30 residentes participaron de la encuesta.

Para las encuestas se realizaron preguntas cerradas sobre las diferentes variables.

- **4.5.5 Grupo de discusión**

Se convocó al grupo de discusión tres profesionales de cada centro a través de correo electrónico, a dos referentes educativos y una sanitaria para poder ser más homogéneo proporcionando diferentes fechas y horarios para un encuentro virtual vía

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

plataforma Zoom. Finalmente, solo respondió a la convocatoria 3 miembros del equipo del centro Convent dels Franciscans, el centro Can Banús se excusó debido a varios brotes de Covid en el centro y un aumento de tareas que impedían participar.

El grupo de discusión tuvo una duración de 50 minutos, una de las participantes no pudo acceder al enlace, por lo que participó vía telefónica y se procedió a la grabación de audio del grupo, previo consentimiento.

Antes de empezar la grabación se volvió a explicar la naturaleza de la investigación y el objetivo del grupo de discusión, pidiendo que se sintieran libres de expresar lo que quisieran y que sus nombres verdaderos fueran sustituidos para poder permanecer en mayor anonimato.

4.6 Técnicas de análisis de datos

- 4.6.1 Datos cuantitativos

Para el análisis de los datos cuantitativos, se utilizó la estadística descriptiva, esta técnica nos da la posibilidad de mostrar los datos de manera ordenada, resumida y de forma clara (Redón et al, 2016). Se utilizó el programa SPSS para poder elaborar las tablas de frecuencia y las gráficas.

El uso del programa SPSS, entre sus ventajas, permite poder hacer cálculos más exactos (Herrerías, 2005) e introduciendo los diferentes datos en la matriz proporciona la creación de tablas y gráficos de manera rápida y exacta.

- 4.6.2 Datos cualitativos

El análisis de las entrevistas y el grupo de discusión se realizó a través de una transcripción literal con el dialecto e idioma utilizado y una descripción narrativa, catalogando las respuestas en las diferentes categorías.

En las entrevistas a la muestra y a las profesionales referentes, se ha utilizado la comparación cruzada de los casos (Gibbs, 2012), en el caso del grupo de discusión se realizó la descripción narrativa por categorías.

A través de la triangulación, se han buscado las conexiones entre el discurso de los residentes y el análisis estadístico, para identificar, comparar y comprender las diferentes causas de las altas voluntarias.

• 5. Resultados y discusión

A continuación, se presentan los resultados obtenidos una vez procesados los datos.

5.1. Resultados de la muestra

• 5.1.1 Resultados fuentes datos secundarias

El número de casos de los que se ha consultado y de los que se ha extraído la información de la base de datos de la fundación, ha sido un total de 65 casos. La Tabla 1, muestra que la mayoría, un 90,8% de las personas consultadas, realizaron altas voluntarias, un 4,6% programadas, es decir, que juntamente con el equipo se miró de programar la salida, aceptando la decisión de marchar de la persona, un 3,1% hicieron alta por derivación, que se derivó a otro recurso porque la persona pidió marchar del centro y el equipo valoró realizar la derivación, por último, uno de los casos fue por abandono, simplemente marchó sin dar explicaciones.

Tabla 1 *Tipo de altas voluntarias*

	N	%
voluntaria	59	90,8%
abandono	1	1,5%
programada	3	4,6%
derivación	2	3,1%

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 2 se observa que los motivos principales son altas relacionadas con la normativa, en concreto, un 24,7%, debidos al consumo, un 15,4 %, por motivos familiares un 13,8% el resto de motivos, los motivos económicos son la cuarta causa más común, siguiéndola, los problemas de tipo convivencia y por desacuerdos con la

gestión del equipo, con un porcentaje del 6,2%, también existen otras causas registrados como no aceptar un cambio de recurso, por miedo a no contagiarse del COVID o sin motivo expresado por parte del residente.

Tabla 2 *Motivo de las altas voluntarias*

	N	%
no se refleja el motivo	3	4,6%
familiar	9	13,8%
convivencia	4	6,2%
consumo	10	15,4%
gestión del equipo	4	6,2%
normativa	16	24,6%
sentimiento mejora	5	7,7%
económicos	7	10,8%
otras	7	10,8%

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 3 se observan los resultados de las personas que realizaron alta voluntaria y mantenían relación con su familia, se observa como la mayoría de los que se ha encontrado la información, sí que mantenían contacto con familiares de uno u otro modo, en total un 47,7% de la muestra, también, en la Tabla 5 se observa que la mayoría también participaban en actividades, en concreto, un 43,1%. Por el contrario, no se registran en los informes si se realizaron tutorías individuales previas en un 50,8% de los casos, y en la Tabla 6 vemos que tampoco se registraron un gran número de conflictos con el equipo registrados, en total un 16,9%.

Tabla 3 *Relación familiar*

	N	%
sí	31	47,7%
no	9	13,8%
no información	25	38,5%

Fuente: elaboración propia

Tabla 4 *Tutorías individuales*

	N	%
sí	9	13,8%
no	33	50,8%
no información	23	35,4%

Fuente: elaboración propia

Tabla 5 *Participación en actividades*

	N	%
sí	28	43,1%
no	6	9,2%
no información	31	47,7%

Fuente: elaboración propia

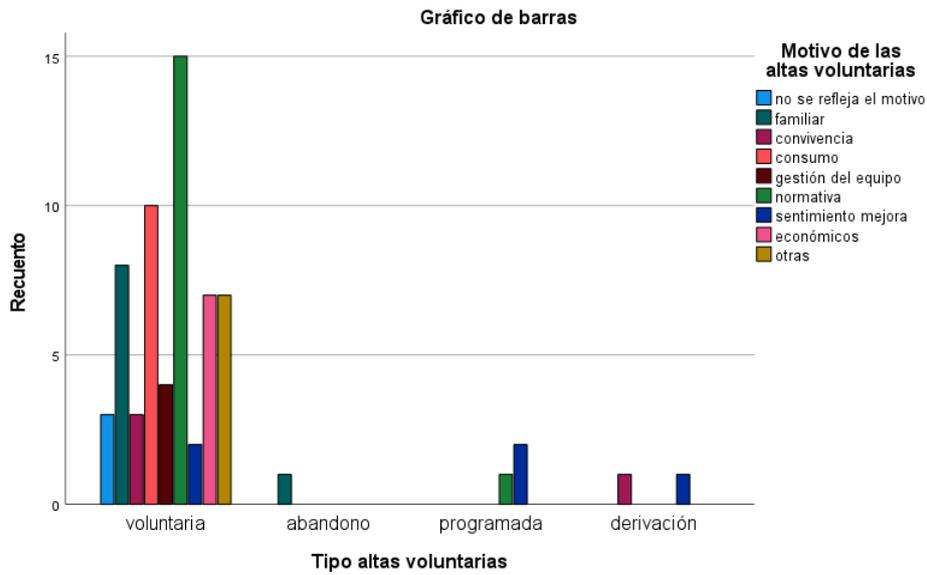
Tabla 6 *Conflicto con el equipo*

	N	%
sí	11	16,9%
no	36	55,4%
no información	18	27,7%

Fuente: elaboración propia

Cuando cruzamos las tablas como vemos en la Figura 1 para ver la relación respecto al tipo de alta y los motivos, nos encontramos con que la mayoría de altas voluntarias que son las que la persona decide marchar y que el equipo no está de acuerdo son por causas relacionadas con la normativa, seguidas por el consumo y por temas familiares. El alta por abandono son motivadas por temas familiares y las programadas por el sentimiento de mejora y la normativa, las derivadas por la convivencia y el sentimiento de mejora.

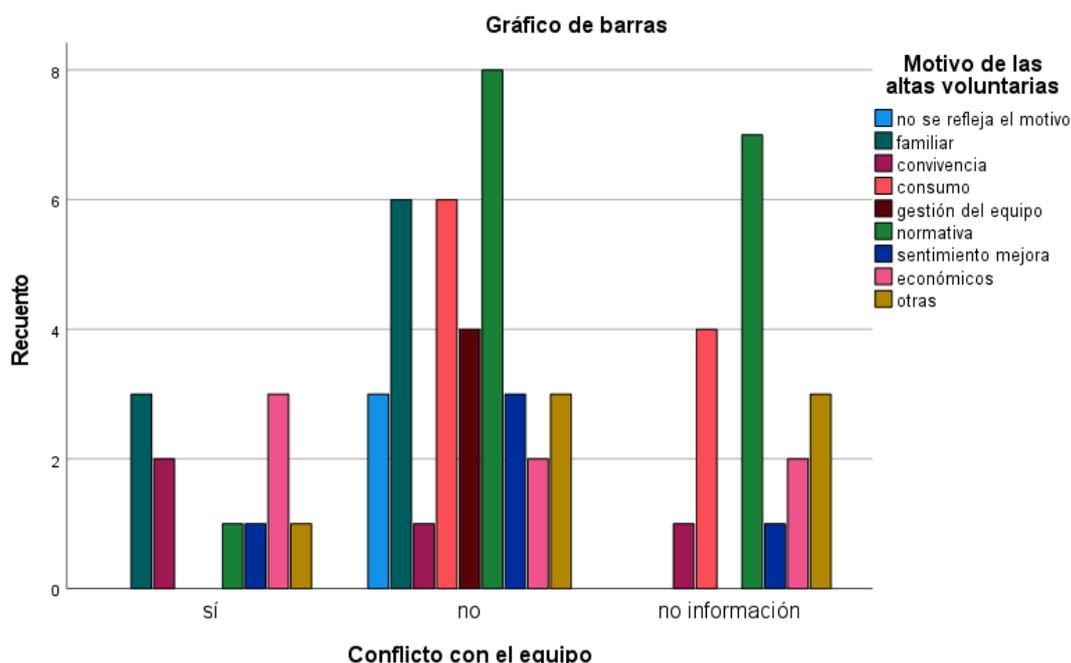
Figura 1 *Motivo de la alta voluntaria y tipo de alta*



Fuente: elaboración propia

Otro dato que nos encontramos, tal y como observamos en la Figura 2, es que cuando el motivo es familiar o económico, de convivencia, normativa, sentimiento de mejora ha habido conflicto con el equipo, siendo más casos los motivos familiares y los económicos. También se ha encontrado en un total de 18 casos en el que no se especificaba la información.

Figura 2 Motivo de la alta voluntaria y conflictos con el equipo



Fuente: elaboración propia

Por último, en los documentos consultados, no se ha encontrado un dato significativo sobre la realización de tutorías individuales, como muestra la Tabla 4, solo un 12,5% nombra específicamente algún encuentro a nivel individual para poder hablar de su proceso, en cambio un 57,8% no se han realizado, ya que no ha quedado registrado en el seguimiento diario y un 27,7% no se ha encontrado información y documentos que planteaban recogerla.

• **5.1.2 Resultados del análisis de las entrevistas a la muestra**

A continuación, mostraremos los resultados de las entrevistas a los usuarios de la muestra.

Referente a la pregunta introductoria “¿Se acuerda de cuando realizó la alta voluntaria y quien era su referente, y cómo era su relación?” Las respuestas han sido positivas,

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança aunque uno de los entrevistados no se acordaba de su referente, pero tenía buena relación con el equipo. Al preguntar por motivos, observamos que uno fue por temas familiares.

“Por la relación de pareja que tenía. No tenía ingresos y estaba estudiando y esto me inquietaba”

Y el otro por un conflicto de convivencia en el que pidió ayuda al equipo y no se solucionó

“yo he bajado al despacho y he dicho que mi compañero me molesta y no puedo dormir. ...el director me dice, si tu sales del despacho te vas a la calle, yo salgo, cojo la ropa y me he salido, no recuerdo coger la medicación”.

En ambos casos no se sentían preparados para marchar del centro

“No, no estaba preparado. No hice mucho trabajo, solo me puse bien físicamente”

“No, porque hacía poco que estaba con tuberculosis, estaba muy flojito, tomaba la medicación y yo quería seguir”.

Explorando la categoría del vínculo terapéutico, la pregunta de ¿Cómo era la relación con el equipo y la referente? Las respuestas fueron positivas:

“Buena, he sido alegre y no he sido cerrado. Con mi referente, me podía expresar con facilidad, y me sentía escuchado”.

“Muy buena. No tenía problemas, había buen rollo, estaba muy bien.”

Otro aspecto que resaltan dentro de la categoría de actividades es que ambos participaban de las actividades que se ofrecían en el centro

“Sí. Porque ayudan, el grupo de ayuda cognitiva, los talleres. Yo me inclino al aislamiento y me ayuda a hacer cosas, involucrándome. En casa apenas salía”

” Hacía todas, no tenía ni una falta.”

5.2 Resultados complementarios

• 5.2.1 Resultados del análisis de entrevistas a profesionales referentes

En la pregunta introductoria, se comprueba que las dos profesionales referentes llevaban desde 2018 y 2017 trabajando en los centros y recordaban en un caso 3 y en otro 8 o 9 habían realizado altas voluntarias .

“Diría que tres”

“Unas 8 o 9 personas más o menos”.

Las causas de las altas voluntarias habían sido por no aceptar una derivación a otro centro y por la normativa del centro respecto al consumo.

“Tenía la opción de ser derivada a otro centro y decidí hacer alta voluntaria”.

“No se veían aquí porque habían hecho un consumo y no se querían esperar a la reunión de equipo. Yo creo que una de ellas tenía muy claro que quería seguir consumiendo” por seguir consumiendo” porque querían volver a consumir”.

“La mayoría de los que decidieron marchar normalmente era por consumo, porque querían volver a consumir y en la minoría por qué no se habían adaptado a las normas del centro”.

La convivencia también se nombra motivo de las altas.

“La convivencia de la casa, e un par o tres ocasiones comentaron que el proceso lo podían aguantar, pero la convivencia no”.

Referente al vínculo terapéutico, los discursos muestran aspectos como la influencia del tiempo que llevaban trabajando, aunque la comunicación era fluida.

“Yo era el primer año que llevaba en el Convento, sí que había un vínculo, pero creo que faltaba confianza, faltaba trabajarlo más en dos casos, creo que no había una comunicación no muy fluida”.

Y también la influencia que previamente había hecho el seguimiento con otra profesional.

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

“Yo estaba substituyendo a su referente, ella marchó, yo estaba de nuevas, conocía más a la otra persona. Es como invadir un proceso de golpe, fue difícil acercarme a estas dos personas. Y lo vi porque además en el momento en que hubo el consumo, no fue a mí a quien se dirigió sino a dirección”

En la categoría del vínculo terapéutico, se extrae que establecer un buen vínculo, lo definen por la confianza, la cercanía, y buena comunicación la confianza necesaria para poder establecer vínculo.

“Con las otras altas, la última sí había un vínculo cercano. Había buena comunicación, confianza, sentías que confiaba en mí...me permitía conocer cosas que no expresaba con psicólogos u otros miembros del equipo.”

El vínculo se basa sobre todo en la honestidad, en concreto con tres de ellos el vínculo fue bastante fuerte, donde se habló desde la confianza una vez generado el vínculo y con los demás bastante buena había buena comunicación”.

Sobre las dificultades para establecer el vínculo, expresan a parte del hecho de ser nueva, el hecho de que la persona tuviera algún diagnóstico de enfermedad mental

“Un par de ellos sobre todo con personas que tenían algún tipo de trastorno, la relación no era del todo buena, optaban más por un discurso aprendido y no se podía trabajar más allá”.

Otro aspecto importante que nombraron para poder establecer un buen vínculo fue tener en cuenta el entorno, en concreto, los espacios abiertos.

“Había dos casos en concreto que me fue muy bien el espacio, buscábamos espacios exteriores al centro que ayudó tanto al vínculo como al proceso socioeducativo con ellos, creo que fue bastante importante”.

Ambas profesionales destacan barreras para mantener una buena relación con miembros del equipo.

“Se notaba que no había buen feeling, y que algunos casos algunos profesionales nos saben ser profesionales, que puede haber algunos comentarios fuera de tono. Eran casos muy puntuales”.

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

Sobre la influencia que puede haber tenido la relación con la referente y el hecho de haber hecho una alta voluntaria, creen que sí que puede ser un factor importante, ya que, por un lado, podría haber hecho que la marcha no fuera tan brusca,

” La falta de conocimiento de su historia y de su trayectoria, creo que al final es un conjunto, no sé si propició, pero puede ser un añadido, puede ser un desencadenante. Si estas en un momento débil de tu proceso, puede que no hayan encontrado esta figura de soporte.”

Y “El vínculo favoreció para hacer una alta voluntaria no inmediata, no decir me voy hoy porque no aguanto más, sino una buena salida en el caso. Hay otro que creo que no se llegó a establecer un buen vínculo que no se llegó a trabajar realmente, sino que era todo muy superficial, y todo puede haber llegado a generar un buen vínculo puede haber generado a que la persona decidiera marchar y haber afectado a su decisión”.

Sobre los aspectos personales que ayudan a establecer el vínculo terapéutico se destaca que actitudes positivas, como el humor y la actitud positiva,

“Con el humor me facilita mucho crear el vínculo o establecer la relación con las personas”.

“Sobre todo al principio intentaba traer una actitud muy positiva, e intentaba generar en los días festivos un ambiente que se notara hacía participar, hacía participar en sur reuniones en las asambleas”.

La relación de igualdad,

“Intento que vean que yo considero que todos somos iguales que somos personas y todos podemos cometer errores, y todos tenemos una experiencia de vida diferente al que tenemos al lado”.

La honestidad,

“Que ven que no es una fachada creada para que ellos vengan a decirte, sino que creo que se nota cuando vienen a explicarte cosas del proceso e incluso personas que no eres referente vienen a contarte cosas que están pasando en la casa porque se dan cuenta que realmente te preocupas por el proceso que está llevando en la casa y creo que eso es importante”.

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

Aunque también esta cercanía puede llegar a una confusión especialmente en personas jóvenes,

“Cuando yo entré era muy pequeña, tenía 24 años y eso daba a confusiones, tanto a nivel sentimental, como que esa cercanía si no la sabía marcar bien, podían pensar que era una amiga y no una profesional”.

Otros aspectos importantes que remarcan en las entrevistas es sobre las reflexiones que surgen al ir hablando, por ejemplo, la necesidad de realizar más trabajo en el ámbito de la drogadicción,

“No se hace un trabajo intensivo del consumo, los recursos que tenemos son para acompañar, es como tener el estímulo cerca sin tener las herramientas de poder hacer frente al estímulo”.

Y sobre cuestionamientos sobre el acompañamiento,

“Destacar que haciendo la lista de las personas que habíamos hecho derivación o expulsión altas, la gran mayoría eran altas voluntarias, creo que esto también tendríamos que analizarlos el por qué hay tantas altas voluntarias, en un centro en el que en teoría está para acompañarlos en un proceso”.

- 5.2.2 Resultados del análisis del grupo de discusión

En las preguntas introductorias se preguntó el tiempo que llevaban trabajando, las personas participantes en el grupo de discusión llevaban, 7, 18 y 16 años trabajando en el centro de acogida, destacando que las altas voluntarias han sido las que más han experimentado en comparación a otras.

“M’atreviria a dir que és una de les altes més recurrents en elles en les persones que decideixen marxar”.

“La alta voluntària és la més destacada, més que una altra”.

Otra pregunta introductoria para explorar sobre cómo debería finalizar el proceso una persona residente en el centro, destacan que no hay un momento en concreto y estandarizado

“Jo crec que no és un... que no hi ha res escrit “,

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

“Jo penso que hi ha diferents perfils de persones i hi ha diferents maneres de finalitzar”.

Aunque nombran poder tener asumido unas necesidades básicas y una mínima reinserción.

“Quan té assolit unes necessitats bàsiques i quant té una reinserció mínimament”.

y en casos concretos como la mejora o empeoramiento de su autonomía.

“Un quant aquí estan assolits uns objectius d'autonomia i finalitzar quant aquí no es pot seguir amb el nivell d'exigència, autònom per certes persones i altres que serien persones que no poden complir per altres causes el funcionament d'aquest centre, per exemple que podrien viure però decideixen no complir amb la normativa, consumir, etc”.

“Aconsegueix les seves necessitats primeres per les que va ingressar a qui si és cobrir principalment la salut, si és cobrir una rutina que per ell sigui perjudicial, l'altra és quan empitjora, perquè la salut no millora hem d'anar modelant els objectius”.

Se utilizó una pregunta para explorar la percepción de las trabajadoras sobre el objetivo de los centros de acogida en la que destacaron el objetivo de acoger y la autonomía.

“Acollir i treballar per una autonomia i una dignitat”.

“Acollir a les persones a totes les àrees integrals”.

Y la opinión de que tiene que ser parte de otro proceso.

“Acompanyar-se en tot el que es pugui i comptant que és un lloc de pas no és una cosa estàtica”.

En la pregunta sobre la categoría de los motivos de las altas voluntarias, las causas principales que nombran están en relación con la normativa con el sentimiento de libertad.

“El tema d'haver de seguir una norma, un equip interdisciplinari que està sobre i opina i té pes”,

y también por la dificultad de seguir la normativa tanto por un empeoramiento de salud o una necesidad de autonomía que se traduce en querer más libertad .

“Per què has empitjorat i no pots seguir el teu ritme i exigència o has fet un pas més de la teva autonomia”.

Otro aspecto que comentan es sobre el consumo, pero vinculado a poder tener control sobre consumir o no consumir.

“Jo crec que el consum” “això crec que és la llibertat de consum”.

El vínculo familiar también se nombra como causa de alta aunque no como algo aparente, relaciones con familiares de los que cuesta separarse por el vínculo que mantienen.

“a vegades també tenen vinculació amb el familiar que els ha costat abandonar”,

O por el hecho de que con la familia tienen más libertad.

“I una mica junt amb que a casa la mare, casa el pare o fora també tenen aquesta llibertat”.

La relación con el equipo o el referente también puede ser un motivo si el referente tiene la misma edad.

“Els hi costa molt que algú li digui lo que té que fer i a més a més siguin més joves que ells, crec que això ajuda a fer l'alta voluntària”.

y la autoridad relacionada con la edad o el género, también encuentran como un factor a tener en cuenta.

“Potser aquesta sensació com de l'autoritat que hi hagi algú, algú que te vea y te digui, i si ve d'una persona jove, una dona”.

También vinculan el hecho de que las personas no tengan unos hábitos y rutinas pueden influenciar en las altas, puesto que la normativa del centro requiere que las personas asuman ciertas responsabilidades.

“Poder estan acostumats a una falta d'hàbits i els hàbits més bàsics, fora de qualsevol lloc se lo hacen ellos de qualsevol manera i treballar els hàbits”

“El nivell d'exigència també que venen de situació de carrer que no tenien l'exigència que els hi demanem. Llevar-se a una hora, assumir tasques de neteja, rentar la roba...aquestes responsabilitats que de cop ho han de fer i no duren ni un mes”.

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

En la pregunta en relación a la influencia de la familia con las altas voluntarias, atribuyen el hecho de poder tener una vivienda a interrumpir los procesos delante de situaciones conflictivas.

“Si tenen alguna persona familiar, amb vivienda, es més fàcil que tinguin la opció me’n vaig a una casa familiar, i és més fàcil que faci una alta voluntària”.

“No recordo casos ha sigut una alta cap al nucli familiar i ha estat positiu”.

Aunque éste hecho lo manifiestan como positivo y negativo siendo más los casos que influye negativamente, vinculado a familiares que no son buenos referentes.

“Sovint jo crec que hem vist més casos en negatius és a dir, de familiars que no son bons referents”.

“Influencia en negatiu justament sol caure en el paternalisme de que com és fill o filla o familiar”.

También atribuyen a una dificultad por parte de los familiares para gestionar la situación.

“Tinc molts casos que em venen, ja l’acullo, m’ha demanat diners...ho fan a desgana però no poden sortir d’aquí perquè els costa”.

Y con un alto componente de personas residentes provenientes de familias desestructuradas.

“Pensem que el perfil que tenim nosaltres el 90 % venen de famílies desestructurades” .

Hecho que repercute en relaciones no sanas que perpetuan la situación,

“Torno al meu lloc amb la meva família desestructurada i perquè per ell es la seva zona de confort i sortir d’aquí és complicat”.

Otro aspecto que influye es el hecho de que el residente tanga un rol de cuidador sobre el familiar del que le cuesta desvincularse.

“Moltes vegades retornen a la vivienda familiar per fer de cuidadors deixant de banda, prioritzant fer de cuidador dels seus familiars i deixant de banda el seu propi procés personal de cuidador”.

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

Explorando sobre el vínculo terapéutico y su relación con las altas voluntarias, destacan que el vínculo con el referente puede influir más y es mayor que con otros miembros del equipo .

“El que veig és que el vincle que té un usuari amb el referent és molt més gran que a la resta de l’equip i pot influir més el que escolat mé el que li digui la referent”,

Otro aspecto es que una buena relación puede ayudar a que la alta no sea tan precipitada y pueda pensar mejor la decisión de marchar.

“A l’hora de fer una alta no sigui tant precipitada i tenim aquest segell de que fem puguin valorar la seva decidir, els acompanyem a frenar decisions i pensar-les més”.

La relación también puede llegar a despertar un sentimiento de pena hacia los referentes.

“Hi ha un punt que els sap greu, se que empatitzen amb nosaltres i donen explicacions sense donarse comte de que som professionals i que pensen que els ap greu que tingui una repercussió la seva marxa en la persona que esta amb ell”.

Por otro lado la visión del equipo como un sistema unificado en la misma línea de trabajo puede llevar a que la relación con un miembro influya a todos

“He vist més la part de l’equip com a sistema, he vist les persones que no han connectat amb la manera de treballar, si no m’agrada o hi ha una mala relació i veig l’equip com és el que em vol fotre i no connecta amb la manera de treballar és més fàcil de fer una alta voluntària”.

“ He vist a gent que ha decidit ràpidament marxar, perquè ha vist a tot l’equip com que no quadra i vol marxar”,

En comparación de si tienen la sensación de que el equipo forma parte de una ayuda o acompañamiento.

“És més fàcil de fer una alta que si hi ha una millor entesa o confecció i ho veuen com una part de l’ajuda o l’acompanyament”.

Sobre los factores interpersonales de las profesionales y del referente para establecer el vínculo, destacan que cada manera de ser puede facilitar el vínculo con una persona u otra .

“Dintre d’un equip hi ha maneres de ser dispars, influeix que la persona acollida té hi ha un ampli ventall per la persona de crear connexions”

” Jo puc pensar aquesta manera de ser que aquesta manera no és vinculant però no crec que hi hagi una forma de ser concreta faciliti la vinculació”

“La seva forma de ser, jo puc ser molt propera i la persona no connecta amb mi, no es qüestió de nosaltres sinó també del caràcter de qui tens al davant”

Y priorizando otros aspectos como la atención de la persona, antes que la vinculación.

“Lo únic que interessa és que la persona es senti atesa, i a posteriori ja buscarà amb altres educador que s’anirà posant”.

- **5.2.3 Resultados de las encuestas a residentes**

Las encuestas a residentes la contestaron 29 usuarios de los recursos. Si observamos la Tabla 7, un poco más de la mitad hacía 1 año o menos que residía en el centro y solo 2 personas hacía más de 5 años, la tabla 8 muestra que del total de los encuestados, un 58,6% se acordaban de compañeros que habían realizado altas voluntarias frente a un 13,8% que no se acordaba del tipo de alta realizada y un 2,6% que no había conocido nadie que hiciera la alta voluntaria.

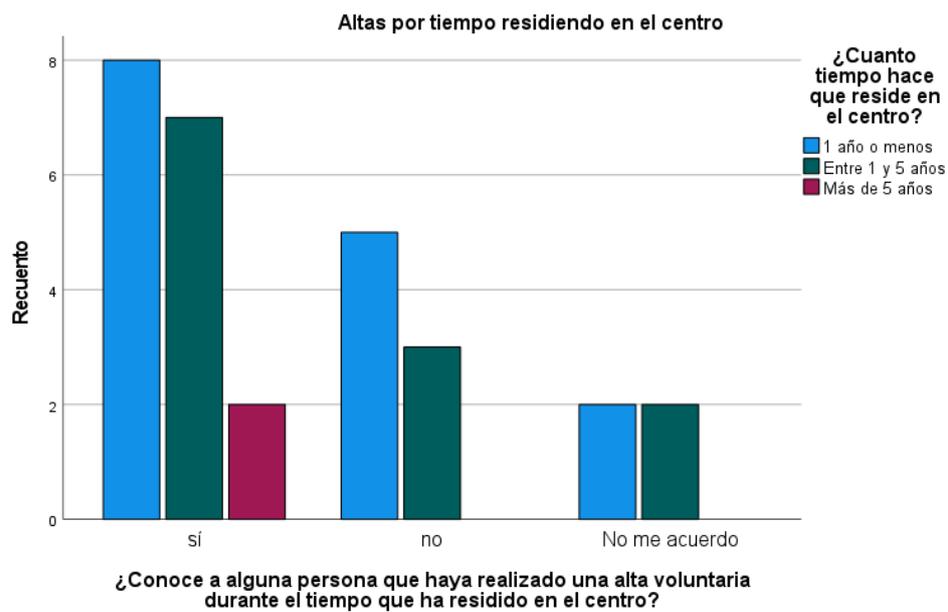
Otro dato a tener en cuenta, es que si observamos la figura 3, las personas que llevaban menos de 5 años habían visto más altas voluntarias que en el total.

Tabla 7 *¿Cuanto tiempo hace que reside en el centro?*

	N	%
1 año o menos	15	51,7%
Entre 1 y 5 años	12	41,4%
Más de 5 años	2	6,9%

Fuente: elaboración propia

Figura 3 *Altas voluntarias presenciadas por años residiendo en el centro*



Fuente: elaboración propia

Tabla 8 *¿Conoce a alguna persona que haya realizado una alta voluntaria durante el tiempo que ha residido en el centro?*

	N	%
sí	17	58,6%
no	8	27,6%
No me acuerdo	4	13,8%

Fuente: elaboración propia

Referente a la percepción de la influencia sobre la realización de actividades de interés para prevenir las altas voluntarias, la Tabla 9 nos muestra que un 37,9% cree que existe mucha influencia en las actividades de interés a la hora de decidir no dejar su proceso y un 31% algo. Sobre la relación con el equipo en la recuperación general de un residente, vemos en la tabla 10 que un 55,2% cree que la relación con el equipo es muy importante en el proceso de recuperación de la persona y un 34,5% algo, lo que nos indica que más de la mitad encuestados establece una relación.

La familia también es percibida como factor que puede ayudar a superar conflictos, en la Tabla 11 vemos que un 44,8% contestó sí, y un 37,9 contestó algunas veces, otra vez vemos la opinión de que la familia es un apoyo para la prevención de las altas voluntarias.

Tabla 9 *¿Cómo influye el hecho de realizar actividades de interés para no abandonar el centro?*

	N	%
nada	3	10,3%
poco	5	17,2%
algo	9	31,0%
mucho	11	37,9%
Perdidos Sistema	1	3,4%

Fuente: elaboración propia

Tabla 10 *¿Cómo cree que influye la relación con el equipo en el éxito del proceso de recuperación en general de una persona que reside en el centro?*

	N	%
poco	2	6,9%
algo	10	34,5%
mucho	16	55,2%
Perdidos Sistema	1	3,4%

Fuente: elaboración propia

Tabla 11 *¿Tener familia o pareja fuera del centro ayuda a poder superar conflictos que pueden llevar a abandonar el centro?*

	N	%
sí	13	44,8%
no	4	13,8%
algunas veces	11	37,9%
Perdidos Sistema	1	3,4%

Fuente: elaboración propia

Referente a la relación con el referente la Tabla 12 muestra como una mayoría casi absoluta, un 93,1% consideró que es importante la relación con la referente para no abandonar los procesos.

Tabla 12 *¿Considera que la relación con el/la referente es importante para no abandonar el proceso personal en el centro?*

	N	%
sí	27	93,1%
no	2	6,9%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 13 vemos el porcentaje de personas que han marcado cada opción, teniendo un máximo de tres para marcar, así, de las personas residentes encuestadas, un 51,7% marcó como la necesidad de consumir drogas el principal motivo, seguido de un sentimiento de mejora, la normativa del centro, el equipo no soluciona algún problema, otros o problemas de convivencia y la falta de comunicación con el referente fueron los siguientes marcados con ese orden, siendo la falta de comunicación con el referente y las actividades poco adecuadas las menos marcadas.

Tabla 13 *¿Cuáles cree que son los principales motivos por los que una persona decide por voluntad propia marchar del centro? marque 3 opciones*

<i>cuáles son los motivos^a</i>	<i>Respuestas</i>		<i>Porcentaje de casos</i>
	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>	
<i>La normativa del centro</i>	7	9,9%	24,1%
<i>Necesidad de consumir drogas</i>	15	21,1%	51,7%
<i>Sentimiento de mejora</i>	12	16,9%	41,4%
<i>La falta de comunicación con el referente</i>	5	7,0%	17,2%
<i>Actividades poco adecuadas²</i>		2,8%	6,9%
<i>El equipo no soluciona algun problema</i>	6	8,5%	20,7%
<i>Por temas familiares o de pareja</i>	10	14,1%	34,5%
<i>Problemas de convivencia</i>	6	8,5%	20,7%
<i>Otros</i>	8	11,3%	27,6%
<i>Total</i>	71	100,0%	244,8%

Fuente: elaboración propia

Y referente a los motivos que ayudan a seguir con los procesos, la tabla 14, muestra que el más señalado fue tener buena relación con el equipo 69%, seguido de realizar más reuniones con la referente 58,6%, y tener apoyo familiar 55,2%, participar en actividades interesantes fue la menos marcada con un 34,5%

Tabla 14 Principales motivos que ayudan a seguir con el proceso

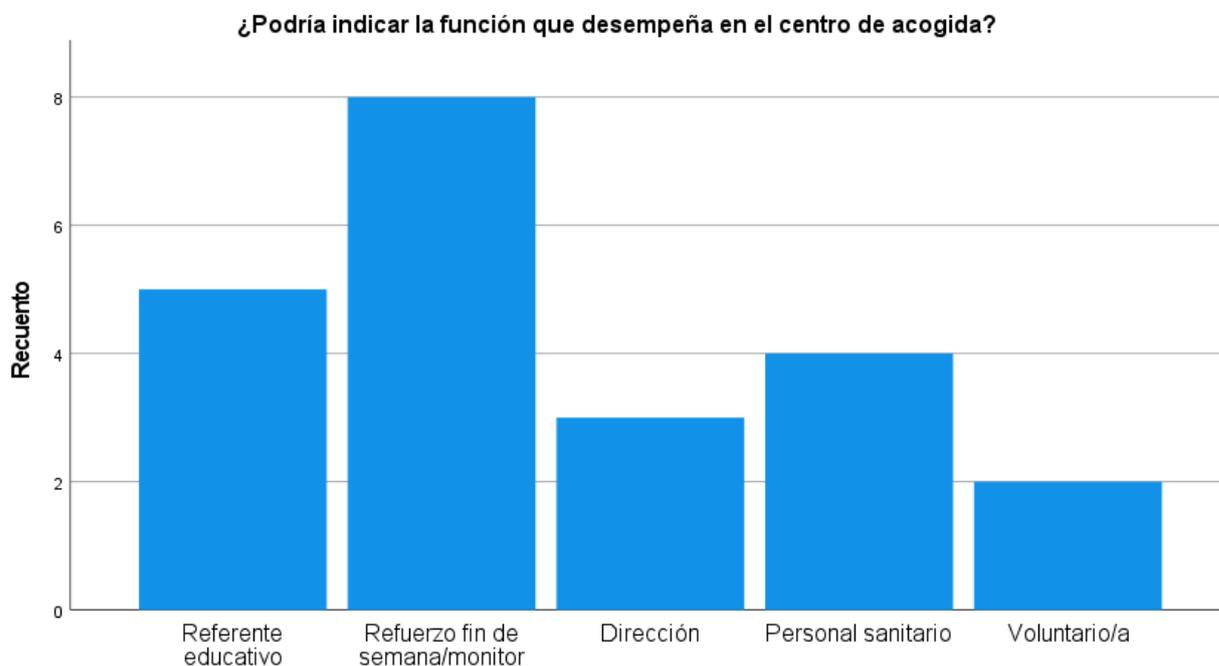
		Respuestas	Porcentaje de casos
		N	
motivos que ayudan ^a	Tener más confianza con el equipo	13	44,8%
	Tener apoyo familiar	16	55,2%
	Tener buena relación con el equipo	20	69,0%
	Participar en actividades interesantes	10	34,5%
	Realizar más reuniones con la referente	17	58,6%
Total		76	262,1%

Fuente: elaboración propia

- **5.2.4 Resultados de encuestas a personal de atención directa**

Las encuestas dirigidas al personal de atención directa fueron respondidas por un total de 21 personas, de ellas 12 llevaban trabajando más de 5 años, 9 entre 1 y 5 años y 1 menos de un año. Tal y como muestra la gráfica 2, la mayoría de personas que han respondido la encuesta se encuentran en la función de monitor o refuerzo de fin de semana, un total de 8, seguido de 5 referentes educativos, 4 personal sanitario y 2 voluntarios. Delos 5 referentes educativos, 6 han vivido más de 5 altas voluntarias, 2, menos de 3 y 1 entre 3 y 5.

Figura 4. *Función del personal de atención directa encuestado*



Fuente: elaboración propia

En la pregunta de marcar tres motivos principales causas de las altas voluntarias, tabla 15, un 90,5% de los encuestados, han respondido la normativa del centro, seguido de la necesidad de consumir drogas con un 85,7%, un 23,8% piensan que por motivos psiquiátricos y un 38,1% el sentimiento de mejora, las que menos marcadas como principales motivo, los problemas de convivencia y falta de comunicación con la referente han sido marcados el 4,8% y por temas familiares o de pareja un 14,3%.

Tabla 15 *Causas altas voluntarias*

¿Cuáles cree que son las causas de las altas voluntarias?

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
La normativa del centro (cumplir con horarios, tareas, actividades)	19	31,7%	90,5%
Necesidad de consumir drogas	18	30,0%	85,7%
Sentimiento de mejora	8	13,3%	38,1%
La falta de comunicación con el referente	1	1,7%	4,8%
El equipo no sabe solucionar algún problema	4	6,7%	19,0%
Por temas familiares o de pareja	3	5,0%	14,3%
Problemas de convivencia	1	1,7%	4,8%
Trastornos psiquiátricos	5	8,3%	23,8%
otros	1	1,7%	4,8%
Total	60	100,0%	285,7%

Fuente: elaboración propia

De las personas que realizan seguimiento vemos en la Tabla 16, la mayoría, creen que la relación ha influenciado en las altas voluntarias y una minoría, piensan que no. Aunque un 90,9% cree que es importante el vínculo con el referente para poder evitar las altas voluntarias como vemos en la Tabla 17.

Tabla 16 *¿Cree que su relación con las personas que ha hecho seguimiento ha influenciado o puede influenciar en realizar altas voluntarias?*

	N	%
sí	9	40,9%
no	2	9,1%
no hago seguimientos	10	45,5%
Perdidos Sistema	1	4,5%

Fuente: elaboración propia

Tabla 17 *¿Cree que el vínculo con el referente es importante para evitar realizar altas voluntarias?*

	N	%
Sí	20	90,9%
Algunas veces	1	4,5%
Perdidos Sistema	1	4,5%

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 18 vemos como el apoyo familiar, han evitado algunas altas voluntarias, un 59,1% contestó que, en algún caso, un 4,5% no lo evitó y un 31,8% no lo recuerda. Por otro lado, la opinión que tienen sobre si el vínculo con el referente es importante para evitar realizar altas voluntarias, la mayoría, un 90,9% contestó que sí, y un 4,5% algunas veces.

Tabla 18 *¿Recuerda si las personas residentes con apoyo familiar han evitado alguna altas voluntarias?*

	N	%
no lo recuerdo	7	31,8%
El apoyo familiar no ha evitado las altas voluntarias	1	4,5%
El apoyo familiar ha evitado las altas voluntarias en algun caso	13	59,1%
Perdidos Sistema	1	4,5%

Fuente: elaboración propia

Por último, en la Tabla 19 vemos que las personas encuestadas, creen que se podría haber evitado las altas que recuera, un programa de actividades más acorde con los intereses o necesidades de la persona un 80%, y con un 20% trabajando el apoyo familiar, mejorando la relación con el equipo y realizando más reuniones o seguimiento con la referente, un 15% respondió otras que en en cuestionaron especificaron:

Tabla 19 *¿De qué maneras cree que se podría haber evitado las altas voluntarias que recuerda?*

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Trabajando el apoyo familiar	4	12,9%	20,0%
Mejorando la relación con el equipo	4	12,9%	20,0%
Un programa de actividades más acorde con los intereses o necesidades de la persona	16	51,6%	80,0%
Realizando más reuniones o seguimiento con la referente	4	12,9%	20,0%
Otras	3	9,7%	15,0%
Total	31	100,0%	155,0%

Fuente: elaboración propia

5.3 Discusión crítica de resultados

A continuación, se realizará la discusión crítica de los resultados tanto de la muestra como de los datos obtenidos complementarios por categorías de análisis.

- **5.3.1 Causas de las altas voluntarias**

En el total de las altas voluntarias analizadas, los motivos para realizar las altas han sido referentes al cumplimiento de la normativa, la necesidad de consumo, causas familiares, sentimiento de mejora, convivencia y económicos. Las entrevistas que se realizaron a la muestra, reflejaban dos de los motivos que se analizó en el análisis cuantitativo, las causas familiares y motivos de problemas de convivencia. También se

ha podido ver contrastado a través de las entrevistas a profesionales referentes que remarcaban sobre todo problemas de consumo y de no aceptación de la normativa.

Los centros de acogida se rigen por una normativa interna que los residentes aceptan y deben cumplir, así como por una estructura interna en la que el equipo interdisciplinar, interpreta y toma las medidas necesarias para poder acompañar a las personas teniendo en cuenta sus características. Los resultados analizados apuntan a que hay personas que les dificulta seguir la normativa, por carecer de no tener unos hábitos previos y la pérdida de sensación de libertad, también por la necesidad de consumir, este último punto es importante a tener en cuenta ya que uno de los principales motivos que los residentes piensan que se realizan altas voluntarias es la necesidad de consumir, hecho que pone en evidencia que una gran parte de los residentes tienen problemas de adicción. Teniendo en cuenta que en el perfil de ingreso en los centros suele haber antecedentes de toxicomanía, es una percepción que está y que empíricamente podemos también constatar, ya que la necesidad de consumir es la segunda causa principal de alta voluntaria.

En los motivos familiares, que ocupan una tercera posición en los datos de la muestra, es interesante observar que el personal de atención directa no tiene la percepción real ya que en las encuestas solo hubo un 14,3 % que marcaron esta opción, en cambio, los residentes sí que es la tercera nombrada. Este hecho puede ser debido a que no se toma tanto en cuenta a la familia en los procesos e intervenciones como otros aspectos de la persona.

El sentimiento de mejora es la cuarta causa registrada de la muestra, la segunda que han marcado los residentes encuestados y la tercera marcada por el personal de atención directa. El sentimiento de mejora puede estar relacionada con la sensación de bienestar, una de las principales causa de abandono en comunidades terapéuticas (Correa, 2020).

Las entrevistas en profundidad realizadas a referentes muestran como en un período de 5 años, las altas realizadas han sido principalmente por motivos de consumo, querían seguir consumiendo y por la normativa del centro. En los grupos de discusión se nombran motivos cambio en la autonomía, el hecho de tener más autonomía puede

crear un sentimiento de mejora y un empeoramiento de ésta podría estar relacionado con un empeoramiento de la salud y una dificultad para poder afrontar una exigencia normativa.

Si comparamos estos resultados con los motivos de abandono en comunidades terapéuticas cuyo objetivo es el poder dejar de consumir y comparten un perfil de usuario con antecedentes de toxicomanía es que una de las principales causas de abandono es el deseo de consumir, la normativa (López et al, 2008; Correa, 2020) y la sensación de bienestar (Correa, 2020), lo que esta similitud entre las causas obtenidas podría ser un indicador sobre cómo abordar el diseño de los programas y su implementación.

Otro dato interesante a tener en cuenta es que los residentes en los últimos 5 años han presenciado más altas voluntarias. Un posible motivo podría estar relacionado con la pandemia del COVID y las diferentes restricciones que se han ido aplicado a lo largo de los últimos dos años hacia los servicios residenciales, afectando más en la autonomía, y el control sobre las personas y disminuyendo todavía más la sensación de libertad.

- **5.3.2 Relación familiar**

La relación familiar se ha podido comprobar que es un aspecto que está relacionado con las altas voluntarias. Por un lado, con el análisis de los datos cuantitativos se observa que los motivos familiares son la tercera causa por la que los residentes deciden hacer una alta voluntaria, y que, en la mayoría de los casos con familia, se mantiene el contacto, por lo que no se podría determinar que las personas sin relación familiar realizan más altas voluntarias. Tal y como expresaba un residente que realizó el alta durante el período estudiado, tener un familiar que depende de la persona, la hace más vulnerable a poder interrumpir su proceso en el centro, también era un hecho que en el grupo de discusión comentaron, las personas priorizan estar con el familiar, para cuidar, y para sentirse más libres en comparación a el cumplimiento de la normativa que se exige, lo que se podría también relacionar con el hecho de provenir de una familia desestructurada, o en la que se han construido relaciones no sanas y

que no apoyan en el proceso de autonomía de la persona. En cambio, en el cuestionario respondieron la mayoría que tener una buena relación familiar facilitaba el hecho de poder superar conflictos y no abandonar el recurso. Esto se traduce en que la relación familiar, puede ser facilitadora de procesos siempre y cuando existan unas relaciones sanas que lo faciliten y puede favorecer la interrupción de procesos, como es en el caso de personas en programas de desintoxicación (Garmendia et al, 2008), en cuanto existe una codependencia por lo que se debe también tener en cuenta a la hora de planificar las intervenciones a la familia (Calvo, 2007; Secades y Magdalena, 2000).

- 5.3.3 Vínculo terapéutico

Partiendo de que el vínculo terapéutico es aquella relación que ayuda en el proceso de inclusión de la persona, las personas que realizaron las altas voluntarias, pocas habían realizado tutorías individuales con miembros del equipo, hecho que dificulta poder establecer el vínculo entre el usuario y el referente o algún miembro del equipo, este hecho es importante tener en cuenta que en las encuestas realizadas a residentes la mayoría, marcaron realizar más tutorías individuales como prevención de las altas voluntarias. Aunque la percepción no es que la relación con el referente no sea una manera que el personal de atención directa crea que pueda evitar las altas voluntarias, tanto realizar más reuniones de seguimiento o mejorar la relación con el equipo fue marcada un 20% cada una sí que las personas residentes piensan que una buena relación con el referente podría evitar las altas voluntarias y hacer más reuniones con los referentes piensan que podría ser algo a tener en cuenta para evitar las altas voluntarias, un 55% creía que tenía mucha relación.

En la exploración sobre las habilidades y las capacidades para establecer el vínculo terapéutico, en las entrevistas a profesionales se destacan importantes factores como la cercanía, la alegría, la honestidad y la igualdad, hecho muy importante puesto que reafirma la necesidad de potenciar estas habilidades en las personas ya que favorece la creación del vínculo, aunque también hay que saber manejar las confusiones que se puedan crear con los residentes en relación al rol profesional, se

ha podido observar también que factores como la edad o el género, podría tener también influencia a la hora de crear una relación positiva que facilite el vínculo terapéutico.

En el grupo de discusión se habló de que es cada manera de ser puede facilitar el vínculo y esto está relacionado también con compartir creencias con las personas, conectar por afinidad de caracteres, que puede influenciar en los procesos de inclusión produciendo un estancamiento (Chazenbalk et al, 2003), la afinidad con el residente puede facilitar el vínculo pero como se ha visto antes, pero olvidar que para que el vínculo sea terapéutico debería estar forjado por una relación basada en la igualdad, la honestidad y la autenticidad de los profesionales por lo que sí que existen cualidades personales que pueden facilitar este vínculo terapéutico. También es importante que las profesionales tengan la capacidad de detectar las interferencias a la hora de establecer el vínculo, como la edad o el género y generar estrategias para poder superar estas dificultades.

- **5.3.4 Actividades**

Analizando los resultados sobre la influencia de la participación en las actividades en las altas voluntarias, se puede observar que participar en las actividades no es un motivo de prevención del abandono de los procesos tal y como explicaban los residentes de la muestra entrevistados, pero por otro lado, sí que se nombran algunas características de las actividades dentro del programa del centro que pueden facilitar, como en uno de los casos que se nombró que actividades más individuales terapéuticas podrían ayudar, en esta línea, la mayoría del personal de atención directa respondió que un programa de actividades más acorde a las necesidades de la persona habrían ayudado y uno de ellos especificó en el cuestionario que deberían existir servicios especializados para personas con problemas psiquiátricos o cognitivos que se pudieran derivar. Aquí podemos deducir que hay un perfil de personas residentes con diagnóstico de tipo psiquiátrico o personas que están en una situación de degeneración cognitiva en la que, como bien comentaban en el grupo de discusión,

pierden parte de su autonomía, por lo que el programa de actividades deja de ser adecuado a su situación.

Por otro lado, la mayoría de los residentes creen que realizar actividades de interés puede ayudar a evitar las altas voluntarias, aunque los datos analizados de la muestra no se ha encontrado relación significativa con la participación de las actividades con las altas. Esto se podría explicar, por el hecho de que participar en actividades ayuda a estar ocupado pero no se trabaja el problema de base, con lo que con actividades que por un lado, estén orientados a tratar las necesidades y estén orientadas a los intereses de los residentes podría ser un motivo de prevención teniendo en cuenta que la implicación fuera en actividades significativas para contribuir en el sentido de vida (Rodríguez, Vidaña y Merchán, 2019), construyendo el sentido de vida podría mejorar los procesos de inclusión de las personas.

• 6. Conclusiones

Como conclusión general de este estudio se puede extraer que las principales causas de las altas voluntarias de los residentes de las casas de acogida de la Fundació Acollida i Esperança entre 2015 y 2020 han sido producidas por motivos de no aceptación de la normativa interna, relacionados con el consumo, y por motivos familiares.

La primera hipótesis planteada, si no hay vínculo terapéutico se producen más altas voluntarias, se ha podido observar que la mayoría de personas no habían realizado tutorías individuales, por lo que fue difícil la creación del vínculo terapéutico y por lo que se podría deducir que si no hay vínculo terapéutico se producen más altas voluntarias, aun así sí que se apunta a que establecer un buen vínculo podría evitar conflictos con el equipo a la hora de marchar y preparar mejor las altas y minimizar el factor de perpetuar situación de exclusión social, puesto que se puede orientar a otros recursos o acompañar en la búsqueda de vivienda y mantener el seguimiento médico .

La hipótesis de que no realizar actividades produce más altas voluntarias, no se ha podido probar, ya que la mayoría de las personas que hicieron altas habían participado en actividades del centro. Por último, la hipótesis de que no tener relación familiar influye en producir más altas voluntarias tampoco se ha probado ya que se ha podido comprobar que la mayoría de los casos de altas voluntarias tenían relación familiar y no se evitó el alta voluntaria.

Otras conclusiones a las que se ha podido llegar, es que el hecho de realizar actividades puede ayudar a prevenir las altas voluntarias, siempre y cuando sean significativas y orientadas a las necesidades y que se debe tener en cuenta que el perfil de los residentes no es homogéneo. También se concluye que la relación del residente con las referentes y los miembros del equipo es importante para poder crear un vínculo terapéutico a través de la confianza, el respeto, la empatía y la honestidad, entre los residentes que realizaron las altas voluntarias, la mayoría no tuvieron oportunidad de establecer el vínculo terapéutico, lo que se tendría que analizar si por falta de tiempo o por la propia dinámica del centro y los profesionales, aun así las motivaciones principales para abandonar el recurso, se observa que están relacionadas

con el hecho de estar sometidos a una normativa, posiblemente vinculado a una difícil aceptación de la autoridad, a la falta de sensación de libertad y a desconfianzas que puede generar la edad o el género, otra motivación es la necesidad de consumir ya que no se realizan tampoco un trabajo específico en el centro sobre el consumo que puede dificultar el seguimiento de la normativa, el hecho de tener relación familiar pero que no sean un buen apoyo para los procesos personales que vive el residente, el sentimiento de mejora vinculado a una necesidad de tener más autonomía y libertad, y finalmente problemas de convivencia, relacionado a la dificultad de gestionar los conflictos y económicos, relacionados con una pérdida de autonomía al ser gestionado por el equipo.

También se ha podido observar que el apoyo familiar es percibido como importante para afrontar conflictos y evitar altas voluntarias pero la realidad es que las personas que realizaron las altas voluntarias, tenían relación familiar aunque no un apoyo que se pudiera facilitar los procesos o evitar las altas, por eso es importante también trabajar con la familia y promover estrategias para dar soporte y facilitar la implicación de familia o referente social en el proceso de recuperación e integración (ICASS, 2010).

Por último, se debe también tener en cuenta que de los resultados analizados, los centros de acogida, ofrecen un acompañamiento social continuado, actividades y espacios participativos y tener unos cuidados sanitarios adecuados, todos estos factores que favorecen la inclusión social, pero también es importante tener en cuenta los vínculos terapéuticos y la relación con la familia ya que el apoyo familiar y profesional relevante para la persona (Subirats, 2004) también facilita el proceso de inclusión social y el objetivo principal de los centros de acogida el favorecer la inclusión social de las personas (Fundació Acollida i Esperança, 2022).

• 7. Limitaciones y Prospectiva

Las limitaciones de este trabajo podemos diferenciarlas en diferentes tipos, por un lado, referente a la muestra, el acceso a la muestra no ha sido totalmente equilibrada en los dos centros, no se ha encontrado la misma información referente a informes y ha sido difícil encontrar algunos datos secundarios necesarios e incluso en algunos casos no se ha encontrado. Por otro lado, el hecho de cuantificar los motivos de las altas para poder determinar si era alta voluntaria o no estaba sujeto a un sesgo por parte de la investigadora y por el discurso escrito de la profesional que redactó el informe.

La variable dependiente, las altas voluntarias, ha sido difícil de definir ya que se decidió ampliar y buscar en otros tipos de alta las mismas características y puede haber dado confusión en las encuestas realizadas, ya que no se especificó que podían ser de diferentes tipos, voluntaria, abandono, programada o por derivación.

El tiempo para realizar la investigación también ha sido una limitación puesto que se podría haber obtenido más datos complementarios para poder matizar más algunos aspectos o planificar mejor la obtención de datos para mejorar la participación de los entrevistados y encuestados.

En la fase de obtención de datos cualitativos, nos hemos encontrado con diferentes limitaciones, por un lado, estar en situación de sexta ola de Covid, que interfirió en el hecho de poder realizar un grupo de discusión con residentes puesto que no se pudo ir físicamente al centro y por otro lado la disponibilidad de algunos miembros del equipo en el grupo de discusión a profesionales, que habría ayudado a dar más variedad y a tener una representación más equitativa de los dos centros. En el grupo de discusión también hubo una limitación tecnológica ya que no se pudieron realizar una conexión de todas las participantes en la video llamada y una de las participantes asistió vía telefónica, hecho que dificultó el seguimiento de las demás compañeras, interfiriendo así en sus respuestas.

En la obtención de datos cuantitativos, en las encuestas, una mayor participación de los miembros del equipo en realizar las encuestas habría ayudado a dar más representatividad a los resultados obtenidos, y en las encuestas a residentes, el hecho

de que un miembro del equipo realizará la encuesta puede haber interferido en la interpretación de la pregunta alterando así la respuesta.

Otra limitación importante a tener en cuenta es la relación de la investigadora con el objeto de estudio, puesto que no deja de haber un sesgo subjetivo que necesita de un contenido argumental más objetivo para poder dar más fiabilidad a la investigación.

Por último, ha existido una limitación referente al análisis de datos ya que no había familiarización previa con el programa SPSS y ha existido dificultad a la hora del análisis de los datos tanto cuantitativos como cualitativos por falta de un conocimiento profundo.

En relación a la prospectiva, este trabajo de investigación puede servir de base para poder realizar otras investigaciones siguiendo la misma metodología en otras épocas y también para poder continuar realizando un análisis del programa de actividades, procesos inclusión social.

Otras líneas de investigación podrían estar relacionadas con comparar las causas de las altas voluntarias de los dos centros, teniendo en cuenta los diferentes contextos, e incluso profundizar en los motivos de las causas de las altas voluntarias de las personas que realizaron la alta en el momento de la pandemia o durante los confinamientos, para analizar el impacto de las restricciones en los procesos de inclusión social, también se podría profundizar en las diferentes variables independientes como por ejemplo, en la del vínculo terapéutico y analizar cuantas personas residentes establecen realmente un vínculo terapéutico o también. profundizar en la variable de actividades significativas y explorar cuáles son las actividades significativas de los residentes.

- Referencias bibliográficas

Abad, J. R. B. (2000). Concepto de representaciones sociales y exclusión. *Acciones e investigaciones sociales*, (11), 23-48.

<https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/182>

Aggleton, P., Parker, R., y Maluwa, M. (2003). Estigma y discriminación por VIH y Sida: un marco conceptual e implicaciones para la acción. *Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina*, 1(1).
<http://proyectosidasocial.com/wp-content/uploads/sites/3/2015/12/DiscriminaciF3n20por20VIH.pdf>

Agudelo, G., Aignerren, M. y Ruiz, J. (2010). *Experimental y no-experimental. La sociología en sus escenarios*.

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6545>

Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008)

Boric, P. A., Pacheco, P. M (s.f). *Contribuyendo a la alianza o vínculo terapéutico*. Humanista, C. P., Docentes, T.
https://www.academia.edu/download/44580948/Alianza_Terapeutica_-_Pacheco___Boric.pdf

Bueno, JR (2002). *La inclusión y los procesos de inclusión social*.
https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.200216250

Carrasco, J., y Olivares, D. (2008). *Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la Ocupación para la investigación y práctica de la Terapia Ocupacional*. *revista chilena de terapia ocupacional*, (8), ág-5.
<https://revistaatemus.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/55>

Castel, R. (2014). *Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre*. *Revista Internacional De Sociología*, 72(Extra_1), 15–24.
<https://doi.org/10.3989/ris.2013.03.18>

Castel, R. (2015). *De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso*. *Archipiélago*. Cuadernos crítico de cultura.21 pp.27-36.

Cea, M. A. (2009). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*(pp.43-78).Madrid: Editorial Síntesis.

Carreras, A. (2014). Recursos, funcionalidad y disfuncionalidad familiar. *Apuntes: Recursos, Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar*, 1(0), 1-12.
<http://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Recursos-funcion.-y-disfunc.-fam.-A.-Carreras.-2014.pdf>

Centeno, D., y de Larrinoa, P (Eds.). (2012). *Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención* (Vol. 9). Universidad de Deusto.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=B20uYhJg1UUC&oi=fnd&pg=PA9&dq=centeno+y+de+Larrinoa&ots=4JydJb_m6q&sig=_rp1CTceY0jUGVNIb5Ai1kJZVvs

Correa, Y. A. R. (2020). *Causales de deserción de drogodependientes en centro de rehabilitación*. *Poliantea*, 15(26), 21-25.
<https://journal.poligran.edu.co/index.php/poliantea/article/view/1498>

Blesedell Crepeau, E., Cohn, E. S., y Boyt Schell, B. A. (2011). *Willard & Spackman terapia ocupacional*. Panamericana

Chazenbalk, L., Mammi, K., Nachman, C., Parera, M., Reizes, M., y Arcuschin, O. (2003). *La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico*. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (3), 107-116.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645414>

de la Puerta, B. M. G., & Aznarte, M. T. D. (2013). Reforma laboral en España: precariedad, desigualdad social y funcionamiento del mercado de trabajo. *Estudios Socio-Jurídicos*, 15(2), 41-71.
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/view/2519>

Durá, E., y Garcés, J. (1991). *La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos*. *Revista de psicología social*, 6(2), 257-271. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02134748.1991.10821649>

Espina, A y García E. (1993). *Factores pronósticos de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos. Una revisión*. *Revista Adicciones* Vol. 5, nº2, p.186-204. Recuperado en http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/20-abandono%20y%20recaida%20en%20heroinomanos.pdf

Etchevers, M., González, M. M., Sacchetta, L. M., Iacoponi, C., Muzzio, G., y Miceli, C. (2010). *Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia*. In II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-031/197>

Fernández-Montalvo, J., Illescas, C. y Landa, N., Lorea, I., y Goñi, J. (2008). *Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica*. *Trastornos*

Adictivos. 10. 104-111. 10.1016/S1575-0973(08)74552-5.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575097308745537>

Flaquer, L. (1995). *Las funciones sociales de la familia*. *Documentación social*, 98, 39-48.
https://www.researchgate.net/profile/Lluis-Flaquer/publication/270684327_Las_funciones_sociales_de_la_familia/links/54b25dba0cf220c63cd14146/Las-funciones-sociales-de-la-familia.pdf

Flores, D (2014). *Terapia ocupacional en centros residenciales para personas con VIH/SIDA*.
http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/VIH_SIDA_residencias_Terapia_ocupacional_Flores_Molla_2014.pdf

Fundació Acollida i Esperança (23 de enero del 2022). Orígens [entrada de blog].
<http://www.acollida.org/fundacio/>

Fundació Acollida i Esperança (2020). *Memòria 2020*.
https://www.acollida.org/acollida_org/wp-content/uploads/2021/06/2020_memoria_fundacio_acollidaiesperanca-CAT.pdf

García, A, Laparra, M, Pérez, B y Trujillo, M (2008). *Un sistema de indicadores que permita identificar a las personas excluidas y cuantificar las dimensiones de los procesos de exclusión*. *Exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación* (pp. 45-54). Fundación FOESSA, Madrid. Recuperado de https://unir-espana.s3.amazonaws.com/Ciencias%20Sociales%20y%20del%20Trabajo/Master%20Universitario%20en%20Intervencion%20Social%20en%20las%20Sociedades%20del%20Conocimiento/ARCHIVOS_COMUNES/versiones_para_imprimir/mis_peseis/lectura_obligatoria_t5.pdf

Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., y Pino, P. (2008). *Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas*.

Revista médica de Chile, 136(2), 169-178.

<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034->

[98872008000200005&script=sci_arttext&tlng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000200005&script=sci_arttext&tlng=e)

Gavino, A., y Godoy, A. (1993). *Motivos de abandono en terapia de conducta*. Análisis y Modificación de Conducta, 19(66), 511-536.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7077521.pdf>

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Ediciones Morata, S. L.
https://bv.unir.net:2610/#!/search?bookMark=eNp9yT0OgjAUAOBn_ImgNMCIFzBpKUhZMRgHR3fyhKpPSUloYed-HEoSfYfHL58PAXbuqY2jEp2uZhCkiVJRIkSYRErNwf_ioGK-Ai9NxfRCpmslrH1xzoWIEy6lB1leMzQ4DjVZsqzSrELXWFZ2WJNDR_0EbRiZXItHDyypGQfz87iF5R1rqwNYuLbTG9id8uvxvO8MtYW-Nc3bFvkli4WKQvI_P5rxP8Y

Guevara, Y., y Hoyos, P. A. (2018). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *Psicogente*, 21(39), 127-139.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372018000100127

Herrera, M (1998). *La especificidad organizativa del tercer sector: tipos y dinámicas* [Sociología de las organizaciones, Organizaciones sin fines de lucro]. *Papers: revista de sociología*, 163-196.
<https://www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25521/25355>

Herreras, E. B. (2005). SPSS: Un instrumento de análisis de datos cuantitativos. *Revista de informática educativa y medios audiovisuales*, 2(4), 62-69.
<http://laboratorios.fi.uba.ar/lie/Revista/Articulos/020204/A3mar2005.pdf>

Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (2010). *Bones pràctiques: recursos residencials per a persones afectades per VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social.*

https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccions/eines/num_8/eines_8.pdf

Institut d'estadística Catalunya (20 diciembre 2022). El municipi en xifres.

<https://www.idescat.cat/emex/?id=170221>

Laviana Cuetos, M., y López, M. (2007). *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía.* Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría, 27(99), 187-223.

https://bv.unir.net:2610/#!/search?bookMark=eNpVKE1uwjAQhb2gUoFyB-9bpCR2SNldQv1BQmpVtetobl_BKNiR7VRwqK56BC5WC1ZdzObNe9_TzITMYlg7tNFliKhGZJwVeT4vK1bekkkl-ywrG5YXY3L8wB0I05kI0px_7QOF3p0cDU4a6OiJpry9bKh0h8EmnzdAgfbog7MQkmp9BCi89bRQypNua2Hb3yk7971A4aYbAqDQrq0CrpBnn_gjtxo6AL0yCj6Aafk6_npc_U637y9rFfLzVzIWcHnIFFL3mgt6xIKqfKCS80QF1KKCrjIK6F0xnmtGy5LIVSeV5UoyiYNpgvZIKyvXOVg3_beHMCfWgemvQjOb1vw6U0dthoqWddZakHBBSihQStWlzkDoZtGJtb9ldVBNNZYhcd_RI_SedVyxrIFZ38-NX_i

Humet, J. S., Carmona, R. G., Torruella, J. B. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social.* Fundación BBVA, 84-87. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DT_2005_04.pdf

House, J. S. (1983). *Work stress and social support.* Addison-Wesley Series on Occupational Stress. <https://ci.nii.ac.jp/naid/10020772879/>

- Lopardo, G. (2019). Control de carga viral como estrategia de prevención. Indetectable= Intransmisible (I= I). Actualizaciones en Sida e Infectología. <https://revista.infectologia.info/index.php/revista/article/view/2>
- López J. J., Fernández, J., Illescas, C., Landa, N., y Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos adictivos*, 10(2), 104-111. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097308745525>
- Madoz, García, V, Luque, E., y Ochoa, E. (2013). *Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica*. *Adicciones*, 25(4),300-308.[fecha de Consulta 8 de Enero de 2022]. ISSN: 0214-4840. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289128726003>
- Marichal, F. & Quiles, M.N (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, vol. 12, núm. 3, 2000, pp. 458-465. Universidad de Oviedo. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712320>
- Martínez, Ú. F., y Lechuga, M. L. (2012). *Evolución de los factores de riesgo de exclusión social por regiones en España*. *Revista de estudios regionales*, (95), 175-199. <https://www.redalyc.org/pdf/755/75525394008.pdf>
- Matulic Domandzic, M. V. (2016). *Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social*. [Tesis doctoral, UB] <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/102104>
- Mercado-Maldonado, A. y Zaragoza-Contreras, L. (2011). *La interacción social en el pensamiento sociológico de Erving Goffman*. *Espacios Públicos*, 14(31),158-175. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621192009>

- Miric, M., Álvaro, J.L., González, R. & Rosas, A.R. (2017). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e Saber Social*, 6(2), 172-185, 2017. <https://doi.org/10.12957>
- Moruno, P. (2003). *La ocupación como método de tratamiento en salud mental*. <http://www.terapia-ocupacional.com>
- Ramírez, P., Álvarez, M., Cabello, D., Guerra, M. y Riquelme, A. (2018). *Drogas proceso terapéutico adherencia vínculo vínculo terapéutico, expectativas, impacto y adherencia al tratamiento según la percepción de los usuarios del cosam puente alto en tratamiento por adicciones*. <https://sodepsi.cl/wp-content/uploads/2020/09/GPU-2018-2.pdf#page=101>
- Rendón, M. E., Villasís, M. Á., y Miranda, M. G. (2016). *Estadística descriptiva*. *Revista Alergia México*, 63(4), 397-407. <http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/230>
- Rodríguez-, M., Vidaña, L., Merchán, J. A., y Fernández, A. J. (2019). *¿ Llevar a cabo actividades significativas da sentido a la vida?*. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/17674>
- Ruiz, C. S. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud Mental*, 8(33), 51-58. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830134.pdf>
- Pinto, J. E. M. (2018). *Metodología de la investigación social: Paradigmas: cuantitativo, sociocrítico, cualitativo, complementario*. Ediciones de la U.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433019356.pdf>

Sarasa, S., y Sales, A. (2009). *Itinerarios y factores de exclusión social*. Barcelona: Fundación La Caixa. https://www.sindicabarcelona.cat/wp-content/uploads/2020/11/itineraris.es_.pdf

Schettini, P., y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). <https://doi.org/10.35537/10915/49017>

Secades, R y Magdalena, Y. (2000). Predictores de la retención en una comunidad terapéutica para drogodependientes. *Adicciones* (Palma De Mallorca), 12(3), 365. <https://doi.org/10.20882/adicciones.647>

Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. <http://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/18060>

Subirats, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. *Fundación BBVA*, 84-87. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DT_2005_04.pdf

Subirats, J. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación La Caixa. https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/240906/vol16_es.pdf

Trinidad, A. y Alemán, C (2006). *Servicios Sociales: planificación y evaluación*. Los servicios sociales en España y la lógica de la intervención social. Ed. Aranzadi. https://unir-espana.s3.amazonaws.com/Ciencias%20Sociales%20y%20del%20Trabajo/Master%20Universitario%20en%20Intervencion%20Social%20en%20las%20Sociedad%20del%20Conocimiento/ARCHIVOS_COMUNES/versiones_para_imprimir/mis_pesais/lectura_obligatoria2_t6.pdf

- Tezanos, J. F. (2001). *La sociedad dividida: estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
<https://www.academia.edu/download/61824502/tezanos20200118-67603-51stl2.pdf>
- Triñanes, L. e Isidro, A. (2021). Familia y drogodependencia. Un estudio sobre la influencia parental en personas con problemas de adicción. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 151-162. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n2.v2.2220>
- Valero, L., Ortiz-Tallo, M., Parra-García, M. d. M., & Jiménez-Guerra, M. (2013). Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales De Psicología (Murcia, Spain)*, 29(1), 38. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.159131>
- Vera, A., y Villalón, M. (2005). La triangulación entre métodos cuantitativos y cualitativos en el proceso de investigación. *Ciencia & Trabajo*, 7(16), 85-87. https://www.academia.edu/download/77294153/13_20Triangulacion.pdf
- Viana ,I.; García, M.C. y Ávila, A.(s.f) *Ocupación Alienante versus Ocupación Significativa*. Artículo Portal español de Terapia Ocupacional [serie on line]; [10 pantallas].
http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Ocup_Alienan_vs_ocup_signi.shtml.
- Virto, L. (2015). *Riesgos y retos en la intervención social en un contexto de austeridad: una perspectiva desde las entidades del tercer sector en Navarra*. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (58), 5-13. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5170657.pdf>
- Wilcock, A. (1998). *An Perspective Occupational of Health*. Thorofare. Slack, http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Ocupacion_metodo_tto_salud_mental.shtml.

- Anexo A

Entrevista a residentes de la muestra

Guion

- 1.- ¿Se acuerda de cuando realizó la alta voluntaria y quien era su referente?
- 2.- ¿Por qué motivo decidió marchar del centro?
- 3.- ¿Cree que estaba preparado para marchar del centro? ¿Por qué?
- 4.- ¿Cómo era su relación con el equipo? ¿y con su referente?
- 5.- ¿Piensa que las actividades que realizaba tenían algún sentido? ¿En qué modo?
- 6.- ¿Qué piensa que le habría ayudado a continuar con el proceso en el centro? (relación compañeros, otro tipo de dinámica del centro, relación con los profesionales o el referente, actividades...)
- 7.- ¿Qué actividades importantes para usted cree que le habrían ayudado a continuar con su proceso en el centro? ¿Por qué?

Entrevista R1

1.- ¿Se acuerda de cuando realizó la alta voluntaria y quien era su referente?

“Sí, hace unos 5 años aproximadamente, creo que, en el 2005, dos altas lo que la otra fue un poco motivada, que también lo entiendo, porque tuve una situación fuera de lugar, me puse nervioso y tuve un poco de agresión y rompí una cosa, pero la primera fue voluntaria y la segunda lo entiendo también, tuve formas que estaban fuera de lugar.

-¿Pero fue voluntaria porqué tu decidiste marchar?

“la segunda se me expulsó”

Y en esta primera alta voluntaria quien era tu referente, te acuerdas?

Sí, era Juana

2.- ¿Por qué motivo decidió marchar del centro?

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

Era porque estaba motivada por la relación que tenía de pareja en ese momento, que no tenía ingresos y estaba estudiando para como auxiliar, asistente social, las que acompañan a las viviendas, a las personas necesitadas, y claro, no tenía ingresos, y eso me estaba inquietando y por esa razón decidí marchar.

3.- ¿Cree que estaba preparado para marchar del centro? ¿Por qué?

No, no estaba preparado, porque de hecho después he necesitado ayuda y la sigo necesitando, de hecho ahora mismo estoy aquí.

En ese momento te sentías preparado?

No, llegué a un momento que era final de año también y tampoco es que hiciera mucho trabajo personal, tan solo me puse físicamente mejor de lo que estaba y marché. Los problemas de pareja continuaban y después se agravaron

4.- ¿Cómo era su relación con el equipo?

Pues buena, siempre he sido bastante alegre, no he sido cerrado y para mi fue buena.

¿y con su referente?

También, me transmitía, me podía expresar con facilidad, sin prejuicio. Me sentía escuchado, a lo mejor había cosas que en ese momento no podía hacer, por las normas del piso, pero que a lo mejor yo no las entendía en ese momento, pero bien. He mirado de ser siempre razonable, y de mirar de razonar las cosas y escuchar.

5.- ¿Piensa que las actividades que realizaba tenían algún sentido? ¿En qué modo?

“Sí, porque ayudaban, por ejemplo, los grupos de rehabilitación cognitiva, la relajación...yo soy una persona que tiende al aislamiento y entonces necesito que me transmitan confianza a la persona, y a mí me la transmitía mi referente como para poder hablar las cosas, y los talleres, me ayuda a estar haciendo cosas, involucrándome y relacionándome con los demás, porque de hecho me ha generado problemas, como ahora que he estado en casa tres años que apenas salía.”

6.- ¿Qué piensa que le habría ayudado a continuar con el proceso en el centro? (relación compañeros, otro tipo de dinámica del centro, relación con los profesionales o el referente, actividades...)

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

“yo valoro mucho el hecho de que una persona que no tiene el VIH me acepte tal y como soy, con mis dificultades y mis problemas, yo eso lo valoro mucho y después para mi me suponía una carga personal o emocional de dejar a esta persona sin medios”

¿Te refieres a la pareja?

Sí, porque en ese momento yo estaba cobrando la ayuda social o la PBNC y era el único dinero que estaba entrando en casa, porque vivíamos en un piso y había que pagarlo y me inquietaba y me preocupaba.”

¿Crees que si tu pareja hubiera tenido ingresos de habría ayudado?

“Sí, era el hecho que ella estaba estudiando y no tenía ingresos a parte estaba haciendo cargo de la mascota que tenía y eso no me tenía centrado del todo aquí. Tenía la cabeza más fuera que dentro”

7.- ¿Qué actividades importantes para usted cree que le habrían ayudado a continuar con su proceso en el centro? ¿Por qué?

“Los motivos que me llevaron a marchar eran externos”

¿Qué te gustaba hacer?

“me gustaban hacer los talleres, hacia bastantes manualidades, o cajas o esto de los teléfonos, que me tenían la mente ocupada y estaba bastante activo. Después ahora veo que lo que me va muy bien es que, si estoy en estos talleres, de relajación, de yoga veo que eso me ayuda, tengo insomnio y después los dolores musculares, de huesos, me va muy bien. Para relajarme y para estar mejor.

Y después que al igual, algun taller así más personal de cara terapéutico, la otra vez al igual tampoco estuve el tiempo necesario como para llevarlo a cabo. Ahora también tengo otro planteamiento, ahora no tengo cosas externas que me estén inquietando para marchar, y pues ahora mismo me lo he planteado, que como salgan les cosas.

¿Crees que te habrían ayudado tener más reuniones con tu referente o más tutorías?

Pues no me acuerdo de eso. Yo ahora traigo muchos asuntos pendientes que tratat, ahora están allí y he ido hablando con mi referente y le voy explicando un poco mi historia personal, pero también un poco por encima. He realizado el PAI y mis objetivos

no me corren prisa en este momento, sé que tengo determinadas dificultades y sé que irán yendo. La otra vez es que estaba. mi objetivo no tenía tampoco hecho un planteamiento personal para trabajar y a lo mejor no había llegado el momento y tampoco creo que estaba en situación no era la adecuada.”

Entrevista R2

1.- ¿Se acuerda de cuando realizó la alta voluntaria y quien era su referente?

“En enero del 2015 me parece”

¿Te acuerdas de quién era tu referente?

“No.”

2.- ¿Por qué motivo decidió marchar del centro?

“¡Claro! Como ahora, como ahora recuerdo, estaba ya seis meses en Can Banús y estaba muy bien, me gustaba mucho y vivía en una habitación en cama de doble planta y ha venido un chico, joven, gitano que hacía pajas, cada noche, y me molestaba mucho, y yo he bajado al despacho y digo que mi compañero hace pajas, no me gusta, no puedo dormir, porque no es primer día, es días seguidos y después preguntaron a él y me dice el director, estaba yo en el despacho y me dice el director, es tu palabra contra la suya, tu dices que sí y el dice que no, y yo estaba muy enfadado, y quería salir del despacho y estaba muy enfadado y el director me dice, si tu sales del despacho, tú te vas a la calle y yo salgo, subo a la habitación, cojo algo de ropa y me he ido, no recuerdo que firmé alta voluntaria estaba en la calle, estaba muy frio, llovía,

3.- ¿Cree que estaba preparado para marchar del centro? ¿Por qué?

“No, porque hace poco estaba con tuberculosis, estaba muy flojito, tomaba medicación, yo quería seguir y después de una semana yo vi a este gitano en Barcelona, y me dice comprar coca, te invito, y yo estaba muy enfado.”

4.- ¿Cómo era su relación con el equipo?

“Muy buena, yo recuerdo todos, pero mi referente exactamente no recuerdo. No tenía problemas, había buen rollo, estaba muy bien.”

¿y con su referente?

5.- ¿Piensa que las actividades que realizaba tenían algún sentido? ¿En qué modo?

“Sí, pienso que sí, porque hay que hacer actividades...”

¿Te interesaban las actividades que realizabas?

“Fui directamente de tub dispancer estaba muy mal, y no puedo decir nada porque estaba muy malito física y mentalmente, pero actividades estaban muy bien, las hacía todas, no tenía ni una falta.”

6.- ¿Qué piensa que le habría ayudado a continuar con el proceso en el centro? (relación compañeros, otro tipo de dinámica del centro, relación con los profesionales o el referente, actividades...)

“No lo sé, resolver problema, cambiar habitación, o a mi o a él.”

¿Podrían haber hecho alguna cosa los profesionales, el director o el equipo?

“Cambiar habitación.”

7.- ¿Qué actividades importantes para usted cree que le habrían ayudado a continuar con su proceso en el centro? ¿Por qué? El problema no fue las actividades

- Anexo B

Entrevista a profesionales

Guion

- 1.- ¿Des de que año trabaja en el centro?
- 2.- Más o menos ¿Cuántos residentes que ha acompañado han realizado altas voluntarias?
- 3.- ¿Cuáles cree que son los motivos por los que realizan las altas voluntarias? ¿Por qué?
- 4.- ¿Podría definir cómo era su relación y el vínculo que estableció con los residentes? ¿Y con el resto del equipo?
- 5.- ¿De qué manera cree que ha favorecido su relación a las altas voluntarias de las personas a las que hacía seguimiento?
- 6.- ¿Cómo cree que su manera de ser influye en su relación o vínculo con el residente?

Entrevista P1

- 1.- ¿Des de que año trabaja en el centro?

Des del 2017

- 2.- Más o menos ¿Cuántos residentes que ha acompañado han realizado altas voluntarias? Me refiero a altas que han decidido ellos, voluntarias, programadas pero que han

Me he hecho una chuletita. Unas 8 o 9 personas más o menos

- 3.- ¿Cuáles cree que son los motivos por los que realizan las altas voluntarias? ¿Por qué?

La mayoría de los que decidieron marchar normalmente era por consumo, porque querían volver a consumir y en la minoría porque no se habían adaptado a las normas del centro

¿Crees que hay algún motivo más?

La convivencia de la casa, e un par o tres ocasiones comentaron que el proceso lo podían aguantar, pero la convivencia no.

4.- ¿Podría definir cómo era su relación y el vínculo que estableció con los residentes? *En general buena, una relación buena, el vínculo se basa sobre todo en la honestidad, en concreto con tres de ellos el vínculo fue bastante fuerte, donde se habló desde la confianza una vez generado el vínculo y con los demás bastante buena había buena comunicación , con un par de ellos sobre todo con personas que tenían algún tipo de trastorno, la relación no era del todo buena, optaban más por un discurso aprendido y no se podía trabajar más allá, pero por el resto había buena comunicación había honestidad...en la mayoría de los casos*

Y, ¿a parte de la comunicación había aspectos que creías importantes para establecer el vínculo?

Si había dos casos en concreto que me fue muy bien el espacio, buscábamos espacios exteriores al centro que ayudó tanto al vínculo como al proceso socioeducativo con ellos, creo que fue bastante importante y me gustaría poderlo hacer más. ¿Y con el resto del equipo? Más o menos la mitad de ellos tenían buena relación, una relación cordial, menos siempre con alguno que tienes menos feeling y luego hay tres en concreto que no tenían buena relación con más de uno del equipo. Se notaba que no había buen feeling, y que algunos casos, algunos profesionales no saben ser profesionales, que pueden haber algunos comentarios fuera de tono. Eran casos muy puntuales.”

5.- ¿De qué manera cree que ha favorecido su relación a las altas voluntarias de las personas a las que hacía seguimiento?

“Tengo un caso en concreto, pienso que en dos ocasiones, el vínculo favoreció para hacer una alta voluntaria no inmediata, no decir me voy hoy porque no aguanto más, sino una buena salida. Hay otro que creo que no se llegó a establecer un buen vínculo que no se llegó a trabajar realmente sino que era todo muy superficial, y todo puede haber llegado a generar un buen vínculo puede haber generado a que la persona decidiera marchar y haber afectado a su decisión”

6.- ¿Cómo cree que su manera de ser influye en su relación o vínculo con el residente?

“Creo que intento que vean que yo considero que todos somos iguales que somos personas y todos podemos cometer errores, y todos tenemos una experiencia de vida diferente al que tenemos al lado. Sobre todo al principio intentaba traer una actitud muy positiva, e intentaba generar en los días festivos un ambiente que se notara haciendo participar, hacía participar en sus reuniones en las asamblea, he intentado remarcar la importancia de tener voz y creo que eso se refleja en el vínculo que ellos tienen después contigo, que ven que no es una fachada creada para que ellos vengan a decirte, sino que creo que se nota cuando vienen a explicarte cosas del proceso e incluso personas que no eres referente vienen a contarte cosas que están pasando en la casa porque se dan cuenta que realmente te preocupas por el proceso que está llevando en la casa y creo que eso es importante. Que también tiene el lado B de la moneda, tiene su parte negativa, sobre todo cuando yo entré era muy pequeña, tenía 24 años y eso daba a confusiones, tanto a nivel sentimental, como que esa cercanía si no la sabía marcar bien, podían pensar que era una amiga y no una profesional, eso lo he ido trabajando para que pueda ser profesional y cercana pero no amiga.”

“Destacar que haciendo la lista de las personas que habíamos hecho derivación o expulsión altas, la gran mayoría eran altas voluntarias, creo que esto también tendríamos que analizarlos por qué hay tantas altas voluntarias, en un centro en el que en teoría está para acompañarlos en un proceso, creo que toca una parte de inspección mía y del equipo.”

Entrevista P2

1.- ¿Des de que año trabaja en el centro?

Abril de 2018

2.- Más o menos ¿Cuántos residentes que ha acompañado han realizado altas voluntarias? Altas voluntarias son las que personas decide marchar por propia decisión ya sea voluntaria, programada o por abandono.

Diría que tres

3.- ¿Cuáles cree que son los motivos por los que realizan las altas voluntarias? ¿Por qué?

“Pues en uno de los casos por qué no le quedaba otra opción, ósea, esta persona tenía la opción de ser derivada a otro centro y decidió hacer alta voluntaria en lugar de coger la alternativa que le proporcionábamos nosotros, y después las otras dos por tema de consumo, de que no se veían aquí habiendo consumido y decidieron antes de esperar a reunión, marchar.”

Como habían quebrantado una norma...

“Sí, la normativa es que no se puede consumir y consumieron, y normalmente cuando hay un consumo, se analiza el caso en reunión de equipo y en función de cómo haya sido el consumo y el tiempo que este la persona y el tipo de trabajo que se esté haciendo con la persona se toma una determinación, o seguir acompañando, derivar-lo o que haga alta, en este caso estas personas decidieron no esperar a reunión y hacer alta voluntaria.”

¿Y por qué crees que decidieron no esperar?

“pues en ocasiones, yo creo que una de ellas es porque tenía muy claro que quería seguir consumiendo y porque a mi parecer, no sé si puedo decirlo, el trabajo en tema de consumo no se hace un trabajo intensivo de consumo, los recursos que tenemos son para acompañar, y entonces es como tener el estímulo cerca sin tener las herramientas para hacer frente a este estímulo, des de aquí que se supone que están para trabajar esto, entre otras cosas, no sé si me explico”.

4.- ¿Podría definir cómo era su relación y el vínculo que estableció con los residentes? ¿Y con el resto del equipo?

“Yo era el primer año aquí en el convento por lo que el vínculo no era muy fuerte, sí que había un vínculo, pero creo que faltaba confianza, en el vínculo y en la relación que tenía con estas dos personas, faltaba trabajarlo más, creo que no había una comunicación muy fluida, entre ellos y yo, porque yo vine aquí para substituir, es que era en el momento en que yo estaba substituyendo a su referente...y claro fue como un poco no sé, conocían más a la otra persona, yo vengo de nueva, es como invadir una parcela muy íntima, yo me metí, así como de golpe en un proceso, esa persona estaba en un proceso y de repente aparecí yo, y fue como difícil acercarme a estas dos personas, y por supuesto la confianza no era la misma que con la profesional que acababa de irse que conmigo, y lo vi, porque además, bueno, yo me estoy liando..., en el momento en el que hubo este consumo, y esta necesidad de irse, no fue a mí a quien se dirigió sino a dirección y eso me dio que reflexionar del tipo de vínculo y relación que ella mantenía con esta persona en concreto.

Con las otras altas, la alta voluntaria, porque no quería irse a otro recurso, sí que había un vínculo cercano.”

¿Cómo definirías el vínculo cercano?

“Había buena comunicación, confianza para decir las cosas.”

“Sentía que confiaba y además lo sentía porque en las conversaciones hubo un nivel de apertura amplio y me permitió como conocer una parcela muy íntima de ella, cosa que no había pasado con la relación de otros educadores, me permitía conocer cosas que ella era muy reticente de expresar con psicólogos u otros miembros del equipo.

Con la otra alta creo que el vínculo, no era nulo, porque había relación, pero yo era nueva, estaba substituyendo y esta persona no me permitía entrar ni comunicar, las comunicaciones eran muy escuetas y de funcionamiento genera muy escueto”.

¿Intentó hacer alguna cosa para acercarse?

“Si yo utilizo mucho el humor para acercarme a las personas y establecer el vínculo, pero no surgió efecto.

¿Y otras estrategias?

No no probé “

¿Y con el resto del equipo como cree que era la relación, en general?

“Buena correcta, sin mayor trascendencia creo recordar, y esta última que ha sido más reciente había sido más estrecha con algunos de los compañeros, yo veía cierta complicidad con alguna de las compañeras, o si yo no estoy hablaba con otras educadoras, los otros dos yo recuerdo correcto. Hace ya algunos años.”

5.- ¿De qué manera cree que ha favorecido o influido su relación a las altas voluntarias de las personas a las que hacía seguimiento? ¿Crees que la relación que mantenía influyó su alta?

“Pues me lo planteé, sí, quizás, sí. La falta de información y la falta de conocimiento de la historia, su trayectoria, creo que al final es un conjunto, no sé si propició, pero puede ser un añadido, puede ser un desencadenante, se va la referente, y viene una persona que irrumpe en el proceso y si ya no estás en el momento o estas en un momento débil, puede ser que sí. El no poder, no sé cómo explicarlo... pues que no hayan encontrado esta figura de soporte pues porque no dio tiempo a crear ese vínculo puede que fuera un factor que propiciara. En el otro caso, no creo que fuera la relación lo que propiciara el alta voluntaria, creo que fueron un cúmulo de cosas, y situaciones límite que mi percepción es que nada tiene que ver con la relación que mantenía con ella”.

6.- ¿Cómo cree que su manera de ser influye en su relación o vínculo con el residente?

“Pues de primeras creo que mi manera de ser, mi manera de ser y utilizando mucho el humor me permite establecer una relación de confianza o eso es lo que percibo aquí con los residentes... te puedo decir que los vínculos que he establecido y lo que he recibido de ellos es que están cómodos, se sienten bien los encuentros que hacemos les ayudan. Para mí no es difícil vincular de primeras... Sí que influye mi manera de ser con el vínculo con los residentes con los que hago con los que hago seguimiento y con los que no también, y muchos me han hecho como la devolutiva, de la relación que mantenemos, de mi manera de ser en el centro, de lo que hago o lo que dejo de hacer.”

- Anexo C

Encuesta a residentes

1. Buenos días, el motivo de esta encuesta es poder conocer las causas de las altas voluntarias de los residentes de la Fundació AiE. ¿Conoce a alguna persona que haya realizado una alta voluntaria durante el tiempo que ha residido en el centro?
 - Sí
 - No
 - No me acuerdo
2. ¿Cuánto tiempo hace que reside en el centro?
 - 1 año o menos
 - Entre 1 y 5 años
 - Más de 5 años
3. ¿Cuáles cree que son los principales motivos por los que una persona decide por voluntad propia marchar del centro? marque máximo 3 opciones
 - La normativa del centro
 - Necesidad de consumir drogas
 - Sentimiento de mejora
 - La falta de comunicación con el referente
 - Actividades poco adecuadas
 - El equipo no sabe solucionar algún problema
 - Por temas familiares o de pareja
 - Problemas de convivencia
 - Otros
4. En su opinión, ¿cómo influye el hecho de realizar actividades de interés para no abandonar el centro.
 - Nada

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

- Poco
 - Algo
 - Mucho
5. En su opinión, ¿Podría marcar 3 motivos principales que cree que pueden ayudar a que la persona decida continuar en el centro?
- Tener más confianza con el equipo
 - Tener apoyo familiar
 - Tener buena relación con el equipo
 - Participar en actividades interesantes
 - Realizar más reuniones con la referente
6. Podría decirme, ¿cómo cree que influye la relación con el equipo en el éxito del proceso de recuperación en general de una persona que reside en el centro?
- Nada
 - Poco
 - Algo
 - mucho
7. 7. En su opinión, ¿Tener familia o pareja fuera del centro ayuda a poder superar conflictos que pueden llevar a abandonar el centro?
- Sí
 - No
 - Algunas veces
8. Para finalizar ¿Considera que la relación con el/la referente es importante para no abandonar el proceso personal en el centro?
- Sí
 - no

- Anexo D

Encuestas a miembros de atención directa

1.- ¿Podría indicar que función desempeña o ha desempeñado en el centro de acogida?

- Referente educativo
- Refuerzo fin de semana/monitor
- Dirección
- Voluntario
- Personal sanitario

2.- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando /voluntario en el centro?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 5 años
- Más de 5 años

2.- Más o menos ¿Cuántos residentes han realizado altas voluntarias desde que está en el centro?

- Menos de 3
- Entre 3 y 5
- Más de 5

3.- Y cuántos de los que ha hecho seguimiento han realizado altas voluntarias?

- No he hecho seguimiento de ningún residente
- Menos de 3
- Entre 3 y 5
- Más de 5

4.- ¿Cuáles cree que son los motivos por los que realizan las altas voluntarias? Marque un máximo de 3

- La normativa del centro
- Necesidad de consumir drogas
- Sentimiento de mejora
- La falta de comunicación con el referente
- Actividades poco adecuadas
- El equipo no sabe solucionar algún problema
- Por temas familiares o de pareja
- Problemas de convivencia
- Trastornos psiquiátricos

4.- ¿Cree que el vínculo con el referente es importante para que se evite realizar altas voluntarias?

- Sí
- No
- Algunas veces

5.- ¿Cree que su relación con las personas que ha hecho seguimiento ha influenciado o puede influenciar en realizar altas voluntarias?

- No hago seguimientos
- Sí
- No
- Sí
- Sí
- No
- Algunas

7.- ¿De qué maneras cree que podría haber evitado las altas voluntarias que recuerda? Marque 1 o 2 opciones

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

- Trabajando el apoyo familiar
 - Mejorando la relación con el equipo
 - Un programa de actividades más acordes con el interés de la persona
 - Realizando más reuniones o seguimiento con la referente
 - Otras
9. Por favor, especifique otras:

- Anexo E

Grupo de discusión

Guion

- 1.- ¿Cuánto tiempo hace que trabajáis en el centro?
- 2.- Más o menos ¿Cuántos residentes han realizado altas voluntarias desde que estáis en el centro?
- 3.- ¿Cuáles cree que son los principales motivos por los que realizan las altas voluntarias?
- 4.- ¿En vuestra opinión, como influye la relación que tienen con la familia a la hora de realizar altas voluntarias? (evita, las propicia...). ¿Por qué?
- 5.- ¿De qué manera creéis que influye la relación del equipo y el referente en las altas voluntarias?
- 6.- ¿Cómo cree influye la manera de ser de las profesionales o el equipo en la relación o vínculo con el residente? ¿y la del referente?
- 7.- Para finalizar. ¿Hay alguna cuestión que creáis interesante tener en cuenta sobre las altas voluntarias?

1.- ¿Cuánto tiempo hace que trabajáis en el centro?

A JO 7 anys

Jo 18

Jo 16 gairebé

2.- Más o menos ¿Cuántos residentes han realizado altas voluntarias desde que estáis en el centro?

“Crec que molts, a mi em ve com una gran proporció i inclús m’atreviria a dir que és una de les altes més recurrents en elles en les persones que decideixen marxar més de

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

les persones que decidim amb consentiment fer una alta diferent, tipus per defunció, per cessaments, crec que les altes voluntàries és la majoria”.

“Més o menys el mateix, la alta voluntària és la més destacada, més que una altra”.

¿Cuando una persona tendría que finalizar el proceso en el centro?

“Jo crec que no és un... que no hi ha res escrit, com per exemple quan tu dius això ,això i això no és real”.

“Quan té assolit unes necessitats bàsiques i quant té una reinserció mínimament”.

“Jo penso que hi ha diferents perfils de persones i hi ha diferents maneres de finalitzar. Hi ha persones que tenen una autonomia i els objectius són la millora en la autonomia i per tant finalitza per seguir un procés més d'autonomia ja sigui un pis o un tipus de centre amb més autonomia, i hi ha persones que per les seves característiques la finalització pot ser que sigui per un empitjorament de les seves capacitats autònomes o del seu deteriorament i sigui per anar a un centre amb més atenció que aquí penso que hi ha més diferents perfils, un quant aquí estan assolits uns objectius d'autonomia i finalitzar quant aquí no es pot seguir amb el nivell d'exigència, autònom per certes persones i altres que serien persones que no poden complir per altres causes el funcionament d'aquest centre, per exemple que podrien viure però decideixen no complir amb la normativa, consumir, etc... que decideixen per altre motius i més casos. Jo veig molt clar quan algú millora, quan algú empitjora i quan algú no s'adapta”.

“Jo també comparteixo la opinió de la X, a mi el que embé es quan aconseguix les seves necessitats primeres per les que va ingressar a qui si és cobrir principalment la salut, si és cobrir una rutina que per ell sigui perjudicial, l'altra és quan empitjora, perquè la salut no millora hem d'anar modelant els objectius i quan no compleixen també es posa de manifest els motius per els quals no compleixen, per consums, no estar d'acord amb la normativa, perquè se'ls posa en confrontació personal la llibertat, que ells creen que no un horari tant exigent a vegades...jo he escoltat molt: és que a ver de venir aquí a les 21h, no tenir les nits, a ver de complir, a ver de venir a les 14h a dinar. Sobretot a les nits, és un gran què a valorar-.

“Crec que és més ampli la pregunta de quan finalitza el procés”.

Per què, quin és l'objectiu que té el centre d'acollida?

“De moment el primer que em ve escollir, en tota la motxilla, evidentment amb un filtre molt demanat amb VIH i exclusió social, acollir i treballar per una autonomia i una dignitat entre comentos que la persona es senti d'acord amb el que es demani amb el centre”.

“Escoltant a la X, acollir a les persones a totes les àrees integrals”.

“Acompanyar a les persones que venen aquí, comptant que és un lloc de pas, que é son venen per un motiu concret, és que no ho tinc molt clar, acompanyar-se en tot el que es pugui i comptant que és un lloc de pas no és una cosa estàtica”.

3.- ¿Cuáles cree que son los principales motivos por los que realizan las altas voluntarias?

“La sensació de llibertat, el tema d'haver de seguir una norma, un equip interdisciplinari que està sobre i opina i té pes...moltes vegades la sensació de llibertat té molt de pes, la llibertat de jo vull fer el que vulgui o no vull fer això...és a dir la llibertat de prefereixo estar sol, la llibertat entesa com a tot”

“Jo crec que el consum”,

“Bueno, això crec que és la llibertat de consum”.

“Perquè has empitjorat i no pots seguir el teu ritme i l'exigència o has fet un pas més de la teva autonomia”

“També inclouria, que a a vegades també tenen vinculació amb el familiar que els ha costat abandonar casos que han volgut anar amb el pare o la mare, però crec que també això és més sense saber-ho, i una mica junt amb que a casa la mare, casa el pare o fora també tenen aquesta llibertat, que sí que ho tenen, però a vegades el retorn amb la persona familiar, perquè els hi costa el dol de no compartir tantes hores quan estan aquí”.

“Jo estic amb elles, la falta de llibertat, i a mes a més també penso, que amb el perfil d'algué que té més o menys la seva edat els hi costa molt que algúen le diga lo que

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

tiene que hacer i amés a més siguin més joves que ells, crec que això ajuda a fer l'alta voluntària”.

“potser aquesta sensació com de l'autoritat que hi hagi algú, algú que te vea y te diga, i si ve d'una persona jove, una dona...”

“Aquesta falta de llibertat l'associo molt a una alta recurrent, el nivell d'exigència també que venen de situació de carrer que no tenien l'exigència que els hi demanem.

llevar-se a una hora, assumir tasques de neteja, rentar la roba...aquestes responsabilitats que de cop ho han de fer i no duren ni un mes.

Falta de responsabilitat, no?”

“Poder estan acostumats a una falta d'hàbits i els hàbits més bàsics, fora de qualsevol lloc se lo hacen ellos de qualsevol manera i treballar els hàbits”.

4.- ¿En vuestra opinión, como influye la relación que tienen con la familia a la hora de realizar altas voluntarias? (evita, las propicia...). ¿Por qué?

(18.37) “Bé , hi ha els casos de persones que no tenen família, ja no entrariem.

Clar, si tenen alguna persona familiar, amb vivenda, es més fàcil que tinguin la opció me'n vaig a una casa familiar, i és més fàcil que faci una alta voluntària, tenen aquest recurs i a vegades influeix en positiu i a vegades en negatiu, sovint jo crec que hem vist més casos en negatiu és a dir, de familiars que no son bons referents, i tot i així les persones decideixin tornar, ja sigui per consums trastorns, sovint diria que són més negatiu que positius el retorn a la família”.

“Ho comparteixo”.

(18.49) “És que no recordo casos ha sigut una alta cap al nucli familiar i ha estat positiu”.

“Afegeixo que aquesta influencia en negatiu justament sol caure en el paternalisme de que com és fill o filla o familiar, l'acullo més des del buenismo, sense mirar més enllà del que suposaria creure que la persona és adulta i és autònoma per aprendre a resoldre les seves mancances no tinguent el suport incondicional d'un pare, una

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

germana, on desgasta la relació familiar però a l'hora alimenta quelcom que no és beneficiós per ningun , crec que és tòxic, i com diu la M , és majoritària aquesta influència i tinc molts casos que em venen, ja l'acullo, m'ha demanat diners...ho fan a desgana però no poden sortir d'aquí perquè els costa"

(21.34) "També afegeixo que també pensem que el perfil que tenim nosaltres el 90 % venen de famílies desestructurades, vull dir que la referencia no és sana sinó que és tòxica i això influeix molt en les seves altes, n? torno al meu lloc amb la meva família desestructurada i perquè per ell es la seva zona de confort i sortir d'aquí és complicat"

(22.21) també he pensat que motes vegades retornen a la vivenda familiar per fer de cuidadors deixant de banda, prioritzant fer de cuidador dels seus familiars i deixant de banda el seu propi procés personal de cuidador, se'n van a fer de cuidador quan poder no tenen les seves necessitats cobertes".

5.- ¿De qué manera creéis que influye la relación del equipo y el referente en las altas voluntarias?

(23.15) "Jo sense estar a la part educativa, el que veig és que el vincle que té un usuari amb el referent és molt més gran que a la resta de l'equip i pot influir més el que escolat mé el que li digui la referent i depèn el que li digui pot derivar a una cosa o no".

I la teva relació?

" Deixa'm pensar..."

(25.15)"jo el primer que m'ha vingut és que la influencia és que acompanyem a que la persona a l'hora de fer una alta no sigui tant precipitada i tenim aquest segell de que fem puguin valorar la seva decidir, els acompanyem a frenar decisions i pensar-les més i si que hi ha un punt que enes tenen en compte com si hi h un punt que els sap greu, se que empatitzen amb nosaltres i donen explicacions sense donarse comte de que som professionals i que pensen que els ap greu que tingui una repercussió la seva marxa en la persona que esta amb ell".

"Jo quan ho has plantejat, he vist més la part de l'equip com a sistema, he vist les persones que no han connectat amb la manera de treballar, si no m'agrada o hi ha una

Causas de las altas voluntarias en los centros de acogida de la Fundació Acollida i Esperança

mala relació i veig l'equip com és el que em vol fotre i no connecta amb la manera de treballar és més fàcil de fer una alta voluntària que si hi ha una millor entesa o confecció i ho veuen com una part de l'ajuda o l'acompanyament. He vist a gent que ha decidit ràpidament marxar, perquè ha vist a tot l'equip com que no quatre i vol marxar".

(29.90) "No vull afegir res més, entre totes dues ja han dit tot el que jo volia dir."

6.- ¿Cómo cree influye la manera de ser de las profesionales o el equipo en la relación o vínculo con el residente? ¿y la del referente?

(29.42) "Home si ets una persona guay més vincle fas".

(30.55) "Afortunadament dintre d'un equip hi ha maneres de ser dispars, influeix que la persona acollida té hi ha un ampli ventall per la persona de crear connexions, "depen de la manera de ser de l'educadora jo em sento més connectada o no i llavors vinculo o m'apropo de diferent manera a l'usuari i si que ha passat quan la persona acollida a vinculat o no amb la referent ha posat sobre la taula la manera d'intervenir perquè es posa de manifest per l'educador o usuari aquesta mancança o excés de connexió i és molt interessant adonar-se i moldejar això les dos persones implicades, crec que és qüestió de connexions amb la manera de ser i m'agradaria pensar que és ric la diversitat de la manera de fer".

Creieu que hi ha alguna manera de ser que no faciliti el vincle amb la persona?

"Jo puc pensar aquesta manera de ser que aquesta manera no és vinculant però no crec que hi hagi una forma de ser concreta faciliti la vinculació, és una perspectiva subjectiva, penso que la forma de ser no és modelables, jo no seré com la Maria per millorar la vinculació".

"Crec que la forma de ser, totes som diferents i que no hi ha una millor o pitjor, però crec que és important és que vinculi i lo bo que hi ha en un equip es pugui vincular amb algú, i la forma de ser cada u es com és".

"Això depèn de la seva forma de ser, jo puc ser molt propera i la persona no connecta amb mi, no es qüestió de nosaltres sinó també del caràcter de qui tens al davant".

34.40 *“Lu únic que interessa és que la persones es senti atesa, i a posteriori ja buscarà amb altres educador que s’anirà posant”.*

7.- Para finalizar. ¿Hay alguna cuestión que creáis interesante tener en cuenta sobre las altas voluntarias?

“L’únic a tenir en compte és que seria interessant saber els motius i poder ofertar modificacions en aquest sentit”.