

CENTRO CONCERTADO CON



Dirección General de Atención  
a Personas con Discapacidad

CONSEJERÍA  
DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA

**Comunidad de Madrid**

**M**  
FUNDACIÓN  
MANANTIAL

MEMORIA

2017

*Residencia "Alcalá de Henares"*

*La Residencia "Alcalá de Henares" es un dispositivo específico enmarcado dentro de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera dependiente de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid*



03 00002010

## INDICE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA RESIDENCIA .....	3-8
2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN .....	8-16
3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.....	16-25
4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS.....	25-26
5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.....	26-50
6. RESULTADOS.....	50-55
7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.....	55-56
8. OTRAS ACTIVIDADES DE LA MINI-RESIDENCIA.....	57-63
9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.....	63-69
10. VALORACIÓN OBJETIVOS 2017 .....	69-70
11. OBJETIVOS PARA EL AÑO 2018.....	71

## **1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA RESIDENCIA**

### **1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES**

La “Residencia Alcalá de Henares” para personas con enfermedad mental es un centro concertado con la Dirección General de Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid a través de un contrato de gestión de servicios públicos (modalidad concierto). El recurso se encuadra dentro de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente, del Servicio del Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad dependiente de la Consejería de Familia y Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid. La titularidad del centro es privada, correspondiéndole a la Fundación Manantial para personas con enfermedad mental constituida en Julio de 1995 (Nº 28/1001 del Registro Nacional de Fundaciones), declarada de utilidad benéfico-asistencial en Agosto de 1995 (B.O.E. 14/9/95) y autorizada en el registro de Entidades y Asociaciones de Acción Social y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

### **1.2. UBICACIÓN, CAPACIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICO-ARQUITECTÓNICAS DE LA RESIDENCIA.**

La residencia está situada en la Avda. de Castilla nº 31, 2ª planta (edificio anexo al Colegio Pablo Picasso) de Alcalá de Henares y tiene una superficie construida de 427,00 m<sup>2</sup>. El teléfono de contacto es el 91 888 18 04 y el fax es el 91 883 39 46. El número de plazas con que cuenta el centro es 20.

Adscritos a la Miniresidencia hay dos pisos supervisados ubicados también en Alcalá de Henares y que cuentan con un total de 8 plazas.

Los aspectos estructurales más significativos del centro que regirán la convivencia en el mismo, son que todas las habitaciones son dobles y que los baños son compartidos. Teniendo un baño destinado al uso de varones y otro al de mujeres, lo cual, a la vez que dificulta la intimidad, sí permite realizar un muy buen entrenamiento en convivencia, tolerancia y respeto al otro.

### **1.3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA.**

La residencia de Alcalá de Henares funciona como un recurso de naturaleza social, en cuyo desarrollo y funcionamiento se trabaja en estrecha colaboración y coordinación con el sistema público

de atención, tanto con los servicios sanitarios de salud mental, como con los servicios sociales especializados con este colectivo, a través de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente.

La selección y derivación de usuarios para su acceso a la residencia se realiza desde los Servicios de Salud Mental del antiguo Área 3 (Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz)

Los Servicios de Salud Mental valoran y seleccionan de entre las personas con enfermedades mentales crónicas a aquellos que, cumpliendo el perfil general establecido, puedan necesitar o requerir los servicios que ofrece la residencia.

Los candidatos propuestos se debaten y valoran conjuntamente en la Comisión de Seguimiento y Derivación que a tal efecto se establece con los distritos de Alcalá de Henares y de Torrejón de Ardoz, en la que participa personal responsable de dichos distritos junto con el personal de la residencia. En dicha Comisión se evalúa la idoneidad de las derivaciones, se organiza la lista de espera y se prioriza el acceso de unos u otros candidatos según las necesidades.

Los Servicios de Salud Mental presentan sus propuestas a través del informe de derivación establecido y de la ficha de continuidad de cuidados.

Una vez que la derivación es efectuada y el usuario accede a la residencia, los profesionales (directora, psicólogo, terapeuta ocupacional y educadores) realizan el PIAR (Plan Individualizado de Atención Residencial).

Este documento-resumen de evaluación se basa en la suma de las evaluaciones realizadas por cada uno de los profesionales responsables del usuario a su entrada al centro y presenta, como objetivos de base los recogidos en el informe de derivación, más los provenientes de la observación directa durante las dos primeras semanas de estancia. Estos objetivos se clasificarán por áreas de intervención y se empezarán a trabajar de manera sistemática y operativa, aprovechando las dinámicas de vida cotidiana. Estos objetivos se revisarán de manera mensual por los profesionales de referencia del usuario, el psicólogo, la terapeuta ocupacional y la dirección del centro.

Para llevar a buen término la consecución de estos objetivos y propiciar su idoneidad a las características del usuario y al tiempo que permanecerá en la residencia, se lleva a cabo la coordinación con los recursos de atención (centros de salud mental, centros de rehabilitación psicosocial, centros de rehabilitación laboral, etc.) que estén implicados en el proceso de rehabilitación del usuario y se establece un diálogo fluido para asegurar la complementariedad de las intervenciones,

de manera que no se dupliquen servicios y se ofrezca una línea de intervención coordinada desde los distintos dispositivos.

Desde el primer contacto con el usuario, hasta el final de su estancia en el centro, se establece con él un proceso de colaboración y negociación en el que se busca su participación activa en los objetivos establecidos. En algunos casos, hasta la propia redacción de los mismos.

En aquellos casos en los que los usuarios cuenten con el apoyo de familiares, se establece con ellos un contacto estrecho, para lograr mejoras que sean más fácilmente generalizables a la vida cotidiana del usuario a su salida al centro. Así mismo, es importante dotar a las familias de toda la información que precisen sobre la evolución de su familiar para no encontrarnos situaciones que boicoteen dichos avances.

A la entrada del residente, se le asigna un educador de referencia, que se encargará de la atención personal del usuario y coordinará la intervención y actividades que llevará a cabo durante su estancia. Estos profesionales también son los principales encargados de la coordinación con profesionales de otros dispositivos.

En cuanto a los aspectos del funcionamiento interno, la residencia mantiene un ambiente de vida y convivencia lo más normalizado posible. En este sentido, se fomenta la participación activa de los residentes en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento diario. Según su nivel de funcionamiento psicosocial y posibilidades, cada residente se ocupa de la limpieza y cuidado de su dormitorio, ropa y objetos personales; en grupos colaboran con en el resto de las tareas domésticas de la residencia: limpieza de espacios comunes, realización de pequeñas compras, lavandería, etc; todo ello con el apoyo y supervisión necesarios por parte del personal.

Con ello se favorece la participación activa de los residentes, evitando roles pasivo-institucionales y posibilitando la mejora de las habilidades y actitudes que les permiten aumentar su grado de autonomía.

En esta línea de fomentar la autonomía, es filosofía del recurso rescatar las potencialidades de los residentes; de modo que se intentará que la rutina diaria esté basada en el apoyo de unos residentes a otros como primera opción de ayuda y no en la búsqueda sistemática del profesional. En este sentido, si un residente conoce el barrio y otro no, la primera opción de trabajo será que sea éste quien

enseñe el barrio a la persona que acaba de incorporarse, dotándole de un papel fundamental como anfitrión del que ya se ha convertido en su hogar.

La participación activa de los residentes también juega un papel importante en las decisiones relativas a algunos aspectos de la organización y funcionamiento del recurso. Para ello se organizan “asambleas” semanales entre el personal y los residentes así como otras actividades que fomentan su implicación en la planificación y organización de actividades, discusión de problemas de convivencia, organización y distribución de tareas, modificación de normas de funcionamiento, etc.

Las decisiones que toma la Asamblea son de carácter vinculante, teniendo los residentes la posibilidad de modificar las normas que regulan la convivencia en función de las mismas.

Los horarios de funcionamiento diario se organizan de un modo flexible, de manera que permiten ajustarse a las diferentes necesidades y actividades individuales y grupales a desarrollar en la residencia y posibilitar el acceso de los residentes a los Servicios de Salud Mental, Centros de Rehabilitación Psicosocial, recursos comunitarios, etc.

Los fines de semana y tardes se priorizan actividades de ocio, contacto con familiares y amigos y el uso de recursos recreativos comunitarios, etc.

Existe también un reglamento de funcionamiento interno que regula la convivencia y organización de la residencia y en el que se incluyen además los derechos y deberes de los residentes. Este reglamento es entregado y explicado a los usuarios a su llegada al centro.

En cuanto a los servicios básicos, la residencia cuenta con un servicio de catering gestionado por *Manantial Integra*.

## **PERSONAL**

El personal de la residencia lo componen:

- ✓ 1 Directora (Psicóloga)
- ✓ 1 Psicólogo.
- ✓ 1 Terapeuta Ocupacional
- ✓ 10 Educadores Sociales (uno de ellos a media jornada) distribuidos en turnos de mañana, tarde y turno de fin de semana y festivos
- ✓ 4 monitores en turno de noche
- ✓ 1 Auxiliar administrativo a media jornada.
- ✓ 2 auxiliares de limpieza a jornada completa

#### 1.4. SECTORIZACIÓN DE LAS PLAZAS Y COORDINACIÓN. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN.

Los datos, referentes a la sectorización establecida para las 20 plazas de la residencia quedan reflejados en la siguiente tabla:

ÁREAS Nº de habit.	Nº total de plazas.	Nº de plazas estancia indefinida.	Nº de plazas estancia transitoria.	Nº de plazas estancia Corta.
Distritos de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz 18-65 años	20 Plazas	8 Plazas	8 Plazas	4 Plazas

La atención residencial se articula y distribuye en tres tipos de estancia (corta, transitoria e indefinida). La previsión de estancia viene predeterminada por los Servicios de Salud Mental, pero puede ser modificada en función de la evolución del residente y de la situación en la que se encuentre.

#### PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN.

El perfil general de las personas que atiende la residencia es el marcado por la *Red de Atención Social a Personas con Enfermedad mental Grave y Persistente*.

## 2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN

En este apartado se recogen datos sobre diversos aspectos de la atención llevada a cabo por el centro durante el año 2017: derivaciones, atenciones, lista de espera, incorporaciones y salidas producidas.

### 2.1. Movimiento asistencial.

#### 2.1.1. Lista de espera en el último año.

**Tabla 1. Personas en lista de espera.**

<b>Personas en lista de espera a 01/01/2017</b>	7
<b>Personas en lista de espera a 31/12/2017</b>	9

#### 2.1.2. Tiempo en lista de espera de las personas incorporadas

**Tabla 2. Tiempo en lista de espera de las personas incorporadas.**

<b>Tiempo medio en lista de espera de la personas incorporadas en 2017</b>	72,80 días
--	------------

#### 2.1.3. Derivaciones recibidas en el último año.

**Tabla 3. Derivaciones recibidas en el último año.**

Área 3	Alcalá de Henares	Torrejón de Ardoz	Total
Nº Derivaciones	14	12	26
Nº Personas derivadas	14	12	26

**Tabla 4. Personas no aceptadas y personas retiradas de la lista de espera durante el año.**

Nº de personas trasladadas a la residencia de Espartales Sur	2
Nº de personas no aceptadas	0
Nº de usuarios retirados de la lista de espera por su S.S.M	1

En relación al año anterior, el número de derivaciones ha aumentado considerablemente, llevándose a cabo un esfuerzo profesional considerable por dar movilidad a las plazas. Especialmente a los perfiles más indefinidos y de más difícil salida. Así mismo, el tiempo de espera de las personas derivadas es de 72,80 días. Esta cifra se explica porque los centros de salud mental son concedores que a lo largo de 2018 la residencia se desplazará a un edificio de nueva construcción en el distrito de Torrejón de Ardoz, momento en el que además se ampliarán las plazas de la residencia hasta 30, con lo que muchas de las derivaciones se están realizando para preparar la entrada de esas nuevas 10 personas.

Merece especial análisis que al contar el distrito con dos residencias, la lista de espera es compartida entre ambas, de modo que muchos de los pacientes oscilan de la lista de espera de una a la de otra, en función de las plazas vacantes disponibles.

### 2.1.3. Entradas a la residencia.

**Tabla 5. Entradas producidas durante el año.**

Área 3	Alcalá de Henares	Torrejón de Ardoz	Total
Nº de personas que han accedido	9	8	17
Nº de accesos	9	8	17

**Tabla 6. Personas que han entrado en el centro durante el año.**

Nº total de personas que han accedido al centro	17
---	----

<b>Nº de personas que inician*</b>	17
<b>Nº de personas que reinician**</b>	0
<b>Nº de usuarios que han entrado durante el año atendidos previamente en la Residencia desde el comienzo de su funcionamiento</b>	4
<b>Nº de usuarios que han reiniciado en el año al que se refiere la memoria</b>	0
<b>Nº de reinicios</b>	4

Durante el año 2017, diecisiete personas se han incorporado a la MR, de los cuales ocho eran de Torrejón de Ardoz y nueve del distrito de Alcalá. Del total de incorporaciones, sólo 4 han sido reinicios, lo que dota de mayor riqueza a las estancias del centro, demostrando que los derivadores buscan la utilización del recurso con perfiles diferentes a los ya conocidos.

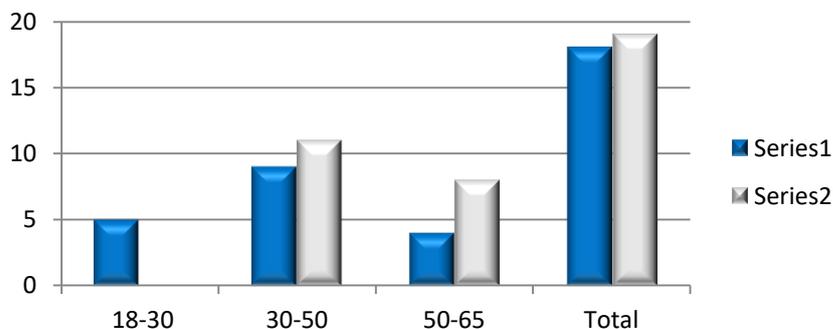
#### 2.1.4. Atenciones en el último año.

**Tabla 7.a. Atenciones realizadas durante el año.**

<b>Nº atenciones realizadas</b>	37
<b>Nº de personas atendidas</b>	37
<b>Usuarios en atención 31/12</b>	19

**Tabla 7b. Personas atendidas por sexo y edad.**

Edad	Hombres	Mujeres	Total
18-30	5	0	5
30-50	9	11	20
50-65	4	8	12
<b>Total</b>	18	19	37



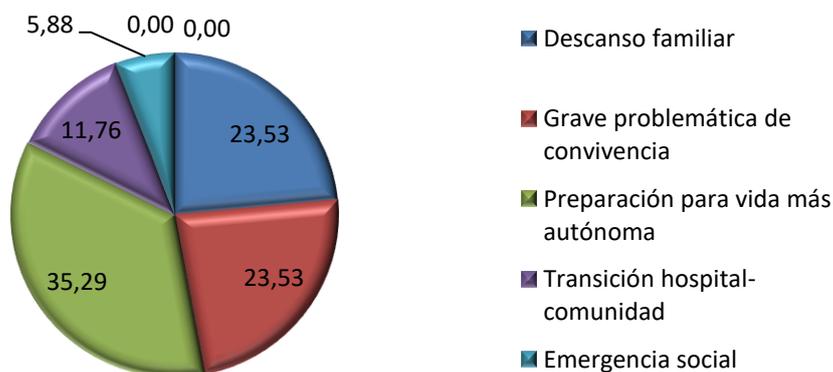
El perfil de usuario al que se ha atendido en la residencia a lo largo de este año, es una mujer, con edad comprendida entre los treinta y los cincuenta años.

### 2.1.5. Motivos planteados por el S.S.M. para la entrada en la Miniresidencia.

**Tabla 8. Motivos para la derivación a la Residencia de las incorporaciones en el último año.**

<b>Descanso familiar</b>	4
<b>Grave problemática de convivencia</b>	4
<b>Preparación para vida más autónoma</b>	6
<b>Transición hospital-comunidad</b>	2
<b>Emergencia social</b>	1
<b>Problemática de convivencia</b>	0
<b>Sin especificar</b>	0
<b>Total accesos</b>	17

Durante el 2017 los motivos más frecuentes de derivación de los Centros de Salud Mental son la preparación para vida más autónoma, los descansos familiares, las graves problemáticas sociales y de convivencia.



### 2.1.6. Salidas de la residencia.

**Tabla 9. Salidas producidas durante el año.**

<b>Personas que han salido</b>	18
<b>Salidas producidas</b>	18



**Tabla 10. Motivos para la finalización de la intervención de las salidas producidas durante el año**

Motivos de la finalización de la intervención	n° salidas	% salidas	n° usuarios
<b>Altas (1)</b>	15	83,33	14
<b>Bajas (2)</b>	3	16,67	4
<b>Baja por:</b>			
Abandono voluntario	1	33,33	1
Derivación a otro recurso	1	33,33	1
Fallecimiento	1	33,33	1
No adecuación al recurso	0	0	0
Expulsión	0	0	0
<b>Total</b>	18	100%	11



Durante el 2017 se han producido 18 salidas de usuarios del centro siendo un 83% altas por cumplimiento de objetivos. Del 16% de usuarios restante, 1 personas solicitaron el Alta Voluntaria del recurso, 1 causaron baja por traslado a otro recurso, específicamente a la Unidad de Media Estancia del Hospital de San Miguel y la última por fallecimiento, durante un permiso a casa por precipitación en su domicilio.

Con respecto a las salidas definitivas del centro, durante el 2017 no ha habido que tomar esta determinación con ningún usuario.

## 2.2. Datos por tipo de estancia prevista y duración de la estancia.

### 2.2.1. Número de atenciones realizadas según estancia prevista.

**Tabla 11.** Atenciones realizadas por tiempo previsto de estancia en el último año.

Nº de atenciones previstas de:	
Estancia corta (menos de tres meses)	5
Estancia transitoria (tres meses a un año)	23
Estancia indefinida (más de un año)	9



Como puede observarse por los datos, existe una diferencia muy significativa entre el porcentaje de usuarios que han sido derivados al centro con estancias transitorias, encontrándonos con un 62% y los que son derivados con estancia corta, tan sólo un 13%.

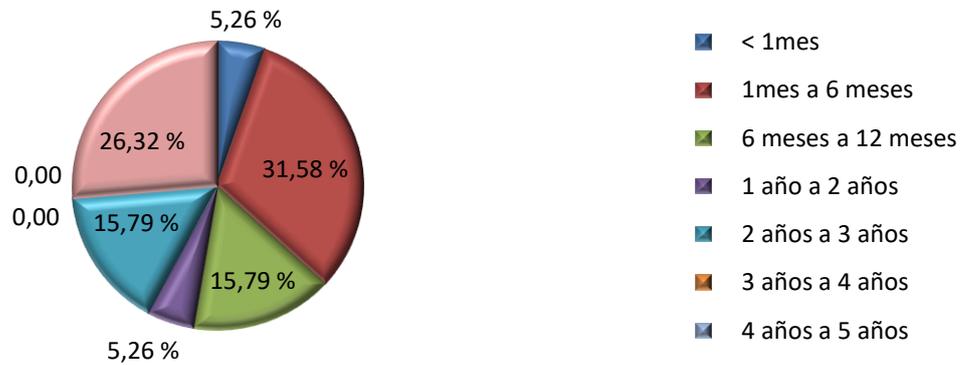
Las plazas indefinidas, a pesar de ser ocupadas por usuarios de muy difícil salida o que están esperando por edad una plaza en residencia de mayores tras la tramitación del certificado de dependencia, han sufrido un descenso con respecto a años anteriores. Habiendo podido dar movilidad a dos de estas plazas y se está trabajando activamente para poder movilizar a más de cara al 2018.

### 2.1.2. Duración de la estancia.

**Tabla 12.** Duración de la estancia de los usuarios en atención a final de año.

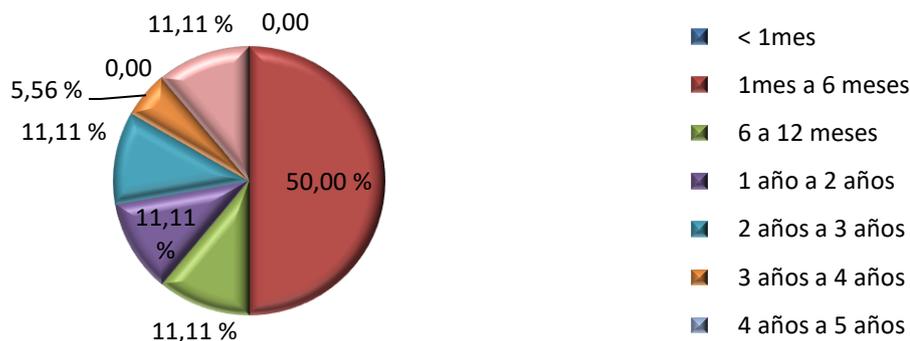
Duración de la estancia de los residentes en atención a 31/12	N
< 1mes	1
1mes a 6 meses	6
6 meses a 12 meses	3
1 año a 2 años	1
2 años a 3 años	3

<b>3 años a 4 años</b>	0
<b>4 años a 5 años</b>	0
<b>&gt;5 años</b>	5
<b>Total</b>	19



**Tabla 13. Duración de la estancia de los usuarios que han salido durante el año.**

<b>Duración de la estancia de las salidas producidas durante el año</b>	<b>N</b>
<b>&lt; 1mes</b>	0
<b>1mes a 6 meses</b>	9
<b>6 a 12 meses</b>	2
<b>1 año a 2 años</b>	2
<b>2 años a 3 años</b>	2
<b>3 años a 4 años</b>	1
<b>4 años a 5 años</b>	0
<b>&gt;5 años</b>	2
<b>Total</b>	18



Los datos nos indican que los usuarios que han accedido al centro en 2017 han venido con objetivos claros de trabajo que se han cumplido en los plazos marcados y no se han convertido en perfiles indefinidos que bloquean la entrada al recurso y restan opciones al usuario.

### 2.1.3. Situación residencial a la que han pasado los usuarios que finalizan su estancia en la residencia.

**Tabla 14.** Situación residencial de los usuarios que han finalizado su intervención durante el año.

Situación residencial de los usuarios cuando finalizan su estancia en la MR	N
Vivienda familiar	10
Vivienda propia / alquilada	4
Piso supervisado	2
Unidad de Psicogeriatría (Hospital Rodríguez Lafora)	0
Vivienda compartida	1
Residencia Mayores	1
<b>Total</b>	<b>18</b>



De las personas que dejan el centro en 2017, un 55% de los mismos lo hace para volver al domicilio familiar. Un 22% pasó a vivir de forma independiente en un piso o habitación alquilada, el 6% fue trasladado a otro recurso y el 11% restante, pasó a residir en piso supervisado.

### 3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.

En este apartado de la memoria se recoge los datos sobre el perfil socio-demográfico y clínico-psiquiátrico de las **personas que se han incorporado al centro** a lo largo del año 2017.

#### Datos socio-demográficos:

**Tabla 15. Sexo de las personas que se han incorporado durante el año.**

Sexo	N
Hombres	9
Mujeres	8
Total	17



**Tabla 16. Edad de los usuarios incorporados durante el año.**

Media de Edad..... 42,82 años

Entre 18 y 30	2
Entre 31 y 50	10
Entre 51 y 65	5
Total	17



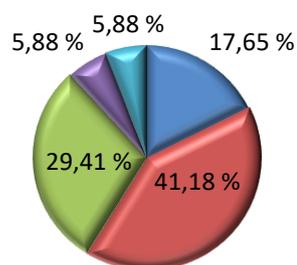
**Tabla 17. Estado civil de los usuarios incorporados a lo largo del año.**

Estado civil	N
Casado/Pareja de hecho	0
Separado/Divorciado	2
Soltero	15
Viudo	0
<b>Total</b>	<b>17</b>



**Tabla 18. Nivel educativo de las personas que se han incorporado durante el año.**

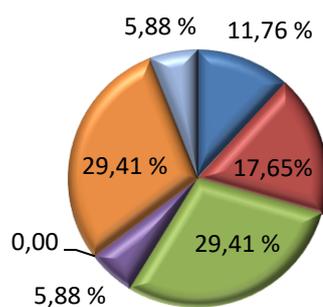
Nivel educativo	N
Sin escolarizar, sin estudios	3
Enseñanza primaria: E.G.B. 1ª Etapa	7
Bachiller elemental: E.G.B. 2ª Etapa	5
Bachiller superior: B.U.P., C.O.U	1
F.P. 1er Grado	1
F.P. 2º Grado	0
F.P. 3º Grado	0
Titulado grado medio	0
Titulado superior	0
Otros: Certificado de profesionalidad de nivel 3	0
<b>Total</b>	<b>17</b>



- Sin escolarizar, sin estudios
- Enseñanza primaria: E.G.B. 1ª Etapa
- Bachiller elemental: E.G.B. 2ª Etapa
- Bachiller superior: B.U.P., C.O.U.

**Tabla 19. Tipo de convivencia de los usuarios incorporados durante el año.**

Tipo de convivencia	N
Sólo	2
Con padres	3
Con padre o madre	5
Con el cónyuge	1
Con hijos	0
Con otros familiares: (hermanos, tía)	5
Mini-residencia	1
Residencia de mayores	0
Hospital psiquiátrico	0
<b>Total</b>	<b>17</b>



- Sólo
- Con padres
- Con padre o madre
- Con el cónyuge

**Tabla 20. Usuarios con hijos entre los incorporados durante el año.**

Usuarios con hijos	N
Si	2
No	15

<b>No se conoce</b>	0
<b>Total</b>	17



El perfil de los usuarios que se han incorporado al centro a lo largo del año 2017, está repartido al 52% de mujeres y 47% varones, en su mayoría solteros y con una edad media de 43 años, sin hijos. La mayoría, previa su incorporación al centro, vivían en el domicilio familiar, bien con un progenitor u otro, prevaleciendo un nivel de estudios de bachiller elemental y superior.

**Tabla 21. Situación económica de los usuarios incorporados durante el año.**

<b>Usuarios con ingresos propios</b>	<b>N</b>
<b>Si</b>	15
<b>No</b>	2
<b>No se conoce</b>	0
<b>Total</b>	17



<b>Nivel de ingresos</b>	
<b>Menos de 300 Euros</b>	3
<b>De 301 a 450 Euros</b>	5
<b>De 451 a 600 Euros</b>	2
<b>De 601 a 750 Euros</b>	1
<b>Más de 750 Euros</b>	5

<b>No tiene</b>	1
<b>No se conoce</b>	0
<b>Total</b>	17



<b>Procedencia de ingresos</b>	
<b>Pensión no contributiva</b>	9
<b>Pensión contributiva</b>	5
<b>Subsidio por desempleo/RAI</b>	1
<b>Hijo a cargo</b>	0
<b>Empleo</b>	0
<b>Orfandad</b>	0
<b>No tiene</b>	0
<b>Se desconoce</b>	0
<b>Otros: padres,familia</b>	2
<b>Total</b>	17



Los ingresos de los usuarios que han accedido al centro durante 2017 provienen en un 52% de los casos de Pensiones no contributivas (PNC) y en otro 29% de pensiones contributivas., seguidos en un 11% de aportaciones familiares y otro 6% de la renta mínima de inserción.

En los casos en los que los ingresos no provienen ni de trabajo ni de pensiones, la fuente de ingresos más habitual es la familia, en estos casos, no existe un importe fijo que ingresar, sino que ésta va trayendo dinero a la residencia a demanda, según sean las necesidades del residente.

**Tabla 22. Profesión de los usuarios incorporados durante el año.**

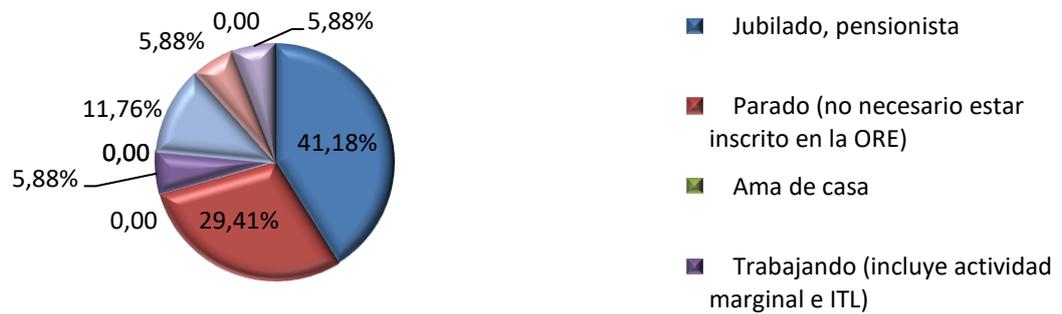
Profesión	N
Ama de casa	2
Estudiantes	0
Jubilado, pensionista	7
Trabajador cualificado	3
Trabajador no cualificado	5
Ninguna	0
Administrativo	0
<b>Total</b>	<b>17</b>



La mayoría de residentes son trabajadores no cualificados, seguidos de personas que cobran una pensión no contributiva y de desempleados.

**Tabla 23. Situación laboral de los usuarios incorporados durante el año.**

Situación Laboral	Nº	%
Jubilado, pensionista	7	41,77
Parado (no necesario estar inscrito en la ORE)	5	29,41
Ama de casa	0	0,00
Trabajando (incluye actividad marginal e ITL)	1	5,88
Buscando primer empleo (no necesario estar inscrito en la ORE)	0	0,00
Estudiando	0	0,00
Incapacidad laboral permanente	2	11,76
Incapacidad laboral transitoria	1	5,88
Otros: Taller ocupacional	0	0,00
Nose conoce	1	5,88
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>



**Tabla 24. Minusvalía entre los usuarios incorporados durante el año.**

Declaración de minusvalía	Nº
Si	15
No	1
En trámite	1
No se conoce	0
<b>Total</b>	<b>17</b>



Casi el 100% de los residentes tiene certificado de minusvalía, sólo tres personas no lo tenían en el momento de acceso al recurso.

**Tabla 25. Situación jurídica de los usuarios incorporados durante el año.**

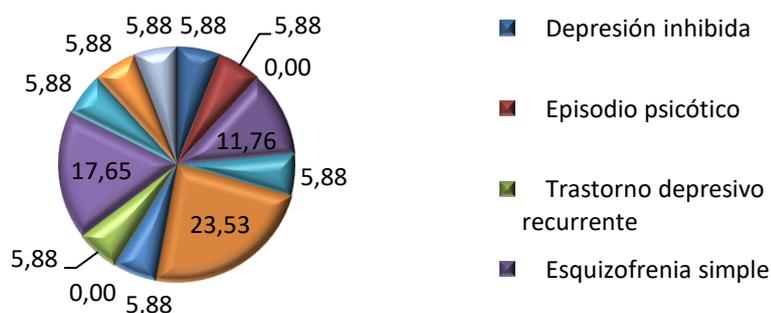
Situación jurídica	Nº
Ninguna	14
Curatela/ Tutela patrimonial	0
Tutela en tramite	0
Tutela	3
No se conoce	0
<b>Total</b>	<b>17</b>

A tenor de los datos socio-demográficos, nos encontramos con que un porcentaje elevado de las incorporaciones de 2017 son usuarios que no tienen una profesión definida y son jubilados o pensionistas. Casi el 80% posee certificado de minusvalía, 3 personas están tuteladas, frente a las 14 restantes que no lo están.

### Datos psiquiátricos

**Tabla 26. Diagnóstico principal de los usuarios incorporados a lo largo del año.**

Diagnóstico principal	Nº
Depresión inhibida	1
Episodio psicótico	1
Trastorno depresivo recurrente	0
Esquizofrenia simple	3
Esquizofrenia indiferenciada	1
Esquizofrenia paranoide	4
Trastorno bipolar tipo I	1
Psicosis no especificada	0
Trastorno pers.	1
Trastorno esquizoafectivo	3
Trastorno delirante	1
Trastorno antisocial de la personalidad	1
Se desconoce	0
<b>Total</b>	<b>17</b>



**Tabla 27. Diagnóstico asociado de los usuarios incorporados a lo largo del año.**

Diagnóstico asociado	Nº
No tiene	12
Si tiene	5
CI bajo	1
Retraso mental leve	2
Discapacidad intelectual	1
Ludopatía	1
Trastorno personalidad no especificado	0
Trastorno psicótico no especificado	0
Abuso de sustancias	0
Cuadros maniacos y abuso de sustancias	0
<b>Total</b>	<b>17</b>



**Tabla 28. Ingresos previos a la incorporación al centro de los usuarios incorporados a lo largo del año.**

Ingresos previos	Nº	%
Usuarios con ingresos	8	47,06
Usuarios sin ingresos	9	56,94
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>



El perfil psiquiátrico de usuario que entró en la MR durante el año 2017 está repartido entre usuarios con diagnóstico de esquizofrenia (58%) y usuarios que presentan trastornos de personalidad

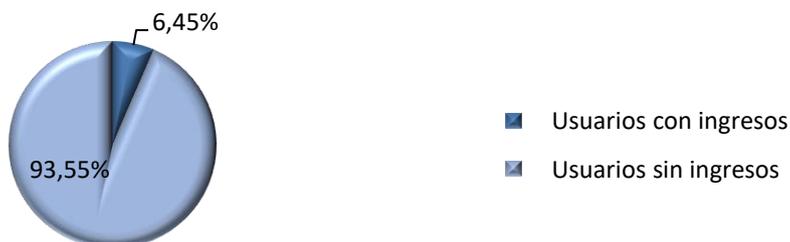
(18%) y otros trastornos psicóticos (24%). La mayoría de los mismos con ingresos previos a su incorporación al centro.

#### 4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS.

Este apartado recoge información sobre los usuarios ingresados por motivos psiquiátricos y sobre los ingresos de este tipo producidos durante el año 2017.

**Tabla 29. Ingresos psiquiátricos de los usuarios del centro durante el año.**

Ingresos en el año	Nº	%
Usuarios con ingresos	2	5,41
Usuarios sin ingresos	35	94,60
Numero de ingresos	3	29,03
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>8,11</b>



Con respecto a los ingresos hospitalarios en 2017 ha habido 3 ingresos hospitalarios. Dos de los mismos por descompensación psicopatológica y uno por problemas orgánicos.

Dos de los usuarios ingresados, mantuvieron estancias muy cortas en la hospitalización, sólo necesitando contenciones puntuales en momentos determinados de su proceso de rehabilitación.

Dada la naturaleza comunitaria del recurso, es necesario que los usuarios accedan al mismo con estabilidad a nivel psicopatológico, porque de no ser así, la contención que necesitan no puede darse en la residencia y distorsionan la convivencia con los demás.

#### 5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.

En este apartado se describen en primer lugar los servicios básicos prestados por la residencia a lo largo del año 2017 y a continuación se describen los programas y actividades de rehabilitación psicosocial, soporte social y apoyo a la integración comunitaria.

### 5.1. Servicios básicos y generales.

Los servicios básicos y generales prestados por la residencia quedan reflejados en el siguiente cuadro:

<b>Servicios básicos</b>	Alojamiento en habitación doble, en las adecuadas condiciones de higiene, intimidad y respeto a la persona.
	Ropa de cama y aseo.
	Uso de espacios comunes y zonas de convivencia.
	Manutención diaria. Poniendo a disposición de los residentes cuatro comidas, con menús equilibrados, inclusive en aquellos casos en los que sean necesarios disponer de menús especiales (diabéticos, sobrepeso, dieta blanda, vegetarianos etc.)
	Limpieza y mantenimiento de los espacios comunes.
	Cuidado y apoyo personal que cada usuario necesite para las actividades de la vida diaria y su adaptación a la residencia.

En cierta medida la Miniresidencia se organiza como una “casa compartida” en la que sus residentes tienen una serie de responsabilidades a cumplir en el día a día de su funcionamiento. Cada uno de los residentes participa de una u otra manera en esta organización en función de su nivel de autonomía, objetivos de rehabilitación, etc.

Todos los residentes se hacen cargo, con distintos niveles de apoyos, de la limpieza de sus habitaciones y enseres personales. La limpieza de espacios comunes la hace el personal de limpieza contratado para este fin, aunque los residentes realizan algunas tareas (limpieza de ceniceros, bajar la basura, etc.) y llevan a cabo pequeñas compras para el mantenimiento general de la residencia.

La lavandería y plancha se organiza de una forma similar; lo común se lleva a cabo por el personal de limpieza, mientras los residentes, con mayor o menor apoyo según su grado de autonomía, se encargan del lavado y planchado de su ropa personal.

Hay dos turnos de ducha/baño, uno por la mañana y otro por la tarde/noche. Cada uno de los usuarios puede elegir entre hacerlo en uno u otro turno (siempre que no exista alguna razón para que lo hagan fuera de los turnos).

Son cuatro las comidas que se ofrecen en la Mini-residencia. Para cada una de ellas existe un calendario de turnos que indica a qué residentes les corresponde su organización, el poner la mesa, quitarla, etc.

El desayuno tiene lugar de ocho y media a nueve y media de la mañana, pasando después los residentes a ocuparse de la limpieza de sus habitaciones. Los horarios de comida y cena son las 13:45 y las 20:45 respectivamente (en verano media hora más tarde). Las comidas principales corren a cargo de un servicio de catering contratado (MANANTIAL INTEGRAL), que sirve diariamente un menú de dos platos y postre, en comida y cena. En las ocasiones en que se necesita, sirven también menús para personas con problemas de obesidad, cardiopatía o diabetes.

Cada una de las 10 habitaciones dobles está dotada de dos armarios empotrados, sillas y mesas de estudio, estanterías, mesitas de noche con llaves y dos camas. Por habitación se entregan dos juegos de toallas completos, dos de sábanas, manta y edredón.

En el salón y en la sala polivalente, los residentes pueden utilizar, siempre siguiendo las normas esenciales de convivencia, la televisión, el DVD, la Play-Station, la cadena musical o coger libros de la biblioteca. Además, hay instalado un ordenador con conexión a Internet para uso exclusivo de los residentes a cargo del proyecto CONECTA gestionado por la Fundación Manantial y que pretende hacer llegar las nuevas tecnologías e integrar su uso en la vida cotidiana a aquellas personas que aun no hayan tenido acceso.

Mensualmente se realiza una compra general de productos de limpieza y alimentos (para desayuno y merienda) que entregan a domicilio, mientras que en las pequeñas compras del día a día se intenta que participen y las lleven a cabo los residentes. En general la participación de los residentes en estos temas es muy positiva y activa.

## 5.2. Atención psicosocial.

### **Proceso de evaluación y Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR)**

El proceso de evaluación directa comienza a la entrada en la Mini-residencia. Antes de residir en ella el usuario viene al centro a realizar lo que se llama la visita previa. En esta visita se le enseña la residencia y se le explican las normas del centro junto con el reglamento de funcionamiento interno. Si el residente es perfil y está de acuerdo en entrar, se le emplaza para la entrada definitiva en el recurso.

Durante los primeros días, se realiza un programa de acogida con la intención de que el residente se integre de una forma adecuada en el funcionamiento y desde este primer momento se marca un tiempo de evaluación, que dependiendo del tipo de estancia y de la temporalidad de la misma suele ser en torno a los 45 días. Durante este tiempo se realiza el PIAR (Plan Individualizado de Atención Residencial) con el objetivo de obtener la información necesaria para evaluar las distintas áreas de intervención (autocuidados, requisitos básicos, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, administración de la medicación y del dinero, autonomía personal, ocio y tiempo libre, habilidades sociales, etc.) y diseñar los objetivos de trabajo durante la estancia.

El PIAR está compuesto por el resumen de las evaluaciones realizadas por el psicólogo del centro, la terapeuta ocupacional y el educador de referencia del usuario.

De la suma de estas tres evaluaciones salen objetivos de trabajo que se operativizarán y comenzarán a trabajarse por todo el equipo del centro durante el tiempo que dura la estancia del residente. Así mismo, estos objetivos están basados en el informe de continuidad de cuidados proporcionado por salud mental y se revisan de manera mensual para comprobar si se van consiguiendo con las intervenciones planteadas o por el contrario es necesario modificar dichas intervenciones para lograr su consecución.

Teniendo en cuenta que gran parte de los residentes acuden o han acudido a otros centros, se intenta sacar el máximo provecho de la información brindada por otros profesionales. Con lo cual, y teniendo en cuenta la especificidad de un recurso residencial, por lo general no se hace una evaluación directa exhaustiva y formal (entrevistas estructuradas, recopilación de la historia del sujeto, etc.). Gran parte del material empleado en la evaluación deriva de la observación de situaciones que tienen lugar en el día a día (relaciones interpersonales con otros residentes, profesionales y personas de la comunidad, actividades de la vida diaria, etc.).

En el PIAR se fija cada uno de los objetivos residenciales, se marca su prioridad y se indican las estrategias y formas de intervención. Los objetivos de cada persona son revisados y actualizados en reuniones periódicas de seguimiento que se realizan entre la Directora, el psicólogo, la Terapeuta Ocupacional y el Educador de Referencia del usuario. Al igual que en años anteriores se enfatiza que los usuarios adquieran mayor responsabilidad y compromiso en las decisiones que atañen a sus vidas. En esta línea, los residentes participan en su junta de evaluación y en la confección de su PIAR decidiendo, junto con sus profesionales de referencia, qué objetivos trabajar durante el año y participando en sus evaluaciones mes a mes y en algunas ocasiones, hasta redactando los mismos.

Para aquellos casos en los que los usuarios son derivados para estancias cortas de un mes o menos, se establece a partir del informe de derivación y la observación directa las pautas a seguir en su estancia, que serán conocidas por todo el equipo y estarán reflejadas en los soportes de comunicación del personal establecidos en la residencia.

### **Programas y actividades desarrollados en la residencia**

Todos los programas y actividades llevados a cabo en el centro se organizan en torno a una serie de áreas de autonomía y funcionamiento psicosocial (adhesión al tratamiento y proceso de rehabilitación, auto-cuidados, hábitos de vida, autonomía básica, manejo social, afrontamiento personal y social, funcionamiento cognitivo y soporte familiar) y a la integración comunitaria (realización de actividades reconocidas, uso de recursos comunitarios, red de apoyo).

Las diferentes intervenciones y estrategias residenciales se organizan de una forma flexible, tanto en formato grupal como individual, buscando ajustarse a las necesidades, situación, tiempo de estancia y objetivos de cada usuario. Teniendo en consideración también las características y objetivos de este tipo de recurso, se hace necesario dar una mayor importancia y especial énfasis a aquellas actividades y programas centrados en la vida cotidiana, dado que lo cotidiano es el mejor campo de entrenamiento y es en situaciones reales donde se ponen en práctica todos los conocimientos y destrezas entrenadas o incluso se comienzan a recuperar aquellas que parecen olvidadas.

Este potente papel de entrenador de realidades es lo que dota al recurso de su fuerte poder rehabilitador.

A continuación, pasamos a describir en términos generales las intervenciones y actividades realizadas en la residencia a lo largo del 2017:

- **Trabajo de contención y prevención de recaídas:** esta línea de trabajo la guía el psicólogo del centro y es supervisada y seguida por todos los profesionales del mismo. El objetivo es detectar junto con el usuario que necesita para que los síntomas de su enfermedad no le mermen o imposibiliten el funcionamiento diario. Para llevar a cabo este objetivo se mantienen intervenciones periódicas y se recogen los datos necesarios de sus vivencias cotidianas y de los acontecimientos significativos de su diario para prevenir descompensaciones. Para llevar a cabo la consecución de este objetivo, conviene destacar el papel que juega la visión global que todo el equipo de profesionales aporta del usuario, ayudando a sus personas de referencia y a la propia persona implicada.
- **Programas de vida cotidiana:** otra de las funciones de la residencia es facilitar al usuario la práctica en la realización de tareas cotidianas, constituyendo el centro, el punto de partida ideal para lanzarse de nuevo a las habilidades desentrenadas o a la instauración de hábitos de vida más saludables que ayuden al residente a su salida a llevar una vida más funcional y satisfactoria. Así como le obligan, por la colectividad que lleva intrínseca el centro, a compartir espacio con otros compañeros y a reforzar habilidades de convivencia. La idea es que el residente no huya de la relación con los demás, sino que aprenda a solucionar los problemas que la convivencia le plantea y a establecer vínculos con aquellas personas que le sean más afines. Es más difícil aprender a convivir con alguien que no es grato, pero la idea que se trasmite es que no se puede huir de todo aquello que genera problemas y es importante afrontar las dificultades desde la experiencia de intento de solución.

El resto de actividades que constituyen el diario del centro se organizan y estructuran a través de los distintos programas y actividades que se describen a continuación:

PROGRAMAS	ACTIVIDADES	
PROGRAMA DE AUTOCUIDADOS Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	AVD BÁSICAS	Movilidad funcional Baño/Ducha Alimentación/ Continencia Cuidado A.T personales
		Cuidado del espacio personal y

	AVD Instrumentales	común Tareas domésticas Cuidado de ropa Realización de compras Movilidad en la comunidad
<b>PROGRAMA DE AUTOCONOCIMIENTO</b>	Intervenciones de Conocimiento de Lo que me ocurre Programa de Autonomía en Medicación Taller de Cognición Social	
<b>PROGRAMA DE HABILIDADES DOMÉSTICAS</b>	Taller de Cocina Realización y planificación de compras	
<b>PROGRAMA DE DEFICITS COGNITIVOS</b>	Intervención ambiental	
<b>PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>	Actividad de Running/Paseo Taller de Piscina	
<b>PROGRAMA DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA</b>	Taller de Punto Huerto Comunitario Los Amigos Actividad de Baloncesto Taller de inglés Taller de informática	
<b>OTROS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES</b>	Planificaciones económicas Programación de agendas Intervenciones con las familias Desarrollo de programas de vuelta y adaptación al domicilio de origen Salidas culturales, excursiones y programa de vacaciones	

## DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

Estos programas y actividades se organizan de una forma flexible, tanto en formato grupal como de un modo individual, buscando ajustarse a las diferentes necesidades, situación y objetivos de cada usuario.

A continuación se presenta el desarrollo de los programas y actividades de intervención de la residencia durante el año 2017:

- **Programa de Autocuidados y Actividades de la Vida Diaria (AVD)**

Los objetivos que se plantean en relación a esta área van encaminados a mejorar el proceso de ejecución y adquisición de hábitos en las Actividades de la Vida Diaria Básicas para que se logre un desempeño autónomo en movilidad funcional, baño y ducha, arreglo personal, continencia e higiene en el inodoro, vestido, alimentación y hábitos de sueño. Dicha adquisición de autonomía mejorará el autocuidado de los usuarios y ayudará a su participación en actividades comunitarias.

Los objetivos concretos con respecto a las AVD Básicas serían los siguientes:

1. Mejorar la movilidad funcional:

- 1.1 Incrementar o mantener los rangos de movilidad articular que le permitan desempeñar de manera autónoma las AVD básicas e instrumentales
- 1.2 Incrementar o mantener los balances musculares que le permitan desempeñar de manera autónoma las AVD básicas e instrumentales
- 1.3 Implementar las medidas compensatorias (ayudas técnicas) o rehabilitadoras oportunas que suplan o recuperen aspectos deficitarios en relación a la movilidad funcional

2. Mejorar hábitos de aseo personal:

- 2.1 Instaurar rutina de ducha diaria previo análisis de las causas generadoras de esta deficiencia: carencia de motivación, de capacidad para ejecutarlo o de hábito y estableciendo las medidas terapéuticas oportunas.
- 2.2 Instaurar el hábito de lavado de pelo con una periodicidad adecuada según el tipo de pelo
- 2.3 Mejorar el cuidado del cabello con las atenciones que este requiera según el usuario: cortar, cepillar....
- 2.4 Instaurar rutina de higiene bucal al menos 2 veces al día
- 2.5 Mejorar el cuidado de uñas, nariz y piel
- 2.6 Mejorar la higiene en el inodoro, y en el caso de las mujeres instaurar una rutina de cuidados necesarios durante la menstruación.
- 2.7 Fomentar la autonomía en el uso y cuidado de aquellos dispositivos diseñados para el control de la incontinencia urinaria o fecal en aquellos casos que lo precisen

### 3. Mejorar imagen personal

- 3.1 Instaurar el hábito de cambiarse de ropa interior y exterior con una periodicidad adecuada.
- 3.2 Fomentar la capacidad para seleccionar las prendas de vestir en función de la estación, actividad, acontecimiento....
- 3.3 Promover el hábito de depilación y afeitado/cuidado de la barba con una periodicidad adecuada según el caso
- 3.4 Fomentar el uso de cosméticos que contribuyan a una mejora de la higiene e imagen personal: desodorante, cremas, colonia

### 4. Mejorar sus hábitos en la mesa durante la alimentación

- 4.1 Crear hábitos de higiene en relación a la alimentación: lavarse las manos antes y después de la comida, utilizar servilletas para limpiarse la boca.
- 4.2 Hacer un uso adecuado de los cubiertos y adecuar los procedimientos utilizados para la manipulación de los alimentos a los que se considera socialmente aceptable.
- 4.3 Mejorar el proceso de masticación-deglución y adecuar el tiempo empleado en comer
- 4.4 Favorecer la relación-conversación con otros comensales haciendo de la comida una actividad relacional
- 4.5 Mejorar el comportamiento en la mesa ajustándolo a las pautas consideradas socialmente aceptables eliminando todo comportamiento disruptivo.

### 5. Instaurar hábitos saludables para el inicio y mantenimiento del sueño

- 5.1 Concienciar sobre la importancia de las actividades que hacemos previas al sueño para fomentar/reducir la capacidad de dormir
- 5.2 Reducir la ingesta de productos con cafeína en las horas previas al sueño nocturno.
- 5.3 Dotar de herramientas y recursos para las noches en las que se presentan dificultades para conciliar y mantener el sueño (ingesta de tilas, pasear, tomar medicación pautada si insomnio,...).

Con respecto a la ejecución y el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales, lo que se plantea es lograr que el residente logre un desempeño autónomo en actividades que le permitan vivir de manera autónoma en comunidad o mejorar la relación con la unidad familiar al colaborar en la organización de las tareas del hogar.

Los objetivos que se trabajarán desde este programa en relación con las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales serían por tanto los siguientes:

1. Mejorar el cuidado del espacio personal y común

- 1.1 Concienciar sobre la necesidad e importancia de mantener un orden y limpieza de su habitación y zonas comunes.
- 1.2 Instaurar el hábito de limpieza diaria de su habitación mejorando el proceso de ejecución de todas las tareas que ello implica: hacer la cama, limpiar el polvo, mantener el orden, barrer, fregar y cuidado de objetos personales

2. Mejorar la ejecución de las tareas domésticas de la MR

- 2.1 Crear el hábito de responsabilizarse de las tareas que le corresponden
- 2.2 Mejorar la ejecución de las tareas domésticas comunitarias mejorando todos los procesos cognitivos implicados en ellas
- 2.3 Mejorar la capacidad y generar aprendizajes que permitan el uso de los electrodomésticos necesarios para realizar las tareas domésticas

3. Mejorar la capacidad para realizar actividades relacionadas con el cuidado de la ropa.

- 3.1 Concienciar sobre la necesidad e importancia de llevar a cabo un cuidado de su ropa
- 3.2 Crear el hábito lavadora y plancha semanalmente generando el aprendizaje del uso de estos electrodomésticos
- 3.3 Instaurar la rutina de mantener la ropa guardada y bien colocada en el armario y los cajones.
- 3.4 Mejorar la capacidad o generar los aprendizajes necesarios para reparar la ropa o calzado estropeado y en su defecto facilitar los recursos externos oportunos.

4. Mejorar la capacidad para hacer uso de sistemas de comunicación como teléfono, móvil, Internet....

- 4.1 Mejorar la capacidad o generar los aprendizajes necesarios para comunicarse con sus familiares y amigos a través del teléfono, correo electrónico o sistemas de videoconferencia (muy útil cuando la familia de origen se encuentran en otros países)
- 4.2 Crear el hábito de buscar de forma autónoma la información necesaria apoyándose en internet y las nuevas tecnologías (Búsqueda de calles, inserción de currículum vitae, inscripción en cursos etc)

5. Mejorar la capacidad necesaria para desenvolverse de manera autónoma en el entorno en el que vive.

5.1 Incrementar la capacidad o generar el aprendizaje necesario para planificar itinerarios e interpretar mapas y planos.

5.2 Dotar de habilidades o recursos que le permitan hacer una búsqueda de información sobre el transporte público

6. Mejorar la capacidad para realizar compras de manera autónoma.

6.1 Establecer el hábito de utilizar listas de la compra seleccionando los artículos necesarios.

6.2 Incrementar la capacidad o generar el aprendizaje necesario para calcular precios y estimar presupuestos

7. Fomentar conductas de seguridad antes situaciones de emergencia.

7.1 Dotar de los conocimientos necesarios para identificar factores de riesgo situaciones peligrosas en el hogar.

7.2 Dotar de habilidades para llevar a cabo estrategias preventivas para mantener un entorno seguro.

7.3 Mejorar el conocimiento de los dispositivos o servicios oportunos en caso de situaciones de emergencia.

8. Instaurar hábitos adecuados para un buen cuidado de la salud

8.1 Dotar de los conocimientos necesarios para identificar conductas saludables y llevarlas a cabo así como identificar conductas nocivas para la salud y prevenirlas o eliminarlas.

8.2 Dotar de habilidades para identificar síntomas de malestar y actuar correctamente ante estos

8.3 Incrementar la responsabilidad del usuario en relación a sus citas médicas.

9. Potenciar el desarrollo de habilidades culinarias

9.1 Aprender a realizar diversos platos que les permita mantener una dieta variada y equilibrada

9.2 Adquirir conocimientos y destrezas en la búsqueda de nuevas recetas de cocina

9.3 Desarrollar menús semanales/mensuales equilibrados

10. Instaurar conocimientos y rutinas de limpieza de las diferentes áreas de una casa

10.1 Aprender a organizar la limpieza de todas las estancias de una casa

10.2 Conocer los diferentes productos de limpieza y cómo usarlos para cada estancia del hogar

10.3 Adquirir rutinas de limpieza que permitan mantener la casa limpia tras la salida del centro.

En la mayoría de los casos las actividades desarrolladas dentro del programa de supervisión de AVD se llevan a cabo diariamente y de forma individual. En otras ocasiones se han propuesto actividades grupales con el fin de transmitir a los usuarios un contexto más amplio que diera un mayor sentido a la necesidad de realizar este tipo de actividades y tareas, así como para fomentar el aprendizaje por modelo de unos residentes a otros.

- **Programa de educación para la salud**

Se valora pertinente mantener las intervenciones que van encaminadas a la mejora de los hábitos de vida saludables, dado que nos encontramos con una población que presenta muchas dificultades a este respecto. El objetivo será seguir ofreciendo información básica a los usuarios para un mejor manejo, y por tanto la obtención de habilidades y herramientas que faciliten unos hábitos de vida más saludables. Así como para recordar los hábitos ya adquiridos en el pasado.

Teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios que viven en la miniresidencia, los objetivos que se plantean serían los siguientes:

- Mejorar la salud de las personas considerando dos perspectivas: prevención y promoción de la salud.
- Dotar de las habilidades de cuidado específicas a cada residente en función de sus enfermedades físicas (pautas para la diabetes, uso de las máquinas de oxígeno, etc)
- Capacitar a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias (planificación familiar, etc)
- Generar una “conciencia saludable” que ayude a eliminar aquellos hábitos o costumbres considerados dañinos.
- Conseguir fijar las conductas saludables en los usuarios de la MR de forma que dichas conductas queden interiorizadas, y las pongan en marcha siempre que sea necesario.
- Proporcionar a los usuarios la información básica sobre determinadas cuestiones de las que tengan dudas, tengan un especial interés o bien estén mal informados.

<b>PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>			
<b>Talleres</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Formato</b>	<b>Frecuencia</b>

<p><b>Taller de Piscina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar un lugar de distensión, socialización y relajación.</li> <li>• Mejorar el estado físico a través de los ejercicios desarrollados en el agua.</li> <li>• Aprender a llevar a cabo actividades de ocio veraniego alternativo.</li> <li>• Satisfacer la necesidad de relajación que se ve acentuada en el periodo vacacional atacando al estrés acumulado a lo largo del año.</li> <li>• Consolidar la actividad de ir a la piscina como actividad socializadora y de entretenimiento.</li> </ul>	<p>Grupal</p>	<p>Semanal (verano)</p>
<p><b>Taller de Running/Paseo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar los contactos sociales e incrementar las interacciones intergrupales.</li> <li>• Conseguir un mejor mantenimiento y control de peso así como una reducción del mismo en aquellos usuarios con sobrepeso.</li> </ul>	<p>Grupal</p>	<p>Semanal (invierno-verano)</p>
<p><b>Seguimiento Diabetes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el conocimiento de la enfermedad</li> <li>• Realizar las mediciones necesarias en función de las pautas del MAP</li> <li>• Regular la ingesta de alimentos y el ejercicio en función de las pautas del MAP</li> </ul>	<p>Individual</p>	<p>Diario</p>

- **Programa de integración comunitaria.**

Los objetivos generales marcados desde este programa son:

- Procurar la rehabilitación social en tanto se consiga una integración efectiva en la comunidad.
- Conseguir un soporte social que posibilite las mejores condiciones posibles de autonomía y calidad de vida.
- Promocionar la normalización de los hábitos de vida de los residentes a través de contactos con recursos comunitarios (actividades de ocio, culturales, formativas...)

El programa de integración comunitaria, al igual que los demás programas y actividades que se lleva a cabo en la residencia, se desarrolla básicamente en el transcurrir de situaciones de la vida cotidiana, más allá de que en situaciones y momentos específicos a los residentes se les brinde información o una orientación de tipo más pedagógico.

Gran parte de la integración comunitaria se lleva a cabo estimulando los residentes a que circulen por la ciudad (paseos, compras, actividades diversas), frecuenten distintos establecimientos y recursos (centros comerciales, deportivos, de enseñanza, etc.), utilicen los diferentes medios de transporte públicos para realizar los desplazamientos necesarios, busquen la información que necesiten, manejen dinero y realicen gestiones. Todo ello se lleva a cabo en formato grupal e individual, con un mayor o menor nivel de apoyo por parte de los profesionales en función de las capacidades de cada residente.

Durante 2017, se mantiene el modelo de trabajo basado en la recuperación que otorga mayor importancia a la persona, el énfasis en sus responsabilidades y la colaboración entre residentes. De esta manera la mayoría de las actividades que integran la programación de verano e invierno 2017 está compuesta por talleres impartidos por los propios residentes del centro, a los que asisten los profesionales y compañeros que lo desean.

Este cambio de modelo supone una ruptura diferencial con modelos de trabajo anteriores en los que el profesional se posicionaba desde el rol de experto y el usuario era mero receptor de información. En este nuevo formato, la horizontalidad entre personas, permite el conocimiento compartido y la posibilidad de que la comunidad residencial saque todo el partido posible a las potencialidades de aquellos que comparten techo.

#### **PROGRAMA DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA**

Talleres	Objetivos Específicos	Formato	Frecuencia
<b>Huerto Comunitario</b> <b>Los Amigos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que nuestros usuarios compartan un espacio común los vecinos del Val, donde intercambiar conocimientos y experiencias</li> <li>• Desempeñar un papel activo dentro de la comunidad, promoviendo la integración y convivencia</li> </ul>	Grupal	Tres o más veces en semana
<b>Taller de Baloncesto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar un espacio de entretenimiento y distensión donde los usuarios se sientan a gusto consigo mismos y con los compañeros del grupo.</li> <li>• Mejorar la salud en general y del estado físico.</li> <li>• Conseguir que los usuarios vean en el deporte un medio al que recurrir como medio de relajación y fuente de disfrute.</li> <li>• Fomentar el sentimiento de sana competición.</li> <li>• Seguir y aceptar las reglas del juego.</li> <li>• Jugar con usuarios de otros recursos y municipios ampliando la red social.</li> <li>• Participar en torneos normalizados implementando la lucha contra el estigma.</li> </ul>	Grupal	Semanal (verano-invierno)
<b>Taller de Punto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender una destreza nueva: hacer punto</li> <li>• Desarrollar el potencial creativo de los participantes.</li> <li>• Potenciar la interacción y comunicación del grupo, promoviendo valores como la cooperación.</li> <li>• Mejorar la motricidad fina.</li> <li>• Participar en la creación de obras individuales y colectivas.</li> <li>• Aprender destrezas y habilidades que vienen de una compañera que tiene enfermedad mental.</li> </ul>	Grupal	Semanal (invierno)
<b>Taller de Inglés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender nociones básicas de inglés.</li> <li>• Renovar conocimientos</li> </ul>	Grupal	Semanal (invierno)

	adquiridos hace muchos años. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir vocabulario para posibles viajes.</li> </ul>		
<b>Taller de informática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir nociones básicas de informática.</li> <li>• Compartir un espacio en grupo.</li> <li>• Practicar la lectoescritura.</li> <li>• Disfrutar de un taller impartido por un usuario de la residencia</li> </ul>	Grupal	Semanal (invierno)

• **Programa de actividades de ocio.**

Los objetivos que se plantean en relación a esta área van encaminados a mejorar el proceso de ejecución de las Actividades de ocio, que son todas aquellas actividades desligadas de las actividades productivas y de las obligaciones y en la que el objetivo principal es la satisfacción y disfrute.

Los objetivos generales de intervención marcados para este programa son:

1. Dotar de habilidades necesarias para identificar intereses, destrezas, actividades de ocio y oportunidades para su realización
2. Mejorar su capacidad para planificar y ejecutar actividades de ocio o de otra índole que le supongan un uso productivo de su tiempo libre.
3. Fomentar su participación en las actividades de ocio planificadas por el centro o algún otro recurso externo.
4. Canalizar las demandas de atención inadecuadas a través de actividades placenteras.
5. Favorecer en la rutina habitual del usuario un equilibrio entre las actividades de ocio, productivas y AVD.
6. Posibilitar el descubrimiento de habilidades, aficiones o gustos personales en los residentes.
7. Promover actividades de normalización, de ocio y tiempo libre que favorezcan la integración comunitaria.
8. Aumentar la percepción subjetiva de calidad de vida.
9. Optimizar la estancia en la residencia.
10. Vencer las barreras de la comunicación y aprender a establecer relaciones interpersonales.

El formato de las actividades desarrolladas por este programa será variado, en ocasiones se organizarán actividades estructuradas conjuntas entre profesionales y residentes y en otras ocasiones, los profesionales sólo servirán de facilitadores para que los residentes lleven a cabo su propio ocio normalizado.

En concreto las actividades que se llevaron a cabo durante el año desde este programa fueron las que se reflejan en el siguiente cuadro:

<b>PROGRAMA DE OCIO</b>			
<b>Talleres</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Formato</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Ocio de fin de Semana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prever y planificar en el tiempo, actividades a corto y medio plazo.</li> <li>• Fomentar el ocio particular y grupal.</li> <li>• Favorecer las salidas de los usuarios sin supervisión del personal</li> </ul>	Grupal	Semanal
<b>Salidas de ocio y culturales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la integración y participación de los usuarios en la vida social.</li> <li>• Realizar actividades normalizadas de ocio y culturales.</li> <li>• Favorecer el contacto social y las relaciones interpersonales.</li> <li>• Incrementar el apoyo social</li> </ul>	Grupal	Semanal (invierno-verano)
<b>Programa de ocio de Verano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfrutar de las alternativas de ocio que ofrece el buen tiempo</li> <li>• Facilitar la estancia de los usuarios de larga duración durante los meses de verano, rompiendo con la rutina cotidiana.</li> <li>• Dar una alternativa al aumento de tiempo libre durante este periodo al disminuir el número de actividades que los usuarios realizan en otros recursos.</li> </ul>	Grupal	Diaria (meses de verano)

En la residencia se comparten actividades de ocio y cultura, que se enmarcan dentro de la comunidad y que fomentan la participación en la vida social.

Este tipo de actividades se desarrollan contando con el conocimiento que residentes y trabajadores tiene del distrito de Alcalá y de Torrejón. Aquellas actividades que resultan atractivas se plantean en la asamblea comunitaria semanal, donde se decide si se realizan o no y cómo organizarlas.

Así mismo, en esta prioridad de espacio y tiempo compartido, los técnicos actuamos de facilitadores con los residentes para que puedan llevar a cabo el ocio particular que más les interese. A este respecto, 2017 ha sido un año muy exitoso en el que la mayoría de las personas que han pasado por el centro han disfrutado de salidas y periodos vacacionales con familiares o amigos y de no poder lograr vacaciones particulares, el centro organizó una salida a la playa en el mes de septiembre.

Este cambio en la organización de la atención es la respuesta a una nueva forma de entender la patología y el sufrimiento psíquico, así como obedece al cambio en los perfiles de atención. Contando el centro con gente mucho más joven y con menos deterioro cognitivo, que presentan necesidades distintas de los perfiles indefinidos tradicionales. Estos perfiles deciden cómo, cuándo y con quién realizar su ocio, disminuyendo la demanda de presencia y organización profesional en esta área e incrementándose en actividades diarias o semanales de carácter más rutinarias.

A continuación se detallan las actividades/vacaciones realizadas:

- 23 de Junio: viaje a la playa. Acuden 2 profesionales y 6 usuarios.
- 29 de Junio : Torneo Baloncesto con la colaboración de la Escuela de Baloncesto de Alcalá de Henares
- 22 de Diciembre: fiesta de Navidad con familias y coro rociero. Acuden toda la residencia y profesionales del turno.

Durante este año 2017 se mantiene la tendencia a fomentar que los residentes realicen las actividades de modo autónomo y sin la mediación profesional. Así, por ejemplo, tenemos varios residentes que han pasado unos días con su familia en la playa o han realizado viajes ofertados por

otros recursos de la red. Otros que han decidido viajar por su cuenta y han solicitado colaboración en la realización del trámite pero no en la organización ni elección del mismo.

- **Programa de Déficits Cognitivos.**

Los objetivos marcados para este programa son:

- Crear un ambiente residencial que facilite el funcionamiento cognitivo de los usuarios.
- Proporcionar estrategias para la mejora de los déficits cognitivos en un contexto grupal.

En general las actividades llevadas a cabo desde este programa se describen en la tabla siguiente:

<b>PROGRAMA DE DÉFICCITS COGNITIVOS</b>		
<b>Módulo</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Formato</b>
<b>Intervención ambiental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de la orientación espacio-temporal</li> <li>• Mejora de la orientación en la comunidad</li> </ul>	Individual
<b>Taller Video-Forum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer el aprendizaje a través del descubrimiento y de las aportaciones grupales.</li> <li>• Proporcionar un clima positivo, comunicativo y de confianza.</li> <li>• Lograr la integración y el sentido de pertenencia al grupo.</li> <li>• Potenciar el gusto por el cine como fórmula positiva de utilización de su tiempo libre.</li> <li>• Fomentar el debate y desarrollo de temas de conversación comunes.</li> </ul>	Grupal

- **Programa de Autoconocimiento**

<b>PROGRAMA DE AUTOCONOCIMIENTO</b>			
<b>Talleres</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Formato</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Taller de Autoconocimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la conciencia y aceptación sobre las propias dificultades</li> <li>• Aumentar la conciencia de las consecuencias sociales de mis dificultades</li> <li>• Percepción de la necesidad del ayuda</li> <li>• Atribución de los beneficios del trabajo con otros</li> <li>• Conciencia de los síntomas generales y particulares</li> </ul>	Individual	Semanal
<b>Programa de Autonomía en Medicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la correcta selección de la toma y el buen reconocimiento de las pastillas</li> <li>• Fomentar las habilidades de planificación de la petición de medicación</li> <li>• Mejorar la adherencia al tratamiento</li> <li>• Promover la toma autónoma y generalizada de la medicación sin necesidad de supervisión directa.</li> </ul>	Individual	Semanal
<b>Taller de Cognición Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la conciencia sobre sesgos y distorsiones cognitivas y a reflexionar sobre ellas de una forma crítica</li> <li>• Señalar los factores que pueden contribuir a un suceso/situación (atribuciones causales).</li> <li>• Identificar escenas en las que llegamos a una conclusión sin atender a hipótesis alternativas (salto a las conclusiones)</li> <li>• Señalar consecuencias asociadas a tomar decisiones de manera precipitada (salto a las conclusiones)</li> <li>• Aprender a considerar una variedad de información contextual en lugar de detalles aislados</li> </ul>	Grupal	Semanal

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el reconocimiento de emociones ajenas</li> <li>• Identificar los rasgos faciales correspondientes a cada una de las emociones básicas</li> </ul>		
--	---	--	--

Los programas de autonomía en medicación se han creado con el objetivo de disminuir el nivel de supervisión que se ofrece a los residentes en lo referente a la toma de medicación, facilitando la adquisición de hábitos más autónomos para la toma de la misma cuando se encuentren fuera del centro y para mejorar la conciencia de enfermedad y por tanto la adherencia a los tratamientos.

En lo que respecta a la toma de medicación, se dota a cada residente de un espacio individual de análisis, preparación y planificación de sus pastilleros para lograr mejores destrezas en su uso y la integración de esta realidad cotidiana en sus vidas dentro y fuera de la residencia. Así mismo, también se trabaja con ellos la petición de medicación a sus psiquiatras de referencia para asegurar que al salir del centro puedan calcular que cantidad de medicación que les hace falta.

A lo largo de 2017 se han incrementado considerablemente el número de residentes que custodian su propia medicación bajo llave en su dormitorio y sólo enseñan las tomas sin recuerdo a los profesionales. Este tipo de intervenciones fomenta la generalización y la seguridad que los residentes tienen en ellos mismos, a la vez que disminuye la dependencia de la institución.

- **Programa de Habilidades Domésticas**

<b>PROGRAMA DE HABILIDADES DOMÉSTICAS</b>			
<b>Talleres</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Formato</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Taller de Cocina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotar de mayor autonomía en el manejo de los utensilios de cocina</li> <li>• Dotar de mayor autonomía en la preparación de platos de cocina para facilitar su marcha a una vida más autónoma</li> <li>• Favorecer el nivel de actividad durante su estancia en el recurso</li> <li>• Mejora de técnicas de cocina</li> <li>• Adquirir hábitos de higiene en la cocina.</li> </ul>	Individual- Grupal	Semanal

<b>Talleres</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Formato</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Realización y planificación de compras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la capacidad y autonomía en el proceso de la compra</li> <li>• Mejorar la capacidad de manejo y ahorro de dinero en las compras</li> </ul>	Individual y grupal	Diario

- **Otros programas y actividades**

### 1. Planificaciones económicas

En la línea de fomentar la autonomía, se ayuda a los residentes a realizar planificaciones de gastos a tomar conciencia del dinero que tienen y de cómo lograr sacarle el mayor provecho posible.

Conviene destacar, que a lo largo del 2017 se ha trabajado para disminuir el número de usuarios a los que se les administraba el dinero, reduciéndose casi exclusivamente a aquellos que presentan situación jurídica de tutela o curatela o que lo demandan entre sus objetivos de trabajo a la entrada al centro.

### 2. Desarrollo de programas de agenda

A lo largo del 2017 se mantienen las intervenciones para lograr la autonomía de los residentes por medio de la estructuración y la planificación de sus actividades diarias. Para ello se utilizan agendas anuales, donde cada residente es el responsable de controlar, anotar y repasar sus citas y actividades.

En un primer momento, estas estructuraciones se hacen individualmente con cada residente y después se va eliminando la figura profesional para dotar a los usuarios de mayor autonomía.

El resultado es muy satisfactorio y a pesar de que el equipo profesional siga estando pendiente de todas las actividades y citas de los residentes, ellos son los que deben ser conscientes de si han cumplido o no con las actividades, citas y tareas diarias.

### **3. Desarrollo de programas de vuelta y adaptación al domicilio de origen**

Los objetivos marcados desde este programa son:

- Perpetuar los cambios conseguidos en el ambiente residencial.
- Mejorar las relaciones afectivas en el contexto familiar.
- Proporcionar estrategias al usuario y su familia para solucionar situaciones conflictivas frecuentes en el contexto familiar.
- Dotar a la familia de recursos de apoyo para las situaciones especialmente conflictivas.
- Dotar al usuario de las estrategias necesarias para obtener unas buenas relaciones familiares.

Este programa se lleva a cabo a través de entrevistas con los familiares y usuarios y con la planificación de calendarios progresivos de vuelta a casa en los que se van ampliando poco a poco los tiempos que el residente pasa en el domicilio, con el objetivo de ir facilitando la habituación.

### **4. Intervenciones con las familias**

Se han llevado a cabo múltiples intervenciones con las familias, tanto vía telefónica como presencial, ya sea durante la estancia del usuario en la MR, como a su salida, siempre y cuando los residentes autoricen al centro a realizar el contacto con las mismas. De no ser así, se respeta la decisión del residente.

En ocasiones, es el proporcionar contención a la familia lo que ha permitido que se llevara a buen término el trabajo con el residente. Así mismo, es parte de la filosofía del centro pensar que los profesionales del recurso no debemos suplir la función del familiar de manera que desde el momento en que el residente entra en el recurso, se procurará establecer alianza con él para contar con toda la ayuda y colaboración posible, durante la estancia de su familiar.

### **Actividades complementarias de apoyo y soporte social.**

Como complemento a las formas de intervención, apoyo y soporte social desde la Miniresidencia, se organizan distintas actividades. Entre otras cabe destacar:

- Participación de ex residentes en actividades estructuradas y no estructuradas de la residencia, con el objetivo de facilitar su adaptación a su nueva residencia y/o facilitar la independencia de la residencia de forma progresiva. En algunos casos la residencia se convierte en un lugar de referencia y apoyo para ex usuarios que carecen de soporte familiar o social, en otras ocasiones haciendo funciones de contención (en muchas ocasiones telefónica), informando de su situación de desestabilización a sus profesionales de referencia, etc
- Realización de fiestas de cumpleaños, despedidas, etc., en las que participan todos los usuarios, ex residentes, profesionales, etc.
- Celebración de fiestas y tradiciones: celebración de la Navidad, Presentación del Huerto, etc. Estas pequeñas celebraciones brindan oportunidades únicas para vincularse con los residentes y con sus familiares de manera más informal. Es importante señalar la importancia que se otorga a las iniciativas que nacen de los residentes, que si son ajustadas, se intentan desarrollar para favorecer el sentimiento de participación en la MR. Este año, a la tradicional “Chocolatada Navideña” se unieron además de ex residentes y familiares el Coro de la Hermandad del Rocío de Alcalá de Henares que amenizó la velada con un gran repertorio musical. Esta iniciativa fue propuesta por uno de los usuarios de la residencia que conoció a una persona de este Coro por su paso en el hospital.

### **Otras actividades: gestiones y acompañamientos**

En este punto valoramos todas las actividades que los usuarios han tenido que realizar fuera de la residencia, tales como gestiones burocráticas, sanitarias, compras, citas médicas, etc. Para ello, dependiendo del nivel de autonomía del residente, en ocasiones han necesitado del acompañamiento por parte de uno de los profesionales del centro.

Estos acompañamientos brindan a los profesionales nuevas fórmulas que permiten vincular con el residente en otras facetas de su vida, a veces inesperadas que inspiran a su vez nuevas reflexiones y estrategias de trabajo.

Al igual que años anteriores, además del acompañamiento que realizan los profesionales, se involucra también a aquellos residentes que presentan un mayor nivel de autonomía, con el consiguiente efecto que tiene en su propio proceso de rehabilitación.

## **6. RESULTADOS.**

En este apartado se recogen datos sobre mejora de la autonomía y funcionamiento psicosocial de los usuarios, así como datos relativos al uso de recursos comunitarios de diferente tipo (recursos de formación, laborales, de ocio) por parte de los usuarios del centro a lo largo del año 2015. Además, los resultados de la aplicación sistemática de algunos instrumentos de evaluación que hacen referencia a diferentes áreas o dominios: calidad de vida, funcionamiento y satisfacción. Los instrumentos utilizados para ellos son:

- Calidad de vida – Cuestionario modificado a partir de Cuestionario de Calidad de Vida de Baker e Intagliata.
- Funcionamiento: DAS-I y EEAG.
- Satisfacción: Cuestionario de Evaluación de Satisfacción de Usuarios.

La calidad de vida y el funcionamiento de los usuarios se evalúan a la incorporación de los usuarios en el centro, a su salida y a final de año a todos usuarios que permanecen en el centro a final de año, aunque en la memoria sólo se incluyen los datos de los usuarios a final de año.

### **6.1. Datos sobre mejora de la autonomía y funcionamiento psicosocial.**

A lo largo del 2017 se ha trabajado para mantener el nivel de autonomía adquirido por los usuarios, especialmente en lo que respecta a la toma de decisiones sobre su propia vida y en un aumento de su participación en la rutina de la Miniresidencia.

Se ha intentado dotarles de herramientas para que, sobre todo los que llevan más años dentro del centro, fueran capaces de decidir qué hacer independientemente de la opinión de los profesionales, así como que encararan la responsabilidad de asumir funciones dentro de la residencia que les hiciera implicarse más en la rutina cotidiana.

El resultado ha sido muy positivo, manteniéndose en vigor el “Programa Encargados” en el que los usuarios son los responsables del pedido de alimentación, de cuidar las plantas, de rellenar aceiteras y azucareras, de coger el acta de la asamblea, etc.

## 6.2. Uso de recursos comunitarios.

**Tabla 30. Uso de recursos comunitarios por parte de los usuarios del centro durante el año.**

Nº de usuarios que han participado en	Nº	%
Recursos de ocio, cultura y deporte	18	48,65
Recursos educativos (formales)	0	0
Recursos laborales y formativos (relacionados con el empleo)	6	16,26

A lo largo del año 2017, la mitad de los residentes (48%) han asistido de forma semanal a recursos de ocio y cultura. Así mismo, la consolidación del equipo de baloncesto con la colaboración de la Escuela de Baloncesto de Alcalá ha favorecido espacios lúdicos y deportivos.

En los recursos relacionados con el empleo encontramos un 16% de usuarios que han empleado este tipo de actividades formativas, contando incluso con un residente que se encuentra trabajando en la actualidad.

## 6.3. Cuestionarios globales de evaluación.

### 6.3.1. Satisfacción.

**Tabla 31. Aplicación del cuestionario de satisfacción a los usuarios del centro durante el último año.**

	N	N1	N2		***%	***% 1**
Nº de usuarios a los que se aplica el cuestionario	32				86,49	
Nº de usuarios a los que no se les aplica	4				12,50	
No estaba en condiciones de rellenarlo		1				20%
No rellenó el cuestionario al marcharse			2			40%
Fue traslado a pisos supervisados en diciembre (Lo rellenó en pisos)				1		20%

\*\*\*% sobre el total de usuarios atendidos durante el año.

\*\*\*% sobre el número de usuarios a los que no se les ha aplicado.

Nos encontramos con dos personas a las que no se les pudo pasar el cuestionario, al solicitar el abandono voluntario del recurso y uno que no se encontraba en condiciones para rellenarlo.

**Tabla 32. Datos sobre los ítems del cuestionario de satisfacción**

**Tabla 32. Datos sobre los ítems del cuestionario de satisfacción.**

Nº Ítem	¿Está usted satisfecho...	Media Ítem
1	en general, con los servicios que presta este centro?	4,88
2	con el tutor que le atiende en este Centro?	5,19
3	en general, con las actividades en las que participa cuando acude a este centro?	4,69
4	con la comida?	4,59
5	con la limpieza e higiene de este centro?	5,22
6	con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales?	5,00
7	con la temperatura habitual que hace en el centro?	4,75
8	con las actividades que se llevan a cabo en este centro	4,88
9	con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?	5,03
10	en general con las instalaciones de este Centro?	4,70
11	con los horarios de este Centro?	5,00
12	con los profesionales que le atienden en este Centro?	5,16
13	con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?	5,00
14	con el nivel de participación que le permiten en este Centro?	4,79

**Tabla 33. Datos sobre las subescalas del cuestionario de satisfacción**

**Tabla 33. Datos sobre las subescalas del cuestionario de satisfacción.**

	Media
Satisfacción con la intervención	4,79
Satisfacción con los profesionales	5,10
Satisfacción con las instalaciones	4,92

Con respecto a los datos de 2016, comprobamos que los resultados de los usuarios no varían prácticamente de un año a otro. En líneas generales, durante el 2017, los usuarios muestran una satisfacción media con respecto a la intervención que se realiza con ellos, los profesionales y las instalaciones del centro. Las puntuaciones más bajas se sitúan en las instalaciones y las intervenciones que se realizan, dado que la mayoría de ellos preferirían gozar de habitaciones privadas con baños *en-suite* y disponer de mayor libertad, sin tener que cumplir las normas del recurso.

### 6.3.2. Calidad de vida.

#### Calidad de vida

	Nº
Nº de personas evaluadas en CDV	34

**Tabla 34. Puntuación en el cuestionario de calidad de vida de los usuarios a 31 de diciembre**

**Tabla 34. Puntuación en el cuestionario de calidad de vida de los usuarios en atención a 31 de diciembre.**

Nº Ítem	¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:	Media Ítem
1	a su vida en general?	4,91
2	a su hogar / piso / lugar de residencia?	5,27
3	a su barrio como un sitio para vivir?	4,91
4	a la comida que come?	5,35
5	a la ropa que lleva?	5,35
6	a su salud general?	4,82
7	a su forma física?	4,32
8	a su estado de ánimo?	4,70
9	a la tranquilidad que hay en su vida?	4,35
10	a su problema / trastorno de salud mental?	4,38
11	a las personas con quien convive?	5,16
12	a sus amigos?	5,36
13	En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir esto?	4,18
14	a su relación con su familia?	4,88
15	a su relación con su pareja?	4,94
16	En caso de no tener pareja ¿qué cara se siente acerca a cómo le hace sentir esto?	3,87
17	a su vida sexual?	4,28
18	a su relación con otras personas?	5,18
19	a su trabajo o actividad laboral?	4,32
20	En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿qué cara le hace sentir eso?	4,07
21	a los estudios o cursos de formación que realiza?	4,76
22	a sus actividades de ocio?	4,94
23	a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	5,39
24	a su situación económica?	4,67
25	a sí mismo?	5,39
26	a su vida en general?	4,94
	<b>Puntuación media total</b>	<b>4,80</b>

Con respecto a las puntuaciones en calidad de vida, las puntuaciones más bajas en el cuestionario aparecen en cuanto al hecho de no tener una actividad laboral, no poseer la vida sexual deseada y disponer de ingresos económicos insuficientes.

### El cuestionario de Calidad de Vida

A final de año se realiza una aplicación rutinaria 20 usuarios

Las puntuaciones más elevadas en este cuestionario:

23	Con los servicios e instalaciones	5,39
4	Con la comida que come	5,35
5	Con la ropa que lleva	5,35

Destaca de forma significativa que, a pesar de la infraestructura del centro, una de las puntuaciones más altas del cuestionario se refiere a las instalaciones del recurso y a la comida que toman.

### 6.3.3. Funcionamiento

#### (1) Escala breve de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I)

Nº de personas evaluadas en DAS I	19
-----------------------------------	----

Tabla 35. Puntuación en el DAS-I de los usuarios en atención a 31 de diciembre

<b>Puntuación media en Cuidado personal</b>	2,11
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
<b>Puntuación media en Ocupación</b>	3,21
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
<b>Puntuación media en Familia y hogar</b>	3,32
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
<b>Puntuación media en funcionamiento en el contexto social</b>	3,00
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
<b>Duración de la discapacidad</b>	
Menos de 1 año (nº de usuarios)	0
Un año o más (nº de usuarios)	19
Desconocida	0

#### (2) Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG)

Nº de personas evaluadas en EEAG	19
----------------------------------	----

**Tabla 36. Puntuación en el EEAG de los usuarios en atención a 31 de diciembre**

	Nº
<b>Puntuación media total en EEFG</b>	55,53

Las puntuaciones medias obtenidas en 2017 en el DAS-I y en EEAG (55,53) nos indican que los usuarios requieren de un nivel de supervisión medio, donde aspectos como las relaciones familiares o la autonomía se ven bastante mermados.

Este hecho hace necesario incrementar los niveles de supervisión en AVDs Básicas y ha requerido de la mayor intervención de la figura profesional para acompañamientos rutinarios a citas médicas. En la mayoría de estos casos por dificultades del usuario para entender, recoger y trasladar la prescripción facultativa que se le había dado.

## 7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.

La Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y persistente incluye diferentes tipos de recursos y en ocasiones los usuarios lo son de más de uno de ellos. En este apartado se recoge información sobre la utilización por parte de los usuarios del centro de otros recursos del Plan durante el año 2017. Además se recogen datos sobre la utilización de otros recursos ajenos al Plan.

### 7.1. Utilización de otros recursos del Plan de Atención Social. Uso de recursos comunitarios.

**Tabla 37. Utilización de otros recursos del Plan por parte de los usuarios durante el último año.**

Usuarios atendidos que a la vez eran usuarios de:	Nº	%
<b>Centros de Rehabilitación Psicosocial</b>	13	35,14
<b>Centros de Rehabilitación Laboral</b>	2	5,41
<b>Pisos supervisados</b>	2	5,41
<b>Centros de Día</b>	7	18,92
<b>Otros recursos del Plan (EASC)</b>	5	13,51
<b>Hospital de Día Alcalá de Henares</b>	0	0
<b>Unidad de Atención Temprana</b>	3	8,11
<b>Total</b>	37	100,00

\*% sobre el total de usuarios atendidos.

Como el año anterior, la mayoría de los residentes combinan su vida en la miniresidencia con la asistencia a otros recursos de rehabilitación de la red, fundamentalmente: CRPS y Centro de Día.

## 7.2. Utilización de otros recursos ajenos al Plan de Atención Social.

En este caso hay que especificar el número de usuarios que han utilizado otros recursos (p.e. hospital de día, actividades estructuradas en asociaciones de familias, alcohólicos anónimos, etc.).

**Tabla 37a. Utilización de otros recursos ajenos al Plan de Atención Social por parte de los usuarios durante el último año**

<b>Usuarios que eran atendidos que a la vez eran parte de:</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Academias</b>	2	5,41
<b>CAID</b>	1	2,70
<b>Gimnasio</b>	5	13,51
<b>Casa de la juventud</b>	3	8,11
<b>Concejalía de la mujer</b>	3	8,11
<b>Escuela de adultos</b>	9	24,32
<b>Total</b>	37	100,00

A lo largo del 2017, se mantienen los usuarios que han realizados actividades en asociaciones o academias, lo cual consideramos que es un buen paso en la recuperación del nivel de autonomía.

Es filosofía del centro intentar que los residentes se integren en el entorno comunitario en el que residen, procurando que lo que puedan hacer de modo normalizado no lo supla el recurso. Llegar al punto de convertir a la residencia en un recurso integral que cuide todas sus necesidades, sólo contribuiría a empeorar la generalización de las habilidades entrenadas y hacer que el recurso perdiera su potencia rehabilitadora.

Es necesario destacar el incremento de usuarios que tienen la obligación de acudir a los CAIDS del distrito para controlar su consumo de tóxicos, debido a la imposibilidad que plantea la residencia para poder supervisar este tipo de patologías.

Uno de los recursos normalizado más utilizado por los residentes ha sido el Polideportivo vecino del Val al que los residentes han acudido con frecuencia para nadar o jugar al baloncesto.

## 8. OTRAS ACTIVIDADES DE LA MINI-RESIDENCIA.

En este apartado se recogen datos sobre otras actividades realizadas por el centro, diferentes de las de atención directa. En primer lugar, aportan datos sobre coordinación del centro con otros recursos. También se incluyen en este apartado las actividades de formación a otros profesionales, la participación en acciones de lucha contra el estigma, las comisiones de trabajo, etc. Por último, se incluye un apartado sobre otras actividades dirigidas a recoger información sobre actividades relacionadas con el voluntariado, con la evaluación de la calidad, etc.

### 8.1. Actividades de coordinación.

**Tabla 38. Coordinaciones realizadas**

<b>Nº de coordinaciones con:</b>	<b>Nº</b>
<b>S.S.M.</b>	
<b>Con el distrito de Alcalá</b>	10
<b>Con el distrito de Torrejón</b>	8
<b>Otras</b>	2
<b>CAID de Alcalá de Henares</b>	
<b>Recursos del Plan de Atención Social</b>	8
<b>CRPS, CD, EASC</b>	
<b>Agencia Madrileña de Tutela</b>	5
<b>Otras</b>	
<b>HUPA</b>	8
<b>Servicios Sociales</b>	3
<b>Escuelas de adultos o servicios municipales</b>	1
<b>Hospital de Día</b>	2
<b>Centro de Salud de Atención Primaria</b>	7

La coordinación rutinaria con los dispositivos de Alcalá y Torrejón suele ser telefónica y a través de correo electrónico casi diario, así como diversas reuniones de coordinación con otros centros en las que se aprovecha para reflexionar de manera más profunda. No se han realizado registros numéricos de estas coordinaciones que detallamos a continuación, especificando en lo posible su frecuencia aproximada.

### Coordinaciones con las Áreas de referencia

<b>COORDINACION</b>	<b>FRECUENCIA APROXIMADA</b>
Reuniones con psiquiatras y Coordinadores de Cuidados del Programa de Seguimiento de Alcalá de Henares	Mensual
Reuniones con psiquiatras y Coordinadores de Cuidados del Programa de Seguimiento de Torrejón de Ardoz	Trimestral
Reuniones de coordinación con el Trabajador Social del Programa de Seguimiento para coordinar estrategias y el trabajo con otros centros.	Mensual
Reuniones con el Trabajador Social y Enfermero del Programa de Seguimiento para coordinar estrategias a seguir con residentes en vías de incorporarse a los Pisos Supervisados	Mensual
Comisión de Derivación y Seguimiento del Área 3	Mensual
Comisiones de Asistencia, Rehabilitación y Docencia	Bimensual
Reuniones para la elaboración de los Procesos de Atención en Alcalá de Henares	Mensual

### Coordinaciones con recursos del Plan de Atención Social

COORDINACION	FRECUENCIA APROXIMADA
Reuniones con CRPS, CD, CRL de Torrejón de Ardoz y CRPS y Centro de Día Espartales Sur de Alcalá de Henares para coordinar estrategias con usuarios comunes	Trimestral
Reuniones de Directores de Mini-residencias	Trimestral
Reuniones de coordinación de actividades de Intercentros	Trimestral

### 8.2. Actividades de formación y docencia.

ACTIVIDAD FORMATIVA	ENTIDAD ORGANIZADORA/DOCENTE	PROFESIONAL
Intervención sistémica	Formación interna FM	Educadores
Formación Básica	Formación interna FM	Educadores y Psicóloga
La dimensión comunitaria del Trabajo Social	Formación interna FM	Psicólogo, Educadores, T.O y Directora
Salud mental comunitaria	Formación interna FM	Educadores y Directora
Estudios sobre la psicosis	Formación interna FM	Educadores
El esfuerzo por entender: De la teoría al caso	Formación interna FM	Educadores
Congreso AMSM	Asociación Madrileña de Salud Mental	Directora
Curso breve de sexualidad para padres y educadores	Incisex	T.O
Supervisión de casos	Formación interna FM	Psicólogo, Educadores, T.O y Directora
Curso superior de Gestalt	Grupo Cuatro	Educadores
Historia de la Psiquiatría	Formación interna FM	Directora
Pensando la función directiva	Formación interna FM	Directora
Estudios de Psicología	UNED	Educadores
Estudios de Educación Social	UNED	Educadores

Asegurar la formación y reciclaje de los profesionales de la salud Mental sigue siendo una prioridad de la miniresidencia. Es importante no sólo adquirir el bagaje práctico que otorga el día a día sino también buscar espacios de reflexión, inspiración e intercambio de conocimientos y dudas entre otros compañeros de recursos afines y de la red en general. Sin duda, la formación externa, y los espacios de reflexión internos de cada recurso son necesarios para asegurar una difusión generosa del conocimiento y una línea de trabajo común.

Durante 2017 todo el equipo de la Miniresidencia se ha volcado en fomentar y cuidar estos espacios de reflexión en un recurso con un ritmo tan vertiginoso como es la MR. Estableciéndose jornadas de reflexión quincenales que se suman a las ya habituales supervisiones de casos por profesionales de la salud mental externos al recurso.

### 8.3. Otras actividades

En este apartado destacaremos la participación de profesionales de la residencia en diferentes iniciativas:

#### 1. Programa de Voluntariado

Desde el 2010 se colabora con la Casa de la Juventud de Alcalá de Henares. Este año han acudido al centro varios voluntarios a realizar distintas actividades, manteniéndose la política de la Fundación Manantial respecto a que los voluntarios no tengan perfil laboral.

Con esta medida se pretende luchar contra el estigma y acercar a nuestra población otra forma de mirar y de relacionarse.

El voluntariado a lo largo del 2017 se ha desarrollado en diversas áreas:

- **Huerto urbano Los Amigos:** Actividad consolidada en 2015 que cuenta con 4 voluntarios y que es un claro espacio de encuentro con los vecinos del barrio. Se realiza 3 días a la semana y está enfocada al desarrollo de un huerto urbano. El compartir un espacio y un construir en común facilita de forma directa la lucha contra el estigma de nuestra población.

La asistencia a la actividad ha sido continua a lo largo del año y hasta se ha podido contar con la asistencia de algún menor de edad, familiar de voluntarios, lo que favorece la integración.

- **Inglés:** En el desarrollo de la actividad se ha fomentado el conocimiento y la práctica de otro idioma. La asistencia en la actividad ha variado entre 2 y 6 usuarios a la semana. Cuenta con la participación de un voluntario.
- **Cocina:** actividad guiada por un voluntario que cuenta con la participación de entre 3 y 6 usuarios los miércoles por la tarde.

Durante el 2017 hay que destacar dos hechos importantes que se espera que sean fuente de futuras colaboraciones, por un lado el acuerdo entre la Fundación Manantial y la Universidad Complutense de Alcalá con el fin de poder incorporar estudiantes universitarios al proyecto del voluntariado. Además hay que señalar que Fundación Manantial junto a la Escuela de Baloncesto Alcalá han llevado a cabo el “III Torneo de Baloncesto Alcalá” donde se contó con el apoyo de forma voluntaria de jugadores de la Escuela. Su inestimable ayuda facilitó el desarrollo del torneo y la integración de los asistentes.

### 1. **Terapia Asistida con Animales en el CSM de Torrejón**

La participación activa de animales en procesos terapéuticos, es relativamente novedosa. Fue el psicólogo infantil Dr. Boris Levinson el que en 1962, comenzó a utilizar animales en sus sesiones y a recoger sus experiencias en diversas publicaciones. Hoy por hoy es considerado el padre de la Terapia Asistida con Animales (TAA).

La TAA es una intervención diseñada para mejorar el funcionamiento cognitivo, físico o social de una persona, con unos objetivos específicos delimitados en el tiempo y criterios médicos de evaluación. La TAA requiere de una participación multidisciplinar, en la que han de estar presentes tanto el experto en TAA como profesionales de la salud.

Por segundo año consecutivo el Hospital de Torrejón, con la colaboración de Jansenn y enmarcado dentro del convenio de colaboración entre dicho Hospital y la Fundación Manantial, ha puesto en marcha un programa de Terapia Asistida con Animales en pacientes psicóticos jóvenes con mal adherencia al tratamiento, eligiendo a Yaracan como entidad encargada de llevar a cabo las sesiones. El programa dio comienzo en octubre con una previsión de duración hasta junio de 2015. Se llevan a cabo dos sesiones semanales, martes y jueves de 13 a 14 horas, con la presencia de la terapeuta ocupacional del CSM de Torrejón los jueves y la terapeuta ocupacional de la MR de Alcalá los martes.

Los objetivos que nos planteamos trabajar durante estos meses son:

- **Ampliar la participación y la red social.** La inclusión en un grupo de TAA permite a los pacientes conocer gente nueva con las que se comparten experiencias y situaciones vitales similares. Durante las sesiones el trabajo por parejas o en equipo facilita la interacción y la creación de nuevos vínculos.
- **Mejorar el sentido de autoeficacia.** El programa de TAA está diseñado para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en el adiestramiento de perros. Para ello se crea un ambiente de confianza donde se prueba y aprende el manejo de los animales. Ser capaz de controlar al animal, crear dinámicas de trabajo y llevarlas a cabo con éxito fomenta el sentido de eficacia y autocompetencia.
- **Crear un nuevo rol.** La participación en este tipo de TAA permite la adquisición de roles nuevos, pasando de ser el “paciente” a ser el “experto” en obediencia canina y finalmente el “terapeuta” que llevará a cabo una sesión de Actividad Asistida con Animales (AAA) con un grupo de personas con enfermedad de Alzheimer.
- **Favorecer el trabajo de las funciones mentales.** En las sesiones se trabajan aspectos cognitivos como la memoria, la atención, la secuenciación de tareas,... La creación y desarrollo de dinámicas permite la estimulación de la imaginación y la creatividad.
- **Fomentar las destrezas de comunicación.** El trabajo en grupo permite el desarrollo de aspectos de la comunicación como el contacto visual, el respeto del turno de palabra, la empatía y la asertividad. El contacto con el perro, al tratarse de un ser que no juzga y valora a todos por igual, es relajado y distendido favoreciendo la espontaneidad y la aparición de nuevas destrezas en la comunicación verbal y no verbal.

## 2. Torneo de Baloncesto

La Residencia Alcalá, en colaboración con el CD Espartales, decidieron en 2013 formar un equipo de baloncesto con el objetivo de participar en un torneo organizado por la asociación Spotsame. Lo que se inició como algo puntual para la participación en dicho torneo pasó a convertirse en equipo de baloncesto con entrenamientos regulares dos veces en semana tras la demanda de los integrantes del equipo para continuar la actividad.

Se contacto con el Club de baloncesto de Alcalá para iniciar una colaboración y poder desarrollar la actividad de baloncesto. De esta colaboración se pudo disfrutar de manera gratuita de la pista semicubierta del Ayuntamiento (cuyo coste no podríamos asumir) y además el club baloncesto nos puso en contacto con un voluntario que guio los entrenamientos durante un semestre.

Además de fomentar el deporte, con el equipo de baloncesto se fomentó las relaciones sociales entre usuarios de los diferentes recursos del área, ya que participan en el equipo usuarios de la residencia Alcalá, CD de Espartales y CRPS Alcalá, e incluso se repartieron carteles en el CSM de Alcalá con el objetivo de abrir el equipo a todo el Área 5 de salud mental.

En 2017 se volvió a participar en el Torneo de Baloncesto Sportsame y en LIGASAME.

## 9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.

A continuación se reflejan los objetivos trabajados con los usuarios de la Miniresidencia de acuerdo a las diferentes áreas de evaluación reflejadas en el PIAR, con datos de cumplimiento y evolución:

ÁREA REALACIONADA CON LA ENFERMEDAD	Nº DE USUARIOS CON ESE OBJETIVO EN SU PIAR	ÉXITO	NO AVANCES SIGNIFICATIVOS
Adquirir mayor autoconciencia	5	4	1
Incrementar autonomía en medicación (tomar la medicación, aprender los nombres de los que tomo, para qué es, rellenar mi pastillero semanalmente, guardarlo en mi habitación, contar medicación etc.)	15	13	2
Reducir la duración de los bloqueos	1	0	1

Con respecto al área relacionada con la enfermedad se han planteado diferentes objetivos que versan en su mayor parte sobre la búsqueda de la autonomía en medicación por parte de los usuarios y en aumentar el conocimiento que poseen con respecto a sus patologías. Respecto al conjunto de

objetivos relacionados con adquirir mayor conciencia de enfermedad cabe destacar que el número de avances significativos es muy similar al de aquellos que no los han logrado. Las dificultades en la consecución de los objetivos parecen relacionadas con diferencias culturales y el deterioro cognitivo de los usuarios. Esto conlleva un ritmo de trabajo más lento, de manera que algunos de ellos aun mantienen este objetivo de trabajo en el 2017. Respecto al trabajo de la autonomía en la toma de medicación observamos que el número de personas que han presentado avances significativos es superior al de aquellos que no los han logrado. Las dificultades para lograrlo parecen vinculadas de nuevo al deterioro cognitivo de algunos de los usuarios y a las interferencias de aprendizaje propias de un periodo de agudización psicopatológica.

<b>ÁREA REALACIONADA CON LA SALUD GENERAL</b>	<b>Nº DE USUARIOS CON ESE OBJETIVO EN SU PIAR</b>	<b>ÉXITO</b>	<b>NO AVANCES SIGNIFICATIVOS</b>
Adquirir hábitos saludables en alimentación (pedir cita médica para seguir dieta, gestionar control de peso, beber máximo 2 litro de agua al día, poner en práctica pautas de mi control de diabetes)	8	6	2
Aumentar el ejercicio físico (Dar un paseo todos los días, asistir al taller de deporte etc.)	2	2	0

Con respecto al área relacionada con la adquisición de hábitos saludables se han conseguido prácticamente todos los objetivos planteados. Respecto al conjunto de objetivos relacionados con aumentar el ejercicio físico cabe destacar que se ha logrado tener éxito con los dos usuarios con los que llevamos trabajando desde 2016.

<b>ÁREA RELACIONES PERSONALES Y NORMAS</b>	<b>Nº DE USUARIOS CON ESE OBJETIVO EN SU PIAR</b>	<b>ÉXITO</b>	<b>NO AVANCES SIGNIFICATIVOS</b>
Mejorar habilidades de comunicación (pedir las cosas de manera adecuada, responder cuando me preguntan, no realizar preguntas más de una vez si no es necesario, hablar a los demás con respeto, etc)	5	4	1
Mejorar las relaciones familiares (acordar con mi madre unos comportamientos que nos permitan convivir con menos conflictos, realizar contactos pautados y adecuados con la familia, , etc.)	4	3	1
Ampliar red social (conocer grupos con intereses comunes, restablecer mi interés en las relaciones, etc.)	1	1	0
Mejorar habilidades metacognitivas (analizar la manera en que se interpreta y se elabora la información proveniente del mundo social)	1	1	0

Con respecto al área de relaciones personales y normas, la gran mayoría de los objetivos son para trabajar el ajuste al contexto social, la ampliación de relaciones personales y el mantenimiento de las relaciones con la familia. Los objetivos más trabajados en este área, relacionados con las habilidades de comunicación, no se han conseguido con éxito. Aunque se han conseguido avances al respecto, los mismos no nos parecen significativos debido en parte al repertorio inicial de habilidades sociales con el que se partía. Aun así, los objetivos aquí englobados se siguen trabajando en el 2017.

<b>ÁREA INTEGRACIÓN COMUNITARIA Y AUTONOMÍA</b>	<b>Nº DE USUARIOS CON ESE OBJETIVO EN SU PIAR</b>	<b>ÉXITO</b>	<b>NO AVANCES SIGNIFICATIVOS</b>
Incrementar autonomía en administración de dinero (hacer una planificación mensual, ajustarme a la planificación que hago, etc.)	6	4	2
Cumplir con las actividades y horarios de mi rutina diaria (levantarme sola todos los días)	5	4	1
Conseguir una adecuada salida a piso supervisado (cumplir con el calendario de salida a piso, planificar los menús, preparar la comida,	1	1	0

realizar tareas, etc.)			
Conseguir una adecuada vuelta a casa (cumplir con el calendario de vuelta a casa, preparar mi comida un día a la semana, hacer menús semanales, levantarme solo en casa, realizar las tareas del hogar pautadas en casa, realizar AVDs básicas en casa, etc.)	3	3	0
Rellenar mi agenda diaria o semanalmente	1	1	0
Mejorar autonomía en citas y trámites burocráticos (Acudir solo a mis citas médicas, hablar en las citas médicas, a gestiones del banco, etc.)	5	5	0
Aprender a utilizar el ordenador y el móvil (Aprender a utilizar el traductor del ordenador, conocer que aplicaciones de mi interés y cómo funcionan)	1	1	0
Encontrar una alternativa residencial (elegir dónde y cómo quiero vivir)	2	2	0
Incrementar mi autonomía en la cocina (aprender a cocinar platos nuevos)	3	2	1

Con respecto al área de integración comunitaria y autonomía, se trabajan una gran cantidad de objetivos dado que una de las principales funciones de la Miniresidencia es integrar a los usuarios en comunidad. Las principales dificultades, que inciden en varios de los conjuntos de objetivos descritos en este área (principalmente a la hora de aumentar autonomía económica, en seguimiento de citas médicas y psiquiátricas y estructuración horaria) parecen relacionados con problemas de agudización de la sintomatología psiquiátrica (y las alteraciones de conciencia consiguientes), abuso de sustancias y deterioro cognitivo (que implica una dificultad para mantener la atención, comprender las instrucciones, recordar, etc.).

ÁREA AUTOCUIDADOS	Nº DE USUARIOS CON ESE OBJETIVO EN SU PIAR	ÉXITO	NO AVANCES SIGNIFICATIVOS
Mejora del aseo y cuidado personal (realizar el afeitado, depilación, lavado de pelo, lavarme los dientes tres veces al día, echarme crema, etc.)	1	1	0
Ducharme todos los días	3		0

		3	
Mejora autonomía en el vestido y cuidado de la ropa (poner lavadora, colocar armario, vestirme de manera ajustada al clima, instaurar hábito de cambio de ropa, tirar la ropa que no me valga, etc.)	5	5	0
Mejorar autonomía en la alimentación (masticar la comida, comer más despacio, usar de forma correcta los cubiertos, comer la cantidad pactada, etc.)	1	0	1
Desempeñar AVds siguiendo las pautas de la TO	1	1	0
Mejorar autonomía en la realización del cuarto (Mantener un orden adecuado de mi cuarto, hacer la cama solo todos los días.	4	2	2

Con respecto al área de autocuidados, el éxito en los objetivos es variable, dado que en muchas ocasiones se consiguen frecuencias de aseo adecuadas sólo cuando aparece la presencia profesional, encontrándonos que no se cumple el objetivo en el momento en el que se retira la supervisión. Este problema de generalización de hábitos va a ser frecuente en el buen cumplimiento de las AVDs Básicas.

ÁREA PRODUCTIVIDAD Y OCIO	Nº DE USUARIOS CON ESE OBJETIVO EN SU PIAR	ÉXITO	NO AVANCES SIGNIFICATIVOS
Asistir/conseguir enganche en otros centros de la red de salud mental (Crl, CD, etc.)	3	2	1
Búsqueda y realización de actividades fuera de la mini (formación, gimnasio, cursos, voluntariado, escuela de adultos etc.)	2	2	0
Participar actividades de ocio y/o voluntariado	4	3	1
Afianzar mi rol productivo	1	1	0
Potenciar habilidades prelaborales (acudir a los talleres con puntualidad, con vestido adecuado, mantenerme en ella sin interrumpir la actividad,...)	4	3	1
Ocupar mi tiempo con actividades	2	1	1

significativas (aprender a usar mi ordenador portátil, abrir el mail al menos una vez a la semana, ...)			
---	--	--	--

Con respecto al área de productividad y ocio, se plantean muchos objetivos destinados a la estructuración de la vida de los usuarios. No sólo se requiere que la persona esté integrada en la dinámica de la residencia sino que se intentará fomentar que realice actividades en otros recursos de la Red y de ocio normalizado para poder mantener la estructuración vital una vez que vuelva a su domicilio de origen. El éxito es variable, hay usuarios con los que trabajar tanto el interés por actividades de ocio saludable como por la vinculación a otros recursos o actividades normalizadas ha resultado complicado, no lográndose los objetivos por el momento.

ÁREA EMOCIONAL	Nº DE USUARIOS CON ESE OBJETIVO EN SU PIAR	ÉXITO	NO AVANCES SIGNIFICATIVOS
Ajustar mi respuesta emocional a la situación	1	1	0
Reducir angustia existencial (establecer metas vitales a medio plazo)	1	1	0
Aumentar mi autoestima (definir autoconcepto en relación gustos, relaciones y deseos)	1	1	0
Iniciar aprendizaje en atención plena	1	0	1
Mejorar el reconocimiento de mis emociones	3	2	1

Finalmente en el área emocional encontramos menos objetivos de trabajo a consecuencia de que la mayoría de los usuarios que residen en la Miniresidencia poseen psicólogos de referencia en otros recursos de la Red y para no duplicar intervenciones, la labor del psicólogo de la residencia va más encaminada a la contención, labores de autoconocimiento y de prevención de recaídas. Aun así las dificultades en la consecución de los objetivos recogidos en este área parecen relacionadas con la larga evolución de las pautas problema (que se expresan en varios niveles), las dificultades de la población y que implican un proceso de trabajo lento.

## 10.-VALORACIÓN OBJETIVOS 2017

A continuación transcribimos los objetivos planteados en la Memoria del año 2016, seguidos de una valoración de la consecución de tales objetivos durante el año 2017.

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<b>1.Incluir a los residentes en la elaboración de las juntas de evaluación</b>	<p>Se analizarán los casos y se planteará a los usuarios la opción de participar en sus juntas de evaluación</p> <p>Se redactarán los objetivos con ellos</p> <p>Se revisarán los objetivos con ellos</p>	Nº de Juntas en las que participan los usuarios (al menos 6)	Tablas de intervenciones redactadas por los usuarios
<p>Este objetivo se da por conseguido parcialmente, dado que ha sido posible incluir a varios usuarios en sus procesos de junta de evaluación, pero no a todos. Nos hemos encontrado con bastantes dificultades en el proceso, ya fuera porque los propios residentes no quisieran tomar parte en sus objetivos o porque prefirieran negociar los objetivos finales y no tomar parte en la elaboración de los mismo. Aun así, valoramos la experiencia como muy gratificante e intentaremos mantener esta tendencia para el futuro.</p>			
<b>2.Facilitar el transito del emplazamiento actual de la MR al nuevo edificio de Torrejón</b>	<p>Fomentar la participación de los usuarios en el cambio creando un comité de usuarios que participen en la creación de nuevas dinámicas de trabajo</p> <p>Realización de reuniones de reflexión profesionales para pensar en al nueva residencia</p> <p>Realización de análisis de casos individuales para ayudar a los residentes a decidir dónde quieren vivir</p>	<p>Nº de reuniones del comité de usuarios-profesionales (al menos 2)</p> <p>Nº de reuniones de reflexión de profesionales (al menos 6)</p> <p>Realización de reuniones específicas con los usuarios sobre su deseo de cambiar de residencia o no (al menos 15)</p>	<p>Tabla de reuniones del comité</p> <p>Actas de reuniones profesionales</p> <p>Actas de reuniones con usuarios</p>
<p>Este objetivo se da por conseguido completamente. El equipo de la Residencia de Alcalá ha trabajado muy duramente a lo largo de 2017 para poder facilitar el tránsito de una residencia a otra. Así mismo, se ha pedido la colaboración de toda la comunidad residencial y se han organizado comités mixtos (profesionales y usuarios) de</p>			

toma de decisiones sobre la nueva residencia de Torrejón.

Dado que la construcción del edificio estaba finalizada durante 2017, se han organizado numerosas asambleas para pensar cómo construir la vida en el nuevo centro y se han organizado dos comités. Uno de plantas, encargado de seleccionar y adecuar las zonas verdes del nuevo centro, así como de acudir al vivero para conseguirlas; y otro de decoración, que decidió como distribuir el equipamiento de la nueva residencia, donde colocar cuadros, distribución de espacios, etc.

Ambos comités acudieron en repetidas ocasiones a la nueva residencia a lo largo del 2017 para tenerlo todo dispuesto de cara a la futura mudanza que tendrá lugar a principios del 2018.

Así mismo, el equipo profesional ha mantenido reuniones con todos los usuarios de la residencia para plantearles y pensar junto a ellos, si por sus circunstancias vitales preferían mudarse junto con la residencia a Torrejón, o por el contrario, pasar a ocupar plaza a la residencia de Espartales Sur de Alcalá. Tras el análisis de casos, un usuario ha pasado a la residencia de Espartales y una mujer ha pasado a un recurso de la Red de Mayores. El resto de residentes, han decidido trasladarse con el centro a Torrejón.

<b>3.Realización del cierre/apertura de las actividades comunitarias de la residencia</b>	Se llevarán a cabo las acciones necesarias para cerrar el trabajo comunitario que se desarrolla en el municipio de Alcalá de Henares	Dar por cerradas las actividades de huerto, baloncesto en Alcalá y colaboración con la Casa de la Juventud de Alcalá de Henares	Actas de reuniones con los dispositivos de Alcalá
	Realización de acciones para ir abriendo el trabajo comunitario en el distrito de Torrejón de Ardoz	Abrir opciones de trabajo comunitario con el distrito de Torrejón (al menos baloncesto)	Actas de reuniones con los dispositivos de Torrejón

Este objetivo se ha conseguido en su totalidad. Se ha realizado un minucioso trabajo de contacto con todos los dispositivos de Alcalá con los que se venía colaborando, nos hemos despedido de ellos y les hemos trasladado nuestro inminente traslado al distrito vecino. Así mismo, se ha conseguido mantener el contacto con la Escuela de Baloncesto de Alcalá y es posible que se pueda mantener el equipo de baloncesto, a pesar de estar ubicados en 2018 en Torrejón de Ardoz.

La despedida del entorno está resultando muy emotiva y todos los recursos comunitarios coinciden en que han sido 12 años de convivencia muy gratificante.

## 11. OBJETIVOS PARA EL AÑO 2018.

Para el año 2018, el equipo de la Miniresidencia de Alcalá de Henares se plantea los siguientes objetivos:

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<b>1.Consolidación de la Residencia de Alcalá como Residencia de Torrejón</b>	Se llevarán a cabo todas las acciones necesarias para ubicar el centro en el distrito de Torrejón, cambiar el empadronamiento de los usuarios indefinidos y solicitar los traslados médicos necesarios de acuerdo al estudio de cada caso  Ocupación de las nuevas plazas concertadas de 20-30  Organización de la nueva residencia en torno a 30 usuarios	Nº de usuarios indefinidos empadronados en al MR Torrejón (al menos 8)  Nº de Desplazamientos realizados (al menos 8)  Nº de plazas ocupadas  Asambleas de 30 usuarios	Empadronamientos realizados  Desplazamientos médicos realizados  Tablas de ocupación  Actas de las asambleas comunitarias
<b>2.Realización de apertura/consolidación de las actividades comunitarias de la residencia en el distrito de Torrejón de Ardoz</b>	Realización de acciones para ir abriendo/consolidando el trabajo comunitario en el distrito de Torrejón de Ardoz	Abrir/consolidar opciones de trabajo comunitario con el distrito de Torrejón	Actas de reuniones con los dispositivos de Torrejón