

---

# MEMORIA ANUAL 2018

RESIDENCIA ESPARTALES SUR

---



## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>DESCRIPCIÓN GENERAL .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN .....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO .....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS .....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA .....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS .....</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>OTRAS ACTIVIDADES .....</b>	<b>48</b>
<b>9</b>	<b>VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO .....</b>	<b>56</b>
<b>10</b>	<b>OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE .....</b>	<b>59</b>

## **1. DESCRIPCIÓN GENERAL**

### **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

La Mini-Residencia Espartales Sur forma parte de los dispositivos de la Red pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Desde su apertura en febrero de 2011, este recurso viene siendo gestionado por Grupo 5 Acción y Gestión Social S. L., como Empresa matriz de un Grupo de Sociedades entre las que se encuentra Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial, que es el área operativa al que están adscritos todos los recursos de rehabilitación pertenecientes a esta entidad.

Tal y como quedó recogido en la primera memoria de este recurso, en el año 2011, la organización y funcionamiento de la Mini-Residencia Espartales Sur se rige por los principios y directrices marcadas desde la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, de acuerdo al diseño general de Mini-Residencia establecido por dicha Consejería.

### **UBICACIÓN, CAPACIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICO-ARQUITECTÓNICAS**

La residencia "Espartales Sur Alcalá de Henares" se encuentra situada en la Calle Federico García Lorca Nº 20, 28806 Alcalá de Henares. El teléfono de contacto es el 91 882 69 75. El correo electrónico vinculado al centro es [mr.espartalesur.alcala@grupo5.net](mailto:mr.espartalesur.alcala@grupo5.net)

La residencia tiene una capacidad de 30 plazas. Se ha construido en una parcela, con una superficie de 3.287 m<sup>2</sup>, que fue cedida por el Ayuntamiento de Alcalá de Henares a Obra Social de Caja Madrid, en una zona accesible y bien comunicada que facilita el uso de recursos sociocomunitarios normalizados.



El edificio principal cuenta con dos plantas y planta cubierta con una superficie construida de 1.675 m<sup>2</sup>. La planta baja está destinada a servicios comunes, despachos de profesionales, salas de actividades, sala de estar, comedor, cocina, despensa, zona de lavandería, aseos, almacenes, etc.





La planta primera está destinada a la atención residencial con las habitaciones y dormitorios: su capacidad es de 30 plazas distribuidas en 18 habitaciones individuales y 6 dobles; todas disponen de baño completo y en 6 de ellas (en 3 habitaciones individuales y en 3 habitaciones dobles) se dispone de baño completamente adaptado y accesible y cama articulada.





Asimismo, en esta planta primera se ubica el despacho de la Terapeuta Ocupacional, cocina-office, zona de lavandería doméstica, almacenes de ropa, equipajes y cuarto de limpieza.



El conjunto de los espacios de la residencia está totalmente adaptado y accesible, contando además con una infraestructura, mobiliario y equipamiento adecuado. Dispone de equipos informáticos conectados en red local y conexión a Internet, material de actividades, equipamiento de ocio, etc., con el fin de facilitar una estancia agradable y productiva.

## ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

La residencia "Espartales Sur Alcalá de Henares" (30 plazas), funciona de acuerdo al diseño de residencia establecido, que se concibe y organiza como un recurso residencial comunitario destinado a las personas afectadas de enfermedades mentales graves y duraderas con deterioro en su autonomía personal y social que no cuentan con apoyo familiar o social o que debido a su grado de deterioro, conflictos familiares, circunstancias sociales o necesidades de su proceso de rehabilitación requieran este servicio.

Se organiza de un modo polivalente y flexible y ofrece atención y supervisión continuada las 24 horas.

Con cada usuario que es derivado y accede a la residencia se organiza un proceso de recepción y acogida. En una primera visita al centro, previa al ingreso, de manera general se explica qué es una residencia y qué puede aportar a la persona. Se enseñan las dependencias del recurso, explican normas y rutinas de funcionamiento, realizan primeras presentaciones, etc. Finalmente se acuerda el día de ingreso. En el día de entrada se organiza un proceso de recepción y adaptación que tiene como fin la aclimatación de la persona a su nuevo entorno, facilitándose la asunción de la rutina y funcionamiento del centro, así como el establecimiento de relación y vínculo con profesionales y usuarios.

Asimismo, con cada usuario que accede a la residencia se realiza, por parte de la psicóloga, la terapeuta ocupacional, la trabajadora social y los educadores, una evaluación de la situación y nivel de funcionamiento del usuario y se diseña un plan individualizado de atención (PIAR) en el que se establecerán los objetivos a alcanzar, las estrategias para lograrlos y las actividades a desarrollar.

Así pues, con cada residente se programa un plan que organiza los objetivos, actividades y coordinaciones con otros recursos (SSM, CRPS, Centro de Día de soporte social, recursos comunitarios, etc.), a desarrollar con cada usuario durante su estancia. Este plan tiene en cuenta lo establecido en el informe de derivación, así como la duración y objetivos planteados en la estancia prevista del usuario. Se coordina y consensua con el Servicio de Salud Mental de referencia, y también se acuerda con el propio usuario buscando su máxima implicación. Los residentes están en contacto y son atendidos y

supervisados desde su SSM de referencia. Así mismo se establece una coordinación estrecha y específica para el desarrollo conjunto de los procesos de atención y rehabilitación durante la estancia de cada caso. Del mismo modo se trabaja con el resto de centros y servicios de la Red de la zona. Cada usuario tiene un "educador de apoyo" en la residencia que bajo la supervisión del equipo técnico que coordina toda la atención o actividades a desarrollar.

La residencia ofrece atención y soporte social alejándose de los parámetros tradicionales de una institución y buscando un funcionamiento y un ambiente familiar y normalizado. Los residentes participan en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento interno de la misma, recibiendo el apoyo y supervisión necesaria en cada caso. En todo momento se fomenta la participación e implicación activa en la vida cotidiana y en la organización del centro.

La distribución de plazas de organiza de un modo polivalente y flexible que permita cubrir diferentes funciones y necesidades residenciales de la población. En el siguiente cuadro se expone las tipologías de estancia, en relación al tiempo que durará la misma:

TIPOLOGÍA	DURACIÓN	FUNCIONES	OBJETIVOS	DISTRIBUCIÓN PROPUESTA (flexible)
ESTANCIA CORTA	Entre un fin de semana y un mes aproximadamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Descanso" familiar</li> <li>- Atender urgencias familiares o sociales</li> <li>- Separación preventiva del ambiente familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aliviar la sobrecarga familiar.</li> <li>- Ayudar al mantenimiento del usuario en el ambiente familiar.</li> <li>- Evitar internamientos innecesarios o situaciones de abandono.</li> </ul>	10/20% PLAZAS
ESTANCIA TRANSITORIA	De un mes a un año aproximadamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transición del Hospital a la Comunidad.</li> <li>- Preparación para la reinserción familiar.</li> <li>- Preparación para opciones de vida y/o alojamiento más autónomos e independientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar y preparar procesos de reinserción social y familiar.</li> <li>- Propiciar la adquisición de las habilidades necesarias para llevar una vida más autónoma e independiente.</li> </ul>	30/40% PLAZAS
ESTANCIA INDEFINIDA	Larga. Más de un año	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alternativa a la hospitalización prolongada.</li> <li>- Evitar situaciones de marginación social o abandono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el nivel de autonomía personal y social.</li> <li>- Asegurar un nivel de calidad de vida digno.</li> </ul>	40/50% PLAZAS

## SERVICIOS Y ACTIVIDADES

### Servicios básicos

Se ofrece la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y cuidados, por lo que para su adecuado desarrollo en la residencia se organiza y asegura:

- El alojamiento asegura la adecuada protección, limpieza, higiene y respeto a la intimidad. Promoviendo y permitiendo que el usuario decore su habitación de acuerdo a sus gustos y preferencias.
- La ropa de cama, aseo, lavado, repasado y cambio al menos una vez a la semana.
- El lavado, planchado y repasado de la ropa personal, con la periodicidad idónea en cada caso.
- El uso de espacios comunes y zonas de convivencia.
- La manutención diaria, asegurando cuatro comidas (desayuno, comida, merienda y cena). Los menús serán variados y garantizarán el aporte calórico y dietético adecuado. Se preparan dietas alternativas para todas aquellas personas que las requieran por indicación médica.
- La limpieza e higiene de los espacios comunes, zonas de estar y aseos.
- El cuidado y apoyo personal que cada usuario necesite para las actividades de la vida diaria y para su adaptación a la MR.

Se busca organizar y promover la participación de los residentes en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento diario. Según su nivel de funcionamiento psicosocial y sus posibilidades, cada usuario se ocupa de la limpieza y cuidado de su dormitorio, ropa y objetos personales, y colabora por turnos en el resto de las tareas domésticas cotidianas: limpieza de espacios comunes y baños, realización de compras, preparación y servicio de comidas, lavandería, etc. Por supuesto, recibe el apoyo, entrenamiento y supervisión necesarios por parte del personal. Con ello se pretende favorecer la implicación activa de los residentes, evitando roles pasivos o institucionalizados y se busca posibilitar el aprendizaje o mejora de las habilidades domésticas que les ayuden a aumentar su grado de autonomía.

## Atención psicosocial: Apoyo a la rehabilitación e integración comunitaria

Las residencias se diseñan y organizan para ofrecer no solo la cobertura de necesidades básicas de alojamiento, manutención y cuidado, sino que además ofrecen una atención psicosocial orientada hacia la mejora de la autonomía personal y social, la mejora de la calidad de vida y el apoyo a la integración comunitaria de los usuarios residentes independientemente de la duración de su estancia. Para ello se organiza y asegura esta atención psicosocial a través de programas de intervención y actividades en relación, entre otras, a áreas como el autocuidado, las actividades de la vida diaria, la psicoeducación, las habilidades sociales, el ocio y tiempo libre, la integración comunitaria, etc.

Estos 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.

En cuanto al trabajo con las familias, se favorece el contacto entre los usuarios y sus familias. Asimismo, en coordinación con los Servicios de Salud Mental de referencia, se orienta y apoya a las familias de los usuarios durante todo el proceso, especialmente cuando se prevea su vuelta al entorno familiar.

### PERSONAL

Hay un equipo multidisciplinar que garantiza la adecuada prestación de servicios tanto básicos como de rehabilitación. La plantilla se encuentra configurada del siguiente modo:

- 1 Director (horario flexible y disponibilidad 24 horas).
- 1 Psicólogo (de lunes a viernes en horario de mañana y tarde).
- 1 Terapeuta Ocupacional (de lunes a viernes en horario de mañana y tarde).
- 1 Auxiliar Administrativo (de lunes a viernes en horario de mañana y tarde).

- 14 educadores, (de lunes a domingo con los descansos establecidos por convenio) y distribuidos en turnos de mañana, tarde y noche para garantizar la atención de los usuarios 24 horas al día.
- 1 Trabajadora Social (hasta noviembre 2018).

Los servicios de cocina, limpieza, lavandería y mantenimiento de jardines se encuentran contratados con empresas externas, que aportan su propio personal. Concretamente, contamos con:

- Limpieza: 4 personas que trabajan 8 horas diarias de lunes a domingo (trabajan en días alternos), más otra persona que acude dos veces al mes para realizar la limpieza de los cristales de la Residencia. El CEE de la Fundación Aldaba da cobertura a esta necesidad.
- Cocina: 2 personas (una para días laborables y otra para fines de semana y festivos) que se ocupan de elaborar en las instalaciones de la residencia las principales comidas del día: comida, merienda y cena. Corre a cargo de la empresa SERUNION (hasta junio 2018) y posteriormente SODEXO.
- Jardinería: sigue gestionado por el CEE Aldaba, perteneciente a la Fundación Aldaba. Acuden 1 día a la semana para hacer el mantenimiento general de las zonas verdes.
- El servicio de lavandería se realiza fuera de nuestras instalaciones, no cuenta con personal vinculado a la MR. La empresa contratada sigue siendo la Lavandería Cobos. Semanalmente se recoge todo el menaje de cama, toallas, etc., para su limpieza e higienización.

### SECTORIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS

	<b>DISTRITOS</b>	<b>Nº de Plazas</b>
<b>AREA SANITARIA 3</b>	<i>Torrejón de Ardoz</i>	10
	<i>Alcalá de Henares</i>	20

A fin de articular una mejor optimización y distribución de las plazas existentes se ha acordado con la Oficina de Coordinación Regional de Salud Mental que el reparto de las plazas dentro de los dos distritos atendidos es de 20 plazas destinadas a los usuarios del CSM de Alcalá de Henares y 10 para el CSM de Torrejón.

La distribución interna en cuanto a estancia corta, transitoria e indefinida, será flexible y puede ajustarse a las necesidades y circunstancias específicas del área, pero manteniendo el esquema global de polivalencia de funciones y movilidad que debe caracterizar a la residencia.

### **PERFIL DE LA POBLACIÓN A ATENDER**

Como **perfil general** de los usuarios de la residencia, se tiene en cuenta los siguientes criterios generales:

- Presentar una enfermedad mental de curso grave y duradero.
- Tener una edad entre 18 y 65 años.
- Tener necesidad de alojamiento y soporte derivada de dificultades en el funcionamiento psicosocial, careciendo del apoyo familiar o social adecuado.
- Presentar una situación psicopatológica estabilizada y no estar en situación de crisis psiquiátrica.
- No tener enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica especializada y continuada (hay usuarios que exigen una mayor dedicación y que hay que esperar hasta que se consigue plaza en una unidad especializada a su problemática).
- Ausencia de consumo de tóxicos y/o alcoholismo (en ocasiones tenemos usuarios con consumos esporádicos).
- No presentar patrones comportamentales excesivamente disruptivos o agresivos para sí mismos o para los demás.
- Estar atendido y ser derivado desde los SSM de las áreas de referencia. Ellos serán los encargados de prestar la asistencia psiquiátrica ambulatoria y poner en marcha las estrategias pertinentes para intervenciones en crisis o ingresos psiquiátricos si llega el caso.

## 2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN

### 2.1. MOVIMIENTO ASISTENCIAL

#### 2.1.1. Lista de Espera en el Último Año

<b>Tabla 1. Personas en lista de espera</b>	<b>N</b>
<i>Personas en lista de espera a 01 de enero</i>	17
<i>Personas en lista de espera a 31 de diciembre</i>	25

<b>Tabla 2. Tiempo en lista de espera de las personas incorporadas</b>	<b>Días</b>
<i>Tiempo medio en lista de espera de las personas que se han incorporado en el último año</i>	135

#### 2.1.2. Derivaciones del Último Año

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

	<b>DISTRITO</b>	<b>NÚMERO DE DERIVACIONES</b>	<b>Nº PERSONAS DERIVADAS</b>
<b>AR EA Nº 3</b>	ALCALA DE HENARES	19	19
	TORREJON DE ARDOZ	4	4
<b>TOTALES:</b>		<b>23</b>	<b>23</b>

**Tabla 4. Personas rechazadas y/o retiradas de la lista de espera durante el año**

	<b>N</b>
<i>Nº de personas no aceptadas</i>	0
<i>Nº de usuarios retirados de la lista de espera por su S.S.M</i>	5

La retirada de la lista de espera se hace por decisión de los CSM.

### 2.1.3. Entradas en el Último Año

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

	DISTRITO	NÚMERO DE PERSONAS QUE HAN ACCEDIDO	Nº DE ACCESOS
<b>AREA Nº 3</b>	ALCALA DE HENARES	9	9
	TORREJON DE ARDOZ	1	3
<b>TOTALES:</b>		<b>10</b>	<b>10</b>

**Tabla 6. Personas que ha entrado durante el año**

	N
<b>Nº total de personas que han accedido al centro</b>	<b>10</b>
<i>Nº de personas que inician</i>	7
<i>Nº de personas que reinician</i>	3

### 2.1.4. Atenciones en el Último Año

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

	N
<i>Nº de atenciones realizadas</i>	40
<i>Nº de personas atendidas</i>	40
<i>Nº de usuarios en atención a 31/12/18</i>	30

### 2.1.5. Motivos Planteados por el S.S.M. para la Entrada

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

	N
<b>Nº de accesos por:</b>	<b>10</b>
<i>Descanso familiar</i>	0

	<b>N</b>
<i>Emergencia familiar o social</i>	1
<i>Grave problemática de convivencia</i>	1
<i>Carencia de alojamiento</i>	1
<i>Transición hospital-comunidad</i>	3
<i>Preparación para una vida más autónoma</i>	4
<i>Alternativa a la hospitalización prolongada</i>	0
<i>Otros: Edad avanzada padres. No más familia.</i>	0



**2.1.6. Salidas durante el año**

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

	<b>N</b>
<i>Nº de personas que han salido</i>	10
<i>Nº de salidas producidas</i>	10

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

Motivos de finalización de la intervención:	Salidas		Usuarios
	N	%*	N
<i>Altas (1)</i>	4	40	4
<i>Bajas (2)</i>	6	60	6
Baja por:			
Abandono voluntario	0	0	0
Derivación a otro recurso**	4	40	4
Fallecimiento	0	0	0
No adecuación al recurso***	1	10	1
Expulsión	1	10	1
Otros	0	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>

\*% sobre el total de salidas producidas

(1) Alta: Finalización de la intervención por cumplimiento de los objetivos planteados en el plan individualizado de rehabilitación o cumplimiento del periodo de estancia previsto

(2) Baja: Finalización de la intervención por un motivo diferente al cumplimiento de objetivos.

## 2.2. DATOS POR TIPO DE ESTANCIA PREVISTA Y DURACIÓN DE LA ESTANCIA

### 2.2.1. Nº de atenciones realizadas según estancia prevista

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

Nº de atenciones previstas de:	N	%*
<i>Estancia corta (un mes o menos)</i>	0	0
<i>Estancia transitoria (más de un mes – un año)</i>	28	70
<i>Estancia indefinida (más de un año)</i>	12	30

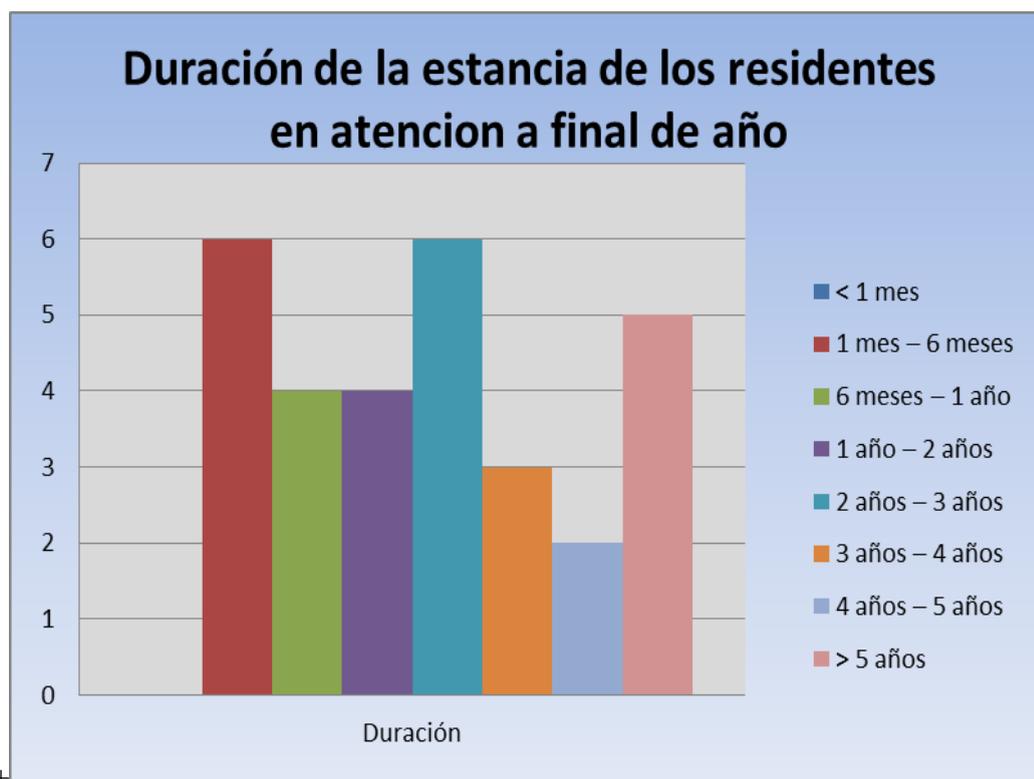
\*% sobre el total de atenciones

**2.2.2. Duración de la estancia**

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

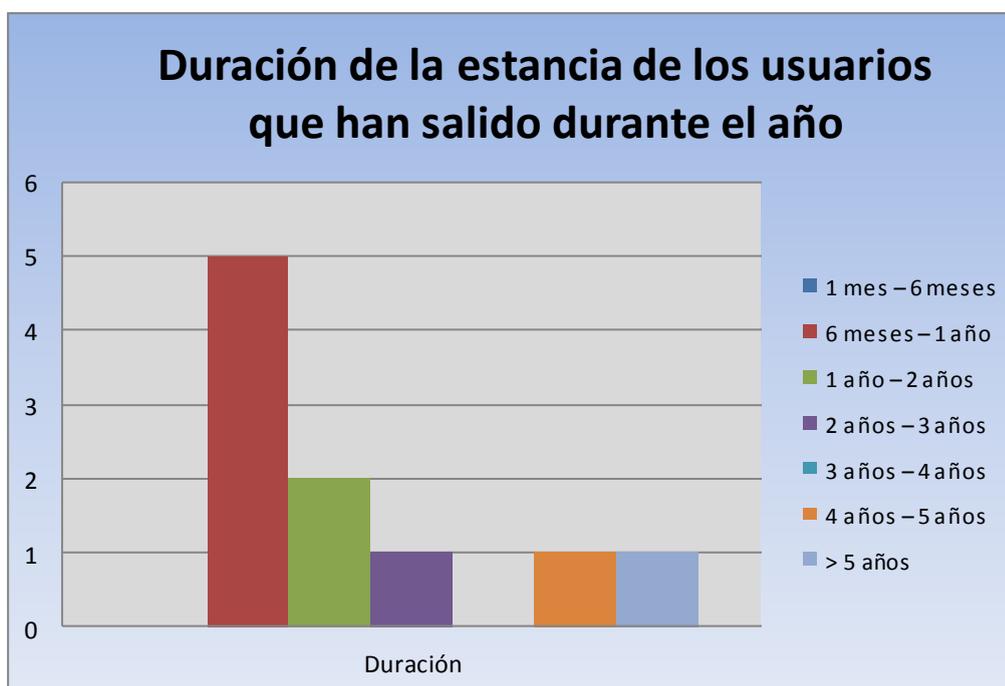
	<b>N</b>	<b>%*</b>
< 1 mes	0	0
1 mes – 6 meses	5	16,67
6 meses – 1 año	4	13,33
1 año – 2 años	3	10
2 años – 3 años	4	13,33
3 años – 4 años	3	10
4 años – 5 años	5	16,67
> 5 años	6	20

\*% sobre el total de residentes a 31/12



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

	<b>N</b>	<b>%*</b>
< 1 mes	0	0
1 mes - 6 meses	0	0
6 meses - 1 año	5	50
1 año - 2 años	2	20
2 años - 3 años	1	10
3 años - 4 años	0	0
4 años - 5 años	1	10
> 5 años	1	10



**2.2.3. 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**

<b>Situación residencial de los usuarios cuando finalizan su estancia en la Residencia</b>	<b>N</b>	<b>%*</b>
<i>Vivienda propia / alquilada</i>	0	0
<i>Vivienda familiar</i>	3	30
<i>Piso supervisado</i>	2	20
<i>Residencia de mayores</i>	0	0
<i>Pensión</i>	0	0
<i>Hospital psiquiátrico</i>	1	10
<i>Mini Residencia</i>	3	30
<i>Otros (Residencia cuidados paliativos)</i>	1	10

\*% sobre las salidas totales

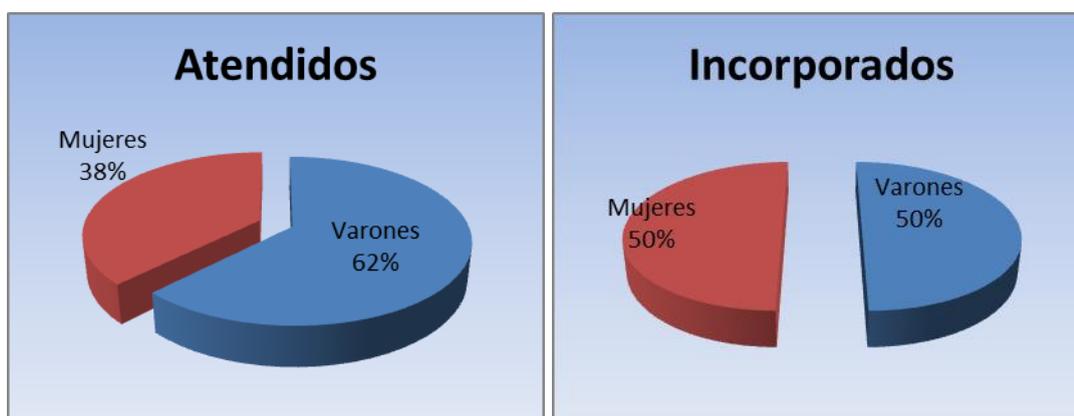
### 3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO

En este apartado de la memoria se recogen los datos sobre el perfil sociodemográfico y clínico-psiquiátrico de las **personas que se han incorporado** y del total de **personas que han sido atendidas** a lo largo del año al que hace referencia la memoria.

#### 3.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Tabla 15. Sexo de los usuarios**

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Varones</i>	25	62,50	5	50
<i>Mujeres</i>	15	37,50	5	50
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>



**Tabla 16. Edad de los usuarios**

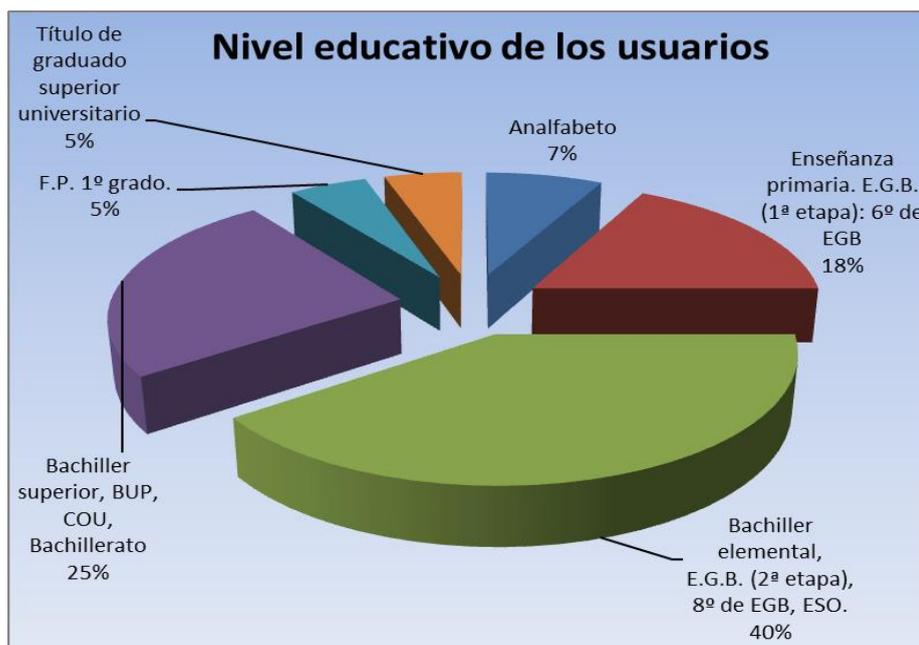
	Atendidos		Incorporados	
	Media		Media	
<b>Edad</b>	42		37	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad:</b>				
Entre 18 - 30	8	20	3	30
Entre 31 - 50	19	47,50	5	50
Entre 51 - 65	13	32,5	2	20
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Tabla 17. Estado civil de los usuarios**

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Solteros</i>	35	87,50	8	80
<i>Casados / pareja de hecho</i>	1	2,50	0	0
<i>Separados o divorciados</i>	3	7,50	2	20
<i>Viudos</i>	1	2,50	0	0
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Tabla 18. Nivel educativo de los usuarios**

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Analfabeto</i>	3	7,50	1	10
<i>Sin estudio (lee y escribe)</i>	0	0	0	0
<i>Educación especial</i>	0	0	0	0
<i>Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB</i>	7	17,50	0	0
<i>Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB, ESO.</i>	16	40	3	30
<i>Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato</i>	10	25	2	20
<i>F.P. 1º grado.</i>	2	5	2	20
<i>F.P. 2º Ciclo de grado medio.</i>	0	0	0	0
<i>3º grado. Ciclo de grado superior.</i>	0	0	0	0
<i>Título de graduado medio universitario</i>	2	5	2	20
<i>Título de graduado superior universitario</i>	0	0	0	0
<i>Otros</i>	0	0	0	0
<i>Se desconoce</i>	0	0	0	0
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>



**Tabla 19. Tipo de convivencia\*\* de los usuarios**

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Solo</i>	6	15	0	0
<i>Con el cónyuge</i>	1	2,5	0	0
<i>Con padres</i>	7	17,5	2	20
<i>Con padre o madre</i>	9	22,5	3	30
<i>Con otros familiares</i>	4	10	1	10
<i>Con los hijos</i>	1	2,5	0	0
<i>Residencia, piso protegido o pensión (supervisada)*</i>	0	0	0	0
<i>Otros (L. estancia Hospital Rodríguez Lafora y Unidad Media estancia)</i>	10	25	3	30
<i>No se conoce</i>	2	5	1	10
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

\* Sólo si la estancia es indefinida, de lo contrario, se consignará la convivencia habitual

\*\* En caso de que la convivencia sea con más miembros que los que figuran en la tabla, se indica sólo aquellos sobre los que recae el peso de la atención

**Tabla 20. Usuarios con hijos**

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Sí</i>	8	20	4	40
<i>No</i>	32	80	6	60
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

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

	Atendidos		Incorporados	
	n	%*	n	%*
<b>Usuarios con ingresos propios</b>				
<i>Sí</i>	33	82,5	5	50
<i>No</i>	7	17,5	5	50
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
<b>Nivel de ingresos</b>				
<i>Menos de 300 euros</i>	0	0	0	0
<i>De 301 euros a 600 euros</i>	22	66,67	1	10
<i>De 601 euros a 900 euros</i>	5	15,15	1	10
<i>Más de 901 euros</i>	5	15,15	2	20
<i>No se conoce</i>	1	3,03	1	10
<b>Procedencia de los ingresos</b>				
<i>Pensión no contributiva</i>	13	39,39	0	0
<i>Pensión contributiva</i>	7	21,21	2	20
<i>RMI</i>	1	3,03	0	0
<i>Trabajo</i>	3	9,10	1	10
<i>Orfandad</i>	4	12,12	1	10
<i>Hijo a cargo</i>	4	12,12	1	10
<i>Otros</i>	1	3,03	0	0
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Tabla 22. Profesión de los usuarios**

	<b>Atendidos</b>		<b>Incorporados</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Sin profesión</i>	9	22.5	2	20
<i>Trabajadores no cualificados</i>	4	10	2	20
<i>Trabajadores cualificados</i>	14	35	2	20
<i>Estudiantes</i>	11	27.5	2	20
<i>Amas de casa</i>	0	0	0	0
<i>Trabajos no regulados</i>	2	5	2	10
<i>Otros</i>	0	0	0	0
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Tabla 23. Situación laboral de los usuarios**

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Trabajando</i> (incluye actividad marginal e ILT)	5	12.5	2	20
<i>Buscando su primer empleo</i> (no es necesario estar inscrito en la ORE)	1	2.5	0	0
<i>Parado</i> (no es necesario estar inscrito en la ORE)	4	10	1	10
<i>Estudiante</i>	7	17.5	2	20
<i>Jubilado, pensionista</i> (no incluir los que perciben PNC)	5	12.5	2	20
<i>Labores del hogar</i>	0	0	0	0
<i>Otros</i>	1	2.5	1	10
<i>No activo</i>	17	42.5	2	20
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Tabla 24. Minusvalía entre los usuarios**

Declaración de minusvalía	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Sí</i>	35	87,50	8	80
<i>No*</i>	5	12,50	2	20
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

\* Incluye los que la están tramitando

**Tabla 25. Situación jurídica de los usuarios**

Situación Jurídica	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Ninguna</i>	29	72,5	8	80
<i>Curatela/Tutela patrimonial</i>	1	2,50	0	0
<i>Tutela</i>	9	22,50	1	10
<i>No se conoce</i>	1	2,50	1	10
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**3.2. DATOS PSIQUIÁTRICOS**

**Tabla 26. Diagnóstico principal de los usuarios**

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Esquizofrenia</i>	23	57,50	2	20
<i>Trastorno bipolar</i>	2	5	1	10
<i>Trastorno delirante</i>	1	2,50	0	0
<i>Otras psicosis</i>	6	15	4	40
<i>Trastorno de personalidad</i>	7	17,5	2	20
<i>Trastornos de ansiedad o del estado de ánimo</i>	0	0	0	0
<i>Otros: TOC ( ) Asperger ( )</i>	0	0	0	0
<i>No disponible</i>	1	2,5	1	10
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>



**Tabla 27. Diagnóstico asociado de los usuarios**

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<b>NO:</b>	26	65	6	60
<b>SÍ:</b>	14	35	4	40
<i>Trastorno de personalidad</i>	1	2,50	0	0
<i>Retraso mental</i>	3	7,50	1	10
<i>Abuso de sustancias</i>	7	17,50	2	20
<i>Alcohol</i>	1	2,50	0	0
<i>Otras: fibromialgia</i> <i>TOC</i>	2	5	1	10
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Tabla 28. Ingresos previos a la incorporación al centro de los usuarios**

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
Usuarios con ingresos previos a su incorporación al centro	39	97,5	9	90

El **perfil tipo** de usuario de la residencia sería un hombre soltero, situado en un rango de edad de 31 a 50 años, con estudios de enseñanza de bachiller elemental.

No tiene hijos y tiene unos ingresos entre 301 y 600 euros, procedentes de una pensión no contributiva. Aunque laboralmente predominan las personas no activas, varios de ellos han tenido en el pasado una profesión y se da la

circunstancia que un buen número de ellos estudian, tanto formación reglada como de cualquier otra índole. Algunos de ellos tienen también terminadas carreras universitarias.

El diagnóstico principal es de esquizofrenia, sin diagnóstico asociado, y con al menos un ingreso hospitalario previo al acceso a la residencia.

Antes de su ingreso en la residencia ha estado por un periodo medio de 135 días en la lista de espera.

Legalmente no tiene ningún tipo de tutela, pero sí declaración de minusvalía.

El motivo de su derivación es para prepararse para una vida más autónoma, y con un planteamiento de estancia transitoria (más de un mes – un año).

#### **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 al que hace referencia la memoria.

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

	<b>N</b>	<b>%*</b>
<b>Nº de usuarios con ingresos</b>	1	2,5
<b>Nº de ingresos</b>	1	

\*% sobre el total de usuarios atendidos

## **5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA**

En este apartado se describen los servicios básicos, las actividades de rehabilitación psicosocial, soporte social y apoyo a la integración comunitaria.

### **5.1. SERVICIOS BÁSICOS Y GENERALES**

Como cualquier dispositivo perteneciente a la Red, uno de los objetivos principales de nuestra residencia es la integración social de las personas atendidas en el medio comunitario en el que éstas se desenvuelven, así como la mejora de las capacidades y habilidades que forman parte de su repertorio conductual.

Atendiendo a las necesidades de los usuarios desde Grupo 5 se valoró la idoneidad de mejorar las condiciones pactadas con la incorporación al menú diario de:

- Una pieza de fruta a media mañana (alrededor de las 11:30 h.), de modo que no trascurren demasiadas horas entre la ingesta del desayuno y la de la comida, sin por ello incrementar demasiado la ingesta calórica global.
- Un vaso de zumo o leche antes de dormir (sobre las 23 h). Dado que la cena se sirve a las 21:00, en ocasiones sucede que algunos usuarios sienten la necesidad de tomar algún líquido antes de irse a dormir y para acompañar la última toma de medicación.

Desde la residencia se busca promover la participación de los residentes en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento diario del recurso. Para lograrlo, cada usuario se ocupa de la limpieza y cuidado de su dormitorio, ropa y objetos personales y colabora en la limpieza de espacios comunes, etc. Con ello se pretende favorecer la implicación activa de los residentes en la organización y funcionamiento del centro, evitando en lo posible la asunción de roles pasivos o institucionales y posibilitando el aprendizaje o mejora de las habilidades domésticas.

## 5.2. ATENCIÓN PSICOSOCIAL

El proceso que se sigue en la atención psicosocial es el de realizar una evaluación detallada, a partir de la cual elaborar un Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR) procurando una alta participación del usuario en los objetivos que se marcan en el mismo. Estos pueden desarrollarse a través de diferentes **programas y actividades** llevados a cabo desde el centro.

Así los programas/actividades que se realizan desde la residencia tratan de dar respuesta a las necesidades de intervención marcadas desde los Servicios de Salud Mental que realizan las derivaciones, así como a demandas hechas por el propio usuario, o a necesidades detectadas durante su evaluación en nuestro recurso. Estos programas y actividades se organizan de un modo flexible, buscando ajustarnos a las diferentes necesidades, situación y objetivos de intervención de cada residente, a la vez que se procura minimizar el riesgo de institucionalización o el mantenimiento en un rol pasivo o centrado en la enfermedad. Las áreas de atención psicosocial que tienen especial relevancia en nuestra residencia son:

- Actividades básicas de la vida diaria o autocuidado: higiene, vestido, alimentación, apariencia y cuidado personal, etc.
- Actividades instrumentales de la vida diaria: autonomía personal, manejo de dinero, realización de compras, realización de trámites y gestiones, realización de tareas domésticas, hábitos alimenticios, uso de transportes, uso de medios de comunicación, realización de gestiones relacionadas con su propia salud.
- Habilidades sociales: se busca entrenar las habilidades sociales básicas e interpersonales: habilidades de conversación, comunicación, asertividad, expresión de emociones, etc., que favorezcan el desenvolvimiento adecuado en situaciones de interacción social. El objetivo es facilitar y promover el desarrollo de relaciones sociales dentro y fuera de la residencia y potenciar redes sociales de apoyo.
- Psicoeducación: proporcionar información sobre la enfermedad, favorecer seguimiento de la medicación, adherencia al tratamiento y contacto con su Servicio de Salud Mental, adquisición de hábitos

saludables. Además, se trabajan aspectos relacionados con el autocontrol y manejo del estrés, etc.

- Integración comunitaria: el objetivo es la integración social del usuario en su entorno comunitario de forma adaptada y normalizada. Se lleva a cabo mediante la promoción de la normalización de las pautas de vida de los residentes y su progresiva integración comunitaria a través del contacto con recursos sociocomunitarios, actividades formativas, culturales, deportivas, etc.
- Ocio y tiempo libre: planificación de actividades de ocio, organización de actividades de ocio y tiempo libre dentro y fuera de la residencia, dinamización de intereses y aficiones, etc.

En este punto es necesario tener en cuenta que cada área puede ser entrenada/desarrollada a través de diferentes actividades (regladas o informales) y formatos (individual o de grupo), y tanto mediante el desarrollo de un programa o taller específicos, como a través de tareas o actividades del día a día en la residencia (es decir, de un modo más transversal e individualizado).

Por tanto, entendemos que la atención psicosocial y el apoyo en el proceso de rehabilitación de cada persona, deben estar impregnando cada una de las interacciones entre los profesionales del recurso y los usuarios, y no solo tenerse presentes en los espacios formales como puedan ser tutorías e intervenciones individuales o grupales.

### **5.3. PROGRAMAS GRUPALES**

El equipo de profesionales diseña y pone en marcha diferentes programas o talleres de participación grupal. Estos programas varían a lo largo del año en función de los usuarios atendidos en cada momento y de sus necesidades.

Teniendo como referencia este plan de trabajo, y en función de las necesidades individuales de cada usuario, se han puesto en marcha actividades encaminadas a:

- Apoyar, promover y supervisar el desarrollo de las actividades de la vida diaria, la buena convivencia, la participación de los residentes en el funcionamiento y organización de la residencia así como la organización de actividades dentro y fuera y la integración socio comunitaria en el entorno social.

**5.3.1. Programaciones durante primavera-verano 2018**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
<b>MAÑANA</b>	PONTE LAS PILAS	PONTE LAS PILAS	PONTE LAS PILAS	PONTE LAS PILAS	PONTE LAS PILAS	MICROTALLERES Y RECICLAJE	MICROTALLERES Y RECICLAJE
	REHABILITACIÓN COGNITIVA	MICROTALLERES Y TALLERES DE JUAN	COCINA MULTICULTURAL	PISCINA	CINE FÓRUM ASAMBLEA		
<b>TARDE</b>	HUERTO	ASAMBLEA	HUERTO		PISCINA		MICROTALLERES Y JUEGOS
		KM 0					
<b>NOCHE</b>					CINE DE VERANO	CINE DE VERANO	

**PROGRAMA DE OCIO SEGÚN CALENDARIO DEL SALÓN.**

**Talleres de Juan (psicólogo):** grupo de jóvenes, drogas, sexualidad, alimentación, escritura proyectiva, medicación, diagnóstico, resolución de conflictos.

Todos los programas han sido diseñados y promovidos por profesionales y usuarios atendiendo a las necesidades que ellos han manifestado. Se ha medido el nivel de participación y la evaluación de los mismos. Se han caracterizado por ser dinámicos y teniendo en cuenta los gustos de las personas.

Entendemos que durante los meses de verano las actividades han de enfocarse de manera más lúdica. Factores como la temperatura, mayor

número de horas de luz, posibilidad de un mayor número de recursos comunitarios como piscina y otros han de ser aprovechados.

### **5.3.2. Programación otoño-invierno 2018**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
11H		Rehabilitación cognitiva				
12H	Blog informática	Psicología positiva	Cocina Sportsame	Huerto	Sportsame	
13H					Asamblea	
18H	Escritura proyectiva		KM.0			
20H		Asamblea				
22:30H					Cine de noche	Cine de noche

### **5.4 OTRAS ACTIVIDADES: EXCURSIONES, VACACIONES, ETC.**

A lo largo del año 2018 se han realizado salidas y excursiones de un día a diferentes lugares dentro de la Comunidad de Madrid y fuera de ella. El destino de estos viajes es consensuado por los residentes durante la asamblea y posteriormente son organizadas de manera conjunta por usuarios y profesionales.

Durante este año se han visitado lugares cercanos

Estas salidas de ocio y vacacionales se plantean para alcanzar los siguientes objetivos:

- Favorecer el acceso y disfrute de periodos vacacionales y de ocio a personas con TMG en la comunidad.

- Facilitar la realización de actividades de ocio significativas.
- Favorecer la integración social en el medio comunitario.
- Fomentar las relaciones sociales entre usuarios y personas ajenas al recurso.
- Extrapolar al medio comunitario las habilidades de manejo y autonomía adquiridas en el recurso.
- Proporcionar un periodo de ocio y descanso que permita equilibrar las áreas ocupacionales del usuario.

## **6. RESULTADOS**

Siguiendo las directrices marcadas desde la Consejería, a continuación se recogen los 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 a lo largo del año.

Además, se muestran los resultados de la aplicación sistemática de algunos instrumentos de evaluación, que hacen referencia a diferentes áreas o dominios: calidad de vida, percepción de estigmatización, funcionamiento y satisfacción. Los resultados de estos instrumentos son triangulados con entrevista individual. Los instrumentos empleados han sido:

- Calidad de vida: Cuestionario modificado a partir de Cuestionario de Calidad de Vida de Baker e Intagliata.
- Funcionamiento: EEFG y ENAR
- Satisfacción: Cuestionario de Evaluación de Satisfacción de Usuarios.

Durante el año 2018, al igual que se hizo durante el año 2017, se han llevado a cabo una serie de acciones destinadas a incrementar la eficacia y eficiencia del proceso de atención-intervención. Los principales aspectos del proceso han sido:

- Mantener el margen orientativo de una revisión de caso cada 6 meses, con una menor interferencia en el funcionamiento cotidiano del centro.
- Ajustar el tiempo de revisión a las variables motivación para el cambio y grado de institucionalización, estableciendo en algunos casos revisiones a más corto plazo. De este modo se consigue elaborar procesos más claros para el usuario, marcando objetivos que permiten una mayor percepción de logro.

- Desarrollar diferentes estrategias encaminadas a potenciar la percepción de control del residente respecto a su proceso de intervención.
- Ajustar el tiempo y formato de las devoluciones y acuerdo respecto al PIAR a las características tanto individuales como en función del momento que atraviesa la persona, consiguiéndose una mayor flexibilización en el formato de las devoluciones.

## **6.1 DATOS SOBRE MEJORA DE LA AUTONOMÍA Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL**

En 2018 se ha evaluado al 100% de las personas que inician el proceso de PIAR. Se ha realizado la devolución de todas las personas evaluadas, tanto en primera evaluación como en posteriores.

La decisión para realizar 2 revisiones al año se basa en la evolución de la persona y el tiempo de estancia previsto, lo que permite ajustar el proceso de intervención-atención e incrementar la eficiencia del centro.

## **6.3. CUESTIONARIOS GLOBALES DE EVALUACIÓN**

### **6.3.1. Satisfacción**

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

	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Nº de usuarios a los que se ha aplicado el cuestionario para la evaluación de la satisfacción</b>	31	77.5
<b>Usuarios a los que no se les ha aplicado</b>		
Nº total de usuarios a los que no se les ha aplicado	9	22.5
Motivos:		
<i>La persona no está en condiciones de contestar el cuestionario</i>	0	0
<i>No sabe leer (dificultad comprensión)</i>	1	2.5
<i>No aceptan</i>	6	15
<i>Otros (expulsión)</i>	2	5

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

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

Nueve usuarios no lo realizan, seis por su negativa a hacerlo, dos por retirada de plaza y uno por dificultades en la comprensión.

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

<b>¿Está usted satisfecho...</b>	<b>Media ítem</b>
<i>...en general, con los servicios que presta este Centro?</i>	4,90
<i>...con el tutor que le atiende en este Centro?</i>	5,28
<i>...con las actividades en las que participa cuando acude a este Centro?</i>	4,41
<i>...con la comida?</i>	3,89
<i>...con la limpieza e higiene de este Centro?</i>	5,11
<i>...con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales que trabajan en este Centro?</i>	4,59
<i>...con la temperatura habitual que hace en este Centro?</i>	4,79
<i>...con los objetivos y metas que se persiguen con las actividades que lleva a cabo en este Centro?</i>	4,52
<i>...con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?</i>	4,62
<i>...con las instalaciones de este Centro?</i>	4,97
<i>...con los horarios de este Centro?</i>	4,76
<i>...con los profesionales que le atienden en este Centro?</i>	4,93
<i>...con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?</i>	5,07
<i>...con el nivel de participación que le permiten en este Centro? (p.e. dar su opinión sobre determinadas cuestiones, acudir al Centro sin estar citado, etc.)</i>	4,76

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

	<b>Media</b>
<i>Satisfacción con la intervención</i>	4,40
<i>Satisfacción con los profesionales</i>	4,85
<i>Satisfacción con las instalaciones</i>	4,98

En líneas generales hay una aceptable satisfacción por parte de los usuarios, aunque en nuestro ánimo prevalece mejorar la atención a los mismos. Ha bajado notablemente la nota en relación a la comida (3,89), motivado por

cambios de empresa de catering y cocinero. En la actualidad se trabaja para corregir este aspecto.

### **6.3.2. Calidad de Vida**

<b>Nº de personas evaluadas en CDV</b>	<b>32</b>
--	-----------

Ocho personas del total de usuarios que han pasado por la residencia no hacen el cuestionario, de las cuales 6 no quieren realizarlo.

**Tabla 34. Puntuación en el cuestionario de calidad de vida de los usuarios en atención a 31 de diciembre 2018**

<b>¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:</b>	<b>Media</b>
<i>a su vida en general?</i>	5.07
<i>a su hogar / piso / lugar de residencia?</i>	5.07
<i>a su barrio como un sitio para vivir?</i>	5.47
<i>a la comida que come?</i>	4.80
<i>a la ropa que lleva?</i>	5.07
<i>a su salud general?</i>	5.07
<i>a su forma física?</i>	4.64
<i>a su estado de ánimo?</i>	4.71
<i>a la tranquilidad que hay en su vida?</i>	4.29
<i>a su problema / trastorno de salud mental?</i>	3.71
<i>a las personas con quien convive?</i>	4.57
<i>a sus amigos?</i>	4.92
<i>En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir esto?</i>	3.50
<i>a su relación con su familia?</i>	4.93
<i>a su relación con su pareja?</i>	3.71
<i>En caso de no tener pareja ¿qué cara se siente acerca a cómo le hace sentir esto?</i>	3.91
<i>a su vida sexual?</i>	3.91
<i>a su relación con otras personas?</i>	4.50
<i>a su trabajo o actividad laboral?</i>	4.85
<i>En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿Qué cara le hace sentir eso?</i>	3.67
<i>a los estudios o cursos de formación que realiza?</i>	4.17
<i>a sus actividades de ocio?</i>	4.75
<i>a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?</i>	5.20
<i>a su situación económica?</i>	4.14
<i>a sí mismo?</i>	5.20
<i>a su vida en general?</i>	4.79
<b>Puntuación media total</b>	<b>4.56</b>

El no tener amigos, la relación o no con una pareja, su problema de salud mental y el no tener actividad laboral es donde existe una sensación de insatisfacción en su calidad de vida.

### **6.3.3 Funcionamiento**

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

<b>Nº de personas evaluadas en DAS-I</b>	<b>30</b>
--	-----------

#### **Tabla 37. Puntuaciones en DAS-I**

##### **Puntuación en los usuarios en atención a 31 de diciembre**

<b>Puntuación media en Cuidado personal</b>	1,57
<i>Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia</i>	1
<b>Puntuación media en Ocupación</b>	2,09
<i>Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia</i>	0
<b>Puntuación media en Familia y hogar</b>	2,00
<i>Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia</i>	0
<b>Puntuación media en Contexto social</b>	1,89
<i>Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia</i>	0
<b>Puntuación media en Duración de la discapacidad</b>	Más de un año

Con respecto al año pasado, el número de usuarios que no ha necesitado asistencia ha disminuido considerablemente. Solo una persona ha necesitado la presencia y la ayuda en su cuidado personal, ésta fue derivada a finales del 2018 a una residencia de cuidados paliativos.

#### **Escala de Evaluación de Funcionamiento Global (EEFG)**

<b>Nº de personas evaluadas en EEFG</b>	<b>31</b>
---	-----------

**Tabla 38. Puntuaciones en EEFG**  
**Puntuación en los usuarios en atención a 31 de diciembre**

	<b>Media</b>
<b>Puntuación media total en el EEFG</b>	73.28

Los datos de este año nos hacen ver la evolución positiva en cuanto al funcionamiento global (psicológico, social, laboral) tanto de los residentes, como de las nuevas incorporaciones.

En este sentido la media del 2018 se sitúa en el percentil 73.28, continuando con el ascenso reflejado en ejercicios anteriores y que en este caso sobrepasa en más de 10 puntos la puntuación del anterior año.

Esta puntuación media se sitúa en la línea del resto de datos ya vistos en esta memoria en relación a la estabilidad psicosocial ya que se englobaría dentro de una sintomatología transitoria, reactiva ante agentes estresantes psicosociales habituales (como por ejemplo, dificultades para concentrarse tras una discusión familiar) y existiendo tan solo ligeras alteraciones posibles en la actividad social, laboral o escolar.

**Escala ENAR-CPB, de valoración de los niveles de atención residencial para personas con TMS.**

<b>Número de personas evaluadas</b>	<b>31</b>
-------------------------------------	-----------

Se incorporan los datos relativos a la aplicación de la escala ENAR-CPB, diseñada específicamente para evaluar las necesidades de atención residencial de personas con enfermedad mental grave en distintas áreas. Los resultados de esta valoración nos parecen una medida eficaz a sumar a las ya existentes con el objetivo de valorar los resultados de la intervención.

Las puntuaciones se obtienen mediante la selección, en cada ítem, de una de cinco alternativas de respuesta, que aportan un valor numérico del 0 al 4, entendiéndose el 0 la respuesta que expresa la ausencia de necesidad de

atención en un área determinada, y el 4 la relativa al mayor grado de necesidad de atención. Esta escala es aplicada por el profesional y sus datos registrados individualmente para permitir la comparación con resultados anteriores.

	<b>0,43</b>
<b>ESTABILIDAD CLINICA</b>	
Duración del tiempo de No Hospitalización	0,03
Cumplimiento en la toma de medicación prescrita	0,12
Sintomatología y evolución reciente; se valora tanto los síntomas positivos como los negativos	1,08
Con qué frecuencia ha precisado medicación extra durante el último mes	0,5
	<b>1,1</b>
<b>DIMENSION FISICA</b>	
Identificación y comunicación de signos y síntomas de alerta	1,46
Es responsable del cumplimiento de las prescripciones médicas	0,26
Capacidad para asistir y hacer el seguimiento de su tratamiento en los diferentes servicios de salud (fuera de la atención específica en salud mental)	0,46
Identificación de hábitos de vida saludable, en relación a la práctica del deporte, dieta, consumo de tabaco y estimulantes	2,23
	<b>0,85</b>
<b>CAPACIDADES DE REALIZACION AVD</b>	
Capacidades básicas de independencia en los hábitos higiénicos y cuidado personal	1,06
Cuidado del espacio personal. Mantiene limpia y ordenada su habitación; cama, armario, estantería, mesita, bajo-cama...	0,83
Cuidado de su aspecto físico	0,6
Planificación y realización de compras personales: útiles de higiene, renovación de ropa...	0,31
	<b>1,29</b>
<b>DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL</b>	
<b>Autonomía y Autogobierno</b>	1,03
Capacidad para el manejo de situaciones de estrés	1,68
Capacidades básicas de adaptación: comprensión, atención, memoria, orientación, lenguaje, cálculo y juicio	0,63
Economía	1,08
Capacidad para la realización de gestiones administrativas personales (renovación del DNI, tarjetas de transporte público, ir al banco...)	0,71

<b>Relaciones interpersonales</b>	1,11
Relación Familiar	1,34
Relaciones Sociales	1,63
Respecto a las normas sociales, de "buena educación", convivencia, cumplimiento de las tareas internas, fricciones con otros compañeros, destrucción de propiedades	0,34
Habilidades sociales; repertorio conductual necesario para interactuar con los otros: iniciar, seguir y cerrar una conversación, hacer peticiones de forma concreta y correcta, dar su opinión sin crear conflictos...	1,14
<b>Bienestar personal e integración en el entorno social</b>	1,73
Tiempo ocupado de forma organizada y planificada (se contabiliza el tiempo ocupado en el desplazamiento)	1,71
Cuántas horas diarias acostumbra a pasar solo: en la habitación, andando, escuchando música, radio, mirando la televisión...(se calcula a partir de 12h diarias, restando las horas de dormir y comidas)	0,66
Utilización del tiempo libre. Realiza actividades tales como: tocar un instrumento musical, realizar actividades artísticas, juegos de mesa, ir al cine, visitar exposiciones o museos, charlas, participar de alguna asociación, salir con amigos... (no se contabilizan las actividades que estén programadas o pautadas)	3,14
Capacidad para establecer objetivos según sus deseos y necesidades y llevarlos a buen fin.	1,4

<b>Puntuaciones medias por dimensiones 2018</b>	
Estabilidad clínica	0.43
Dimensión física	1.1
Capacidades de realización AVD	0.85
Desarrollo personal y social	1.29

Los resultados de esta escala, encajan con los objetivos de funcionamiento establecidos para este año 2018 basados en el aumento de la autonomía de los residentes, la mejora de la higiene en las habitaciones y espacios comunes así como el mejor conocimiento de la enfermedad y la autorresponsabilidad hacia su salud y el cuidado de esta.

Esta evolución se aprecia mejor en la comparación con los datos del ejercicio pasado:

<b>Puntuaciones medias por dimensiones 2017</b>	
Estabilidad clínica	0.72
Dimensión física	1.34
Capacidades de realización AVD	0.64
Desarrollo personal y social	1.42

En esta comparativa podemos ver como el área de Estabilidad clínica, ha mejorado en un 40%, siendo muy significativo por ejemplo el aumento del tiempo de "No Hospitalización" en un 87% con respecto a 2017.

Estas mejoras se han visto reflejadas en el resto de parámetros a excepción de área de Capacidades de realización de AVD'S en el que el aumento del 32% respondería al objetivo comentado del aumento de la higiene dentro de las habitaciones lo que precisó un aumento del seguimiento y el apoyo organizativo.

El análisis más detallado de la Escala nos indica que para este año 2019 hemos de favorecer mejoras (*marcadas en azul en la tabla de datos*) en:

- La integración en el entorno social de los residentes - *utilización de su tiempo libre fuera de actividades programadas así como en la participación comunitaria y el uso normalizado de espacios de ocio (exposiciones, charlas, museos, cine...)-*
- La identificación y puesta en práctica de hábitos de vida saludable - *(práctica de deporte, alimentación saludable, reducción del uso de tabaco y estimulantes...)-*

## 7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS

La Red pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid, está configurada por 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 de la residencia de otros recursos de la Red durante el año 2018. Además, se recogen datos sobre la utilización de otros recursos ajenos a esta Red.

### 7.1. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL

**Tabla 39. Utilización de otros recursos del Plan por parte de los usuarios durante el último año**

<b>Usuarios atendidos que a la vez eran usuarios de:</b>	<b>N</b>	<b>%*</b>
<i>Centros de Rehabilitación Psicosocial</i>	10	25
<i>Centros de Rehabilitación Laboral</i>	4	10
<i>Centros de día</i>	6	15
<i>Otros recursos del Plan: EASC</i>	2	5
<i>No utilizan otros recursos del Plan</i>	18	45

\*% sobre un total de 40 usuarios atendidos durante 2018

Un total del 55% de las personas atendidas en 2018 ha utilizado otro recurso de la Red Pública de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Dato muy parecido al anterior ejercicio (teniendo en cuenta que se atendió en 2018 a 40 personas y 42 el año anterior).

También hay que tener en cuenta que dos usuarios utilizan dos recursos a la vez (CD/EASC, CRPS/EASC).

## **7.2. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS AJENOS AL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL**

Las personas atendidas durante este año, no sólo hicieron uso de recursos de la Red, sino también de recursos y servicios de la comunidad. Cursan formación reglada en:

- Bachillerato en Instituto de Enseñanza Secundaria Complutense.
- Formación Profesional de Grado Medio de Farmacia y Parafarmacia.
- Curso de Osteopatía.
- Academia de Peluquería.
- Curso de Logística
- Curso técnico de mantenimiento de vehículo de logística.

Trabajo remunerado:

- Centro Especial de Empleo Manantial Integra Farma (dos usuarios)
- Trabajo no regulado como figurante en programas de TV (una usuaria).

## **8. OTRAS ACTIVIDADES**

En este caso se recogen datos sobre otras actividades realizadas diferentes de las de atención directa, fundamentalmente datos sobre coordinación del centro con otros recursos.

### **8.1. ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN**

**Tabla 38. Coordinaciones realizadas**

<b>Nº de coordinaciones con:</b>	<b>N</b>
S.S.M.	
<i>Con las Áreas de referencia (Distritos)</i>	33
<i>Otras (Comisión asistencial, de rehabilitación, etc.)</i>	30
Recursos de la Red Pública de Atención Social	12
Agencia Madrileña de Tutela	2
Otras (Equipo, empresa, entidades colaboradoras, etc.)	52

A continuación se detallan el número de reuniones y el recurso o institución con quien se ha llevado a cabo la coordinación:

#### ***Coordinaciones de Distritos***

En el Área 3 (Alcalá de Henares – Torrejón de Ardoz) se dan dos tipos de reuniones que implican directamente a usuarios: reuniones de seguimiento y reuniones de derivación.

Reunión de seguimiento Área 3 - Alcalá de Henares: coordinación que se hace con una temporalidad mensual salvo el mes de agosto. Se realizan en los dos espacios físicos diferenciados que componen el CSM Alcalá de Henares: Centro de especialidades "Francisco Díaz" y "Puerta Madrid". Se realizan 11 reuniones con cada centro, por lo que suman un total de **22 anuales**.

Reunión de seguimiento Área 3 – Torrejón de Ardoz: de temporalidad mensual salvo el mes de agosto (**11 reuniones**).

A estas reuniones acuden continuadores de cuidados, psiquiatras, enfermeros que tienen casos en atención en la MR.

Las reuniones de derivación tienen como función la presentación de casos a los distintos recursos de la Red de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, así como a Unidad de media estancia, Unidad de Larga estancia, Hospital de día, etc. Estas se celebran con carácter mensual salvo el mes de agosto. Durante el año 2017 la MR Espartales Sur, acudió a **11 reuniones de derivación.**

Además de estas coordinaciones más estructuradas, se ha mantenido contacto regular (vía telefónica o e-mail) con los Servicios de Salud Mental, para comentar información sobre la evolución de los usuarios, o en muchas ocasiones para tomar decisiones conjuntas en relación con las líneas de intervención a seguir.

#### ***Otras (Comisión de asistencia, de rehabilitación, etc.)***

La larga trayectoria del Área 3 respecto al trabajo en Red, ha generado distintos foros donde intercambiar experiencias, información, etc.

Dentro de este grupo de reuniones con carácter bimensual - trimestral se incluyen las siguientes: Comisión asistencial, Comisión de rehabilitación y Comisión de docencia.

A la **Comisión de asistencia** acuden todos los recursos del Área 3 implicados en el trabajo con las personas con una enfermedad mental grave: recursos de la Red Pública de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Servicios de Salud mental, Servicios Sociales de Alcalá de Henares, Hospital de Día Alcalá de Henares y CAID Alcalá de Henares. Se han realizado **4 reuniones.**

La **Comisión de Rehabilitación** junta a los dispositivos de la Red con el Hospital y los Centros de Salud Mental. Tiene un carácter menos general y se centra mucho más en funcionamiento de los centros, estrategias comunes de trabajo, etc. Se han realizado **4 reuniones.**

Con idéntica configuración está la comisión de Recursos del Centro de Salud de Torrejón, que se reúne de manera trimestral. Este año se han realizado **2 reuniones**.

Las **Comisiones de Trastorno mental grave y trastorno de la personalidad** del HUPA han mantenido su trabajo de desarrollo y puesta en práctica de los procesos de trabajo.

Las reuniones de **Trabajadores Sociales del Plan** de Atención a Personas con Enfermedad Mental se celebran de manera trimestral.

La **Comisión de Primeros Episodios Psicóticos** se inició a finales de 2014 con el objetivo de generar un proceso adaptado que dé una respuesta temprana y de calidad a los pacientes que debutan con síntomas psicóticos. En esta comisión se han reunido representantes de todos los recursos implicados en el proceso, realizando varias reuniones en el 2018.

### ***Coordinaciones con otros recursos de la Red de Atención Social***

Como es habitual y parte identitaria de nuestra Red, se ha mantenido coordinación con los distintos recursos de la zona con los que se llevan atenciones conjuntas. Esta coordinación se ha ido adaptando durante el año a las circunstancias concretas en cada recurso (número de usuarios compartidos y complejidad de la intervención) variando desde reuniones presenciales y sistemáticas a llamadas telefónicas ante hechos puntuales y a menudo combinando distintas estrategias. Esto ha permitido flexibilizar la coordinación y optimizar los esfuerzos con cada recurso.

### **Coordinaciones con la Agencia Madrileña de Tutela de Adultos**

Se han mantenido las reuniones trimestrales con el AMTA para el seguimiento de los usuarios tutelados por este organismo, atendidos en la residencia. Estas reuniones permiten el intercambio de información y el seguimiento efectivo de los casos, alineando las intervenciones profesionales hacia objetivos comunes.

### ***Otras Reuniones:***

#### Reuniones de Directores de Recursos de Rehabilitación de Grupo 5.

Desde la Entidad que gestiona la residencia Espartales Sur-Alcalá de Henares, se apuesta por la calidad de gestión y técnica. Con este motivo, desde la Gerencia de la Empresa se entiende la necesidad de contar con un espacio de trabajo y debate en el que los responsables de los recursos gestionados puedan exponer la situación de sus centros, trasladar dudas, proponer mecanismos de mejora continua y, en definitiva, contar con un punto de encuentro que ayude a configurar líneas de trabajo en común presentes y futuras. Estas reuniones se celebran con periodicidad trimestral.

Reuniones de Equipo. Estas reuniones de carácter interno se celebran con el fin de asegurar el correcto funcionamiento del centro, así como la participación de todo el equipo en la marcha del mismo. Se habla conjuntamente de temas de la residencia y del piso supervisado. Estas reuniones se celebran una vez a la semana, este año se han mantenido **40 reuniones.**

Reuniones de técnicos: se celebran periódicamente, de carácter interno, con el fin de asegurar el funcionamiento del equipo técnico así como la solución de dificultades cotidianas relacionadas con los usuarios que requieren una intervención interdisciplinar.

Juntas de evaluación: se celebran con el fin de realizar y evaluar el planteamiento de intervención de la persona, así como su evolución en el recurso. Participa el equipo técnico y el educador de apoyo (en ocasiones, participan también otros educadores). En función de las necesidades del usuario y su proceso de rehabilitación, con una temporización media de 1 reunión a la entrada y 1 a los seis meses.

## **8.2 OTRAS ACTIVIDADES: FORMACIÓN Y DOCENCIA**

A continuación, haremos referencia a las acciones formativas que se han desarrollado a lo largo del año 2018:

- Rehabilitación en daño cerebral sobrevenido, Cáceres. Grupo 5.
- Grupo de reflexión sobre ética, Madrid. Grupo 5
- Jornadas Salud Mental "Inmigración, Cultura y Salud Mental". Hospital La Paz.
- II Jornadas rehabilitación psicosocial con personas con TMG. Intervención en el ámbito socioeducativo y sociosanitario.
- X Jornada sobre Alzheimer. Conciencia Social.
- Jornadas técnicas "Las personas con discapacidad psíquica frente al trabajo y su realidad sociolaboral".

Hay profesionales que cursan estudios universitarios (Grado en Educación Social) y máster en estadística.

Durante 2018, profesionales de la MR han sido tutores de alumnos en prácticas:

- Tres de Técnico de Integración Social del I.E.S Complutense. Alcalá de Henares.
- Un estudiante del último curso de Grado en Educación Social.
- Han visitado la MR psiquiatras y psicólogos de Perú y Argentina.

## **8.3 OTRAS ACTIVIDADES: INDICADORES DE CALIDAD**

Desde hace dos años venimos realizando, en todas las residencias gestionadas por Grupo 5, la recogida y análisis de indicadores comunes que permitan identificar áreas prioritarias de mejora. El hecho de que sean comunes a todas las residencias facilita la comparación con otros centros similares y el intercambio de información para identificar y compartir buenas prácticas. El desarrollo y mantenimiento de este sistema de indicadores permite establecer un estándar de calidad que todos debemos cumplir. Los resultados de este año en esos indicadores se exponen en el siguiente cuadro:

INDICADOR	ESTÁNDAR	¿SE CUMPLE ELESTANDAR? (SI/NO)	DATO OBTENIDO	OBSERVACIONES
El porcentaje promedio de <b>ocupación de plazas indefinidas</b> durante el año	≤ a 70% de las plazas totales.	SI	22.5%	De las 10 personas que acceden al centro en el 2018 solamente dos son indefinidos.
El <b>tiempo medio de espera</b> para ocupar una plaza vacante	< 15 días	SI	< 5 días	Una vez libre la plaza el acceso es inmediato
<b>Porcentaje de abandonos</b> sobre el total de salidas	<20%	SI	0%	
Participación de usuarios en <b>recursos comunitarios estructurados</b> entendiendo los que exigen realizar una matrícula y/o asistencia asidua	>10%	SI	22.5%	
Usuarios (no repetidos) que ha tenido <b>ingreso psiquiátrico</b> en el año	<10%	SI	2.5%	
<b>De los ingresos ocurridos cuántos han sido voluntarios</b>	>75%	SI	100%	
<b>NIVEL DE AUTONOMIA DOMÉSTICA</b>  Porcentaje de usuarios que precisan apoyo permanente, puntual o no necesita apoyo en la realización de las tareas domésticas	< 10% apoyo permanente y continuo	NO	2.5%	
	< 15% apoyo ocasional	SI	2.5%	
	>75% sin apoyo o apoyo puntual.	SI	97.5%	
<b>AUTONOMIA EN EL TRATAMIENTO</b>  La residencia tendrá un sistema que asegure la autonomía en la toma de la medicación que incluya al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un sistema que permita la clasificación de usuarios por tipo de autonomía en la toma (autónomo, no autónomo).</li> <li>• Un programa de Psicoeducación y entrenamiento para los no autónomos.</li> <li>• Un sistema de control para revisar el procedimiento que se sigue con los no autónomos y evitar actitudes coercitivas.</li> </ul>	TIENE	SI	SI	Existen programas individualizados para que las personas procuren ser autónomos en todo lo relacionado con la medicación. Se supervisa.
<b>FUNCIONAMIENTO:</b> la evaluación del funcionamiento se realizará con el ENAR-CPB. El 100% de las personas en atención a 31 de diciembre y con estancias mayores de 3 meses tienen una evaluación del funcionamiento psicosocial al finalizar el año. Así mismo se ha evaluado el funcionamiento al 100% de las personas con estancias de más de 3 meses en el momento de su incorporación/evaluación y en el momento de la finalización de la atención	El 100% de los usuarios que entran en la residencia están evaluados	NO	0	No se ha incluido la aplicación del ENAR- CPB en los protocolos de acogida y alta del recurso, pendiente para el año que viene
	El 100% de los usuarios que salen de la residencia están evaluados	SI	100%	

INDICADOR	ESTÁNDAR	¿SE CUMPLE ELESTANDAR? (SI/NO)	DATO OBTENIDO	OBSERVACIONES
(alta-baja de la residencia).	El 100% de los usuarios en atención a 31/12 están evaluados	SI	100%	
<b>OPINION SUBJETIVA Y TRATO RECIBIDO</b> La entrevista se aplica al 100% de usuarios atendidos a 31/12 y a >80% a la salida del recurso. Se contempla el porcentaje de personas a los que les gusta vivir en la residencia y a los que han notado mejoría desde que entraron.	>90% les gusta vivir en el centro	NO		No se ha aplicado la entrevista a un porcentaje significativo de los usuarios.
	>90% han notado mejoría	NO		
La residencia tiene un sistema o programa que fomenta la <b>participación activa</b> del usuario distinto de la asamblea.	TIENE	SI	Tiene	
<b>PLAN DE VOLUNTADES PSIQUIÁTRICAS ANTICIPADAS:</b> La residencia tiene implantado un plan de voluntades psiquiátricas anticipadas que asegure que todos los usuarios que lo deseen puedan dejar constancia escrita de sus deseos de tratamiento en caso de crisis psiquiátrica	Tiene	No	No tiene	El equipo procuró llevarlo a cabo durante el 2018 pero nos genera muchas dudas para su correcta aplicación. Seguimos trabajando en algunos casos que pueden ser partícipes del plan de voluntades.
<b>PARTICIPACIÓN ACTIVA:</b> La residencia tiene un sistema de representación de usuarios elegidos democráticamente y que tiene una repercusión específica en el funcionamiento del recurso	Tiene	Si	Tiene	
<b>PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE:</b> La residencia se realizará seguimiento del IMC de los usuarios, proporcionando pautas específicas según este para el cuidado de la salud y la promoción de un estilo de vida saludable	Tiene	No	No tiene	Durante este año ha habido una rotación de tres terapeutas ocupacionales. Aunque se tiene presente el programa y se sigue, no ha dado tiempo a desarrollarlo plenamente.
Número de agresiones verbales / físicas sufridos por profesionales	0	Si (en los últimos cuatro meses)	Ha habido insultos, agresiones verbales y dos agresiones entre usuarios.	En los últimos cuatro meses y después de intervenciones grupales, individuales y trabajo en equipo se redujeron a cero.

## 9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO

A partir de marzo hubo que constituir un nuevo equipo: contratación de 5 educadores, 1 T.O. (a los 6 meses vence el contrato y se contrata a otra T.O.), sustitución por IT de un nuevo psicólogo. La intención ha sido la integración del nuevo equipo con el ya existente, adaptando las nuevas ideas a las rutinas de trabajo establecidas. Después de un año, en el contexto laboral el 100% de los profesionales considera muy buena la relación profesional entre todo el equipo.

Se propuso reducir la conflictividad entre usuarios y entre estos y profesionales. **En en el transcurso del 2018 se han reducido a 0 las agresiones, amenazas, insultos y provocaciones con una serie de medidas adoptadas:**

- expulsiones temporales a dos usuarios que desembocan en una expulsión definitiva y una permuta a la MR de Torrejón.
- Intervenciones semanales con este fin en la Asamblea de usuarios.
- Intervenciones individuales.
- Formación de los profesionales, **pautas claras de actuación,** evitar discusiones y seguimiento sistemático de altercados. También se establece apoyo a las decisiones tomadas por los profesionales.
- Entrevistas de trato a usuarios donde se detectan modos de proceder y de este modo cómo hacer un trato más adecuado y evaluación de desempeño a los profesionales.
- Controlar y neutralizar la incertidumbre en los residentes ante los cambios citados, mediante el diálogo y la escucha mutua en el que fueron recogidas todas estas dudas y resueltas en el menor tiempo posible, integrando también sus opiniones y sugerencias.

Hubo que generar otro modelo de intervención en la limpieza e higiene de las habitaciones con dos medidas: motivación y contribución de los usuarios en el aseo de sus espacios a la vez que todos los profesionales influyeran y supervisaran la ejecución en este sentido.

Se mantienen reuniones de coordinación con el equipo MR-CEE Aldaba para adecuar el esfuerzo de los limpiadores con un cuadrante adaptado a los nuevos cambios.

Piso supervisado: incorporación de una educadora así como E.T. Agilizar intervención para salida a comunidad de dos usuarios que trabajan.

Además de los anteriores, los principales objetivos conseguidos han sido la participación y la cooperación del equipo de profesionales veterano y nuevo en los cambios que se han propuesto.

El aumento de la participación de los residentes en las decisiones tomadas en este tiempo, haciéndoles responsables de las dinámicas del recurso.

Dinamización de las plazas de la residencia, valorando cada caso de manera individual, mediante de coordinaciones con la red de recursos de Salud Mental de la zona para ajustar las condiciones y el estado de cada usuario al recurso más adecuado.

Nuevas actividades y talleres, en muchos casos propuestos por los residentes, de este modo se han llevado a cabo nuevas zonas de la residencia para la participación de los usuarios como los huertos de verano e invierno, pasando a ser espacios de participación y libre acceso. En este sentido también se han puesto en marcha los microtalleres, caracterizados por su duración breve, entre 1 y 3 sesiones) y por responder a demandas concretas de formación o información, como los realizados de sexualidad I (anticoncepción), sexualidad II (enfermedades de transmisión sexual) o los previstos de adicciones o alimentación.

Cumplimiento de medidas de reciclaje y concienciación ambiental, reducción y optimización de puntos de recogida en la residencia, reduciendo de este modo el uso de bolsas de plástico y la implicación de los usuarios en el reconocimiento de los contenedores adecuados.

- Reutilización y reciclaje de los residuos orgánicos en compostadora.
- Reutilización de botellas de plástico en la construcción de útiles o mobiliario (pouf de botellas de plástico del comedor)

Programas semestrales (invierno-verano) y cortos con información de interés para los usuarios (sexualidad, drogas, ...).

Programa voluntario de esparcimiento (huerto de verano e invierno): preparación del terreno, utilización de maquinaria y herramienta manual, elaboración de presupuesto, salidas a comprar en viveros, abonado, plantación, regadío, recolección.

Promover autonomía en la gestión del dinero, citas médicas, utilización del transporte público. Reducir acompañamientos en vehículo de empresa.

CSM: ajustar los perfiles de entrada a la MR. Consensuar salidas de perfiles no aptos así como agilizar salida de usuarios de PS y la entrada a los mismos. Reducir lista de espera. Facilitar permutas entre MR y Hospitales.

## **10. OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE**

La clave para que un recurso como el nuestro tenga un funcionamiento óptimo y brinde una atención de alta calidad a los usuarios que atiende es la mejora continua de nuestros procesos. Desde ese prisma, se plantean anualmente objetivos de mejora en aquellas áreas en las que se valora como más importante. Las principales áreas sobre las que se pretende mejorar durante el año 2019 son:

- Incluir a todos los usuarios en elaboración de los objetivos del PIAR.
- Desarrollar planes de intervención específicos para los usuarios que se incorporen, elaborados con él, para conocer y establecer que herramientas y acciones pueden serle de más ayuda en situación de crisis psiquiátrica y poder utilizarlas si llega el caso.
- Estructurar la intervención en el entorno domiciliario con los usuarios que se incorporen: nos proponemos dar más peso al trabajo en el domicilio o entorno de origen como medio para asegurar la generalización de los aprendizajes desarrollados en la residencia. Varios usuarios se beneficiaron en el 2018 de esta actividad.
- Mejorar la intervención con la creación de un grupo de familias, por lo que uno de los objetivos para este año es de nuevo la creación, evaluación y perfeccionamiento de este grupo.
- Participar en jornadas, congresos, dando a conocer estudios que se realizan en el entorno de la MR.
- Aumentar la participación en las actividades y recursos comunitarios.
- Agilizar altas de usuarios con objetivos cumplidos para reducir la lista de espera.
- Fomentar la formación en el equipo de profesionales.



---

**Más información:**

RESIDENCIA ESPARTALES SUR  
Calle Federico Garcia Lorca, 20. 28806 Madrid  
Tel. +34 91 882 69 75  
[direccion.mralcala@grupo5.net](mailto:direccion.mralcala@grupo5.net)  
[www.grupo5.net](http://www.grupo5.net)

---