
MEMORIA ANUAL 2019

RESIDENCIA ESPARTALES SUR



ÍNDICE

1	DESCRIPCIÓN GENERAL.....	3
2	DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN	13
3	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO	20
4	DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS	31
5	ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA	32
6	RESULTADOS	37
7	UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS	47
8	OTRAS ACTIVIDADES	48
9	VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO	54
10	OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE	56

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, Familias, Igualdad y Natalidad, de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Desde su apertura en febrero de 2011, este recurso viene siendo gestionado por Grupo 5 Acción y Gestión Social S. L., 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, 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.

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 direccion.mralcala@grupo5.net

La residencia tiene una capacidad de 30 plazas. Se ha construido en una parcela, con una superficie de 3.287 m², 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 m2. 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 un despacho, 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 funciona de acuerdo al diseño 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 que 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 y los educadores, una evaluación de la situación y nivel de funcionamiento del usuario y se diseña un Plan Individualizado de Atención Residencial (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.). 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. 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 referencia" con la supervisión del equipo técnico que coordina la atención o actividades a desarrollar.

La residencia ofrece atención y soporte social con 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 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.	- "Descanso" familiar - Atender urgencias familiares o sociales - Separación preventiva del ambiente familiar.	- Aliviar la sobrecarga familiar. - Ayudar al mantenimiento del usuario en el ambiente familiar. - Evitar internamientos innecesarios o situaciones de abandono.	10/20% PLAZAS
ESTANCIA TRANSITORIA	De un mes a un año aproximadamente.	- Transición del Hospital a la Comunidad. - Preparación para la reinserción familiar. - Preparación para opciones de vida y/o alojamiento más autónomos e independientes.	- Facilitar y preparar procesos de reinserción social y familiar. - Propiciar la adquisición de las habilidades necesarias para llevar una vida más autónoma e independiente.	30/40% PLAZAS
ESTANCIA INDEFINIDA	Larga. Más de un año	- Alternativa a la hospitalización prolongada. - Evitar situaciones de marginación social o abandono.	- Mejorar el nivel de autonomía personal y social. - Asegurar un nivel de calidad de vida digno.	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:

- 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 alimentación 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.

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. Con 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 aumentando su grado de autonomía.

Atención psicosocial: Apoyo a la rehabilitación e integración comunitaria

A parte de las necesidades básicas, se ofrece 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. Para ello se organizan 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, 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 SSM, 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 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.

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 (días alternos), más otra persona para realizar la limpieza de los cristales. 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 SODEXO.
- Jardinería: gestionado por el CEE 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. La empresa contratada es la Lavandería Cobos. Semanalmente se recoge todo el menaje de cama, toallas, etc., para su limpieza e higienización.

SECTORIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS

	DISTRITOS	Nº de Plazas
AREA SANITARIA 3	<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

Tabla 1. Personas en lista de espera	N
<i>Personas en lista de espera a 01 de enero</i>	25
<i>Personas en lista de espera a 31 de diciembre</i>	18

Tabla 2. Tiempo en lista de espera de las personas incorporadas	Días
<i>Tiempo medio en lista de espera de las personas que se han incorporado en el último año</i>	136

2.1.2. Derivaciones del Último Año

Tabla 3. Derivaciones recibidas en el último año

	DISTRITO	NÚMERO DE DERIVACIONES	Nº PERSONAS DERIVADAS
AR EA Nº 3	ALCALA DE HENARES	16	16
	TORREJON DE ARDOZ	6	6
TOTALES:		21	21

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

	N
<i>Nº de personas no aceptadas</i>	0
<i>Nº de usuarios retirados de la lista de espera por su S.S.M</i>	13

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
AREA Nº 3	ALCALA DE HENARES	10	10
	TORREJON DE ARDOZ	5	5
TOTALES:		15	15

Tabla 6. Personas que ha entrado durante el año

	N
Nº total de personas que han accedido al centro	15
<i>Nº de personas que inician</i>	11
<i>Nº de personas que reinician</i>	4

2.1.4. Atenciones en el Último Año

Tabla 7. Atenciones realizadas durante el año

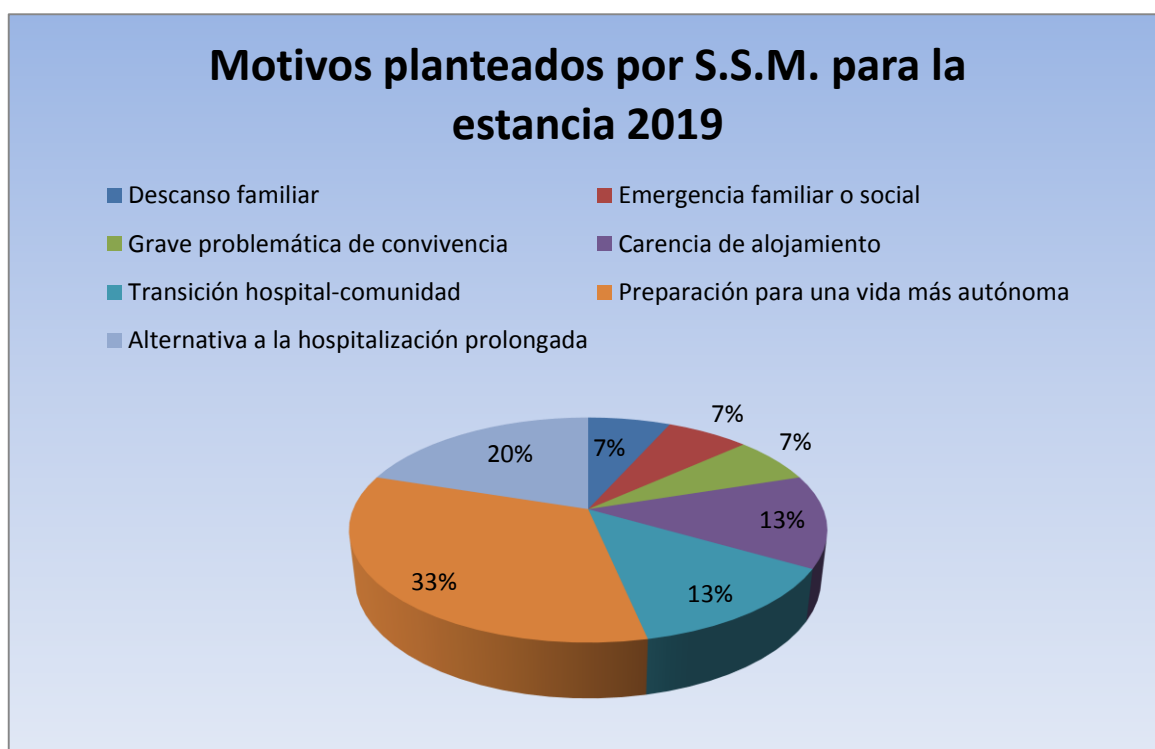
	N
<i>Nº de atenciones realizadas</i>	45
<i>Nº de personas atendidas</i>	45
<i>Nº de usuarios en atención a 31/12/19</i>	30

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
Nº de accesos por:	15
<i>Descanso familiar</i>	1

	N
<i>Emergencia familiar o social</i>	1
<i>Grave problemática de convivencia</i>	1
<i>Carencia de alojamiento</i>	2
<i>Transición hospital-comunidad</i>	2
<i>Preparación para una vida más autónoma</i>	5
<i>Alternativa a la hospitalización prolongada</i>	3
<i>Otros: Edad avanzada padres. No más familia.</i>	0



2.1.6. Salidas durante el año

Tabla 9. Salidas producidas durante el año

	N
<i>Nº de personas que han salido</i>	15
<i>Nº de salidas producidas</i>	15

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>	10	66,67	10
<i>Bajas (2)</i>	5	33,33	5
Baja por:			
Abandono voluntario	3	60	0
Derivación a otro recurso**	2	40	0
Fallecimiento	0	0	0
No adecuación al recurso***	0	0	0
Expulsión	0	0	0
Otros	0	0	0
Total	15	100	15

*% 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>	35	77,78
<i>Estancia indefinida (más de un año)</i>	10	22,22

*% 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

	N	%*
<i>< 1 mes</i>	1	3,33
<i>1 mes – 6 meses</i>	6	20
<i>6 meses – 1 año</i>	6	20
<i>1 año – 2 años</i>	3	10
<i>2 años – 3 años</i>	3	10
<i>3 años – 4 años</i>	1	3,33
<i>4 años – 5 años</i>	2	6,67
<i>> 5 años</i>	8	26,67

*% sobre el total de residentes a 31/12

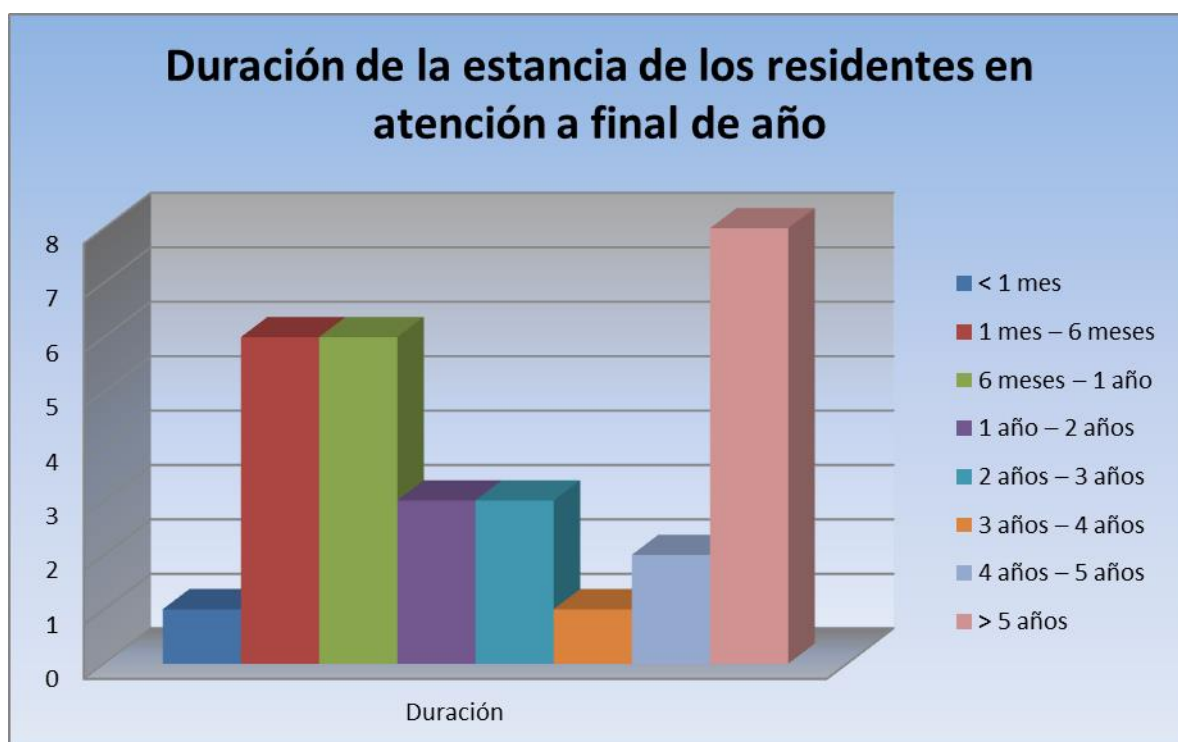


Tabla 13. Duración de la estancia de los usuarios que han salido durante el año

	N	%*
<i>< 1 mes</i>	0	0
<i>1 mes – 6 meses</i>	1	6,67
<i>6 meses – 1 año</i>	1	6,67
<i>1 año – 2 años</i>	7	46,66
<i>2 años – 3 años</i>	0	0
<i>3 años – 4 años</i>	3	20
<i>4 años – 5 años</i>	1	6,67
<i>> 5 años</i>	2	13,33



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

Situación residencial de los usuarios cuando finalizan su estancia en la Residencia	N	%*
<i>Vivienda propia / alquilada</i>	5	33,33
<i>Vivienda familiar</i>	3	20
<i>Piso supervisado</i>	5	33,33
<i>Residencia de mayores</i>	1	6,67
<i>Pensión</i>	0	0
<i>Hospital psiquiátrico</i>	0	0
<i>Mini Residencia</i>	1	6,67
<i>Otros (Residencia cuidados paliativos)</i>	0	0

*% sobre las salidas totales

3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO

En este apartado 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.

3.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 15. Sexo de los usuarios

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Varones</i>	29	64,44	9	60
<i>Mujeres</i>	16	35,56	6	40
Total:	45	100	15	100

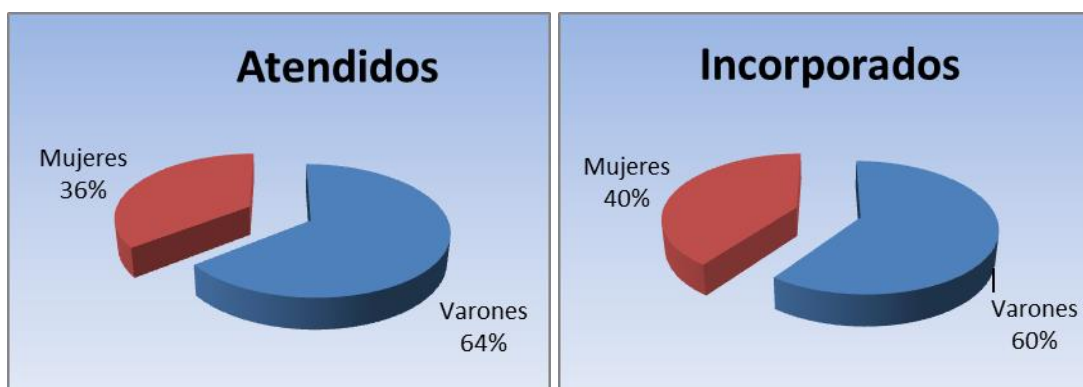


Tabla 16. Edad de los usuarios

	Atendidos		Incorporados	
	Media		Media	
Edad	45		47	
	n	%	n	%
Edad:				
Entre 18 - 30	5	11,11	2	13,33
Entre 31 - 50	23	51,11	6	40
Entre 51 - 65	17	37,78	7	46,67
Total	45	100	15	100

Tabla 17. Estado civil de los usuarios

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Solteros</i>	39	86,67	12	80
<i>Casados / pareja de hecho</i>	1	2,22	1	6,67
<i>Separados o divorciados</i>	5	11,11	2	13,33
<i>Viudos</i>	0	0	0	0
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
Total:	45	100	15	100

Tabla 18. Nivel educativo de los usuarios

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Analfabeto</i>	1	2,22	0	0
<i>Sin estudio (lee y escribe)</i>	0	0	0	0
<i>Educación especial</i>	1	2,22	1	6,67
<i>Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB</i>	10	22,22	3	20
<i>Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB, ESO.</i>	18	40	5	33,32
<i>Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato</i>	7	15,56	3	20
<i>F.P. 1º grado.</i>	3	6,67	1	6,67
<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>	3	6,67	1	6,67
<i>Título de graduado superior universitario</i>	1	2,22	1	6,67
<i>Otros</i>	0	0	0	0
<i>Se desconoce</i>	1	2,22	0	0
Total:	45	100	15	100

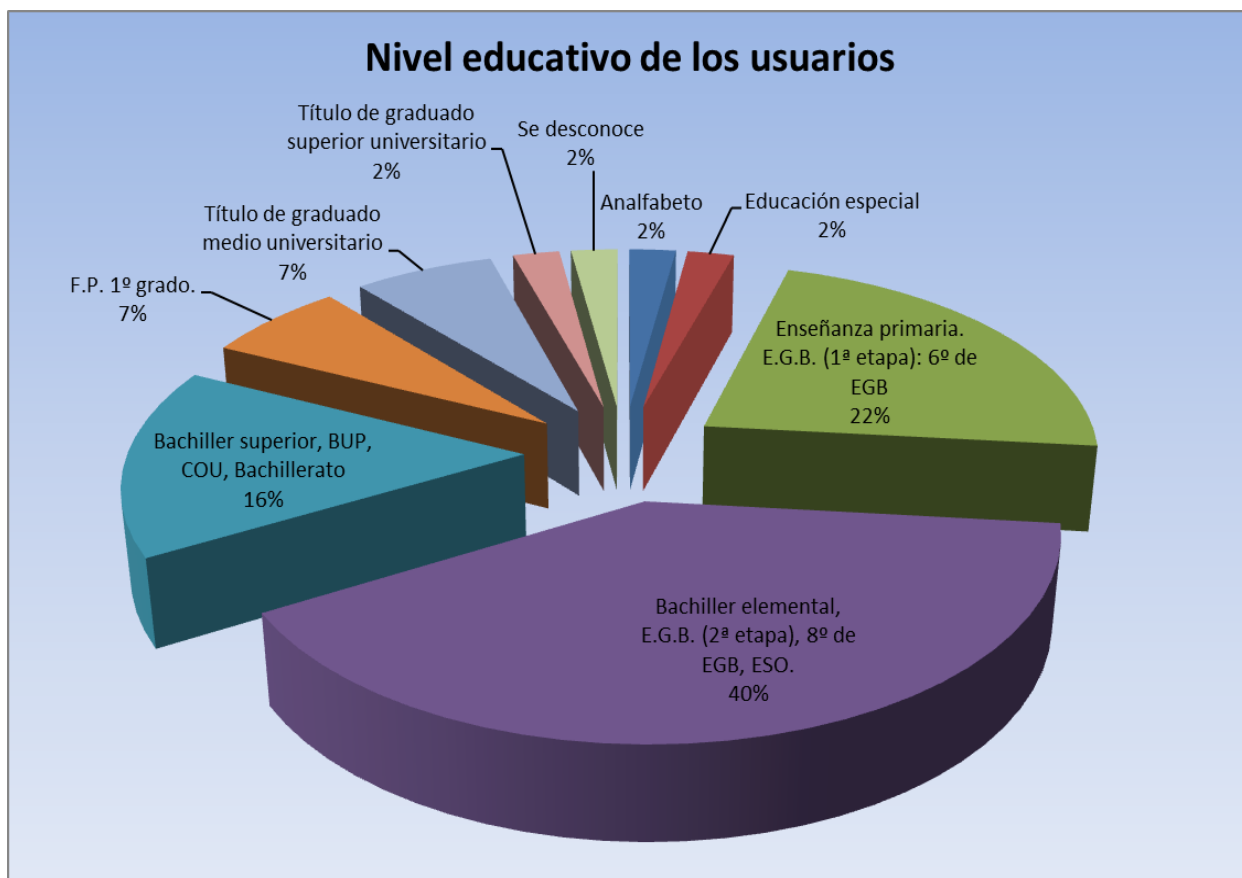


Tabla 19. Tipo de convivencia de los usuarios**

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

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Solo</i>	13	28,90	7	46,67
<i>Con el cónyuge</i>	1	2,22	0	0
<i>Con padres</i>	10	22,22	5	33,33
<i>Con padre o madre</i>	9	20	1	6,67
<i>Con otros familiares</i>	2	4,44	0	0
<i>Con los hijos</i>	0	0	0	0
<i>Residencia, piso protegido o pensión (supervisada)*</i>	3	6,67	2	13,33
<i>Otros (L. estancia Hospital Rodríguez Lafora y Unidad Media estancia)</i>	6	13,33	0	0
<i>No se conoce</i>	1	2,22	0	0
Total:	45	100	15	100

** 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>	9	20	2	13,33
<i>No</i>	36	80	13	86,67
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
Total:	45	100	15	100

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

	Atendidos		Incorporados	
	n	%*	n	%*
Usuarios con ingresos propios				
<i>Sí</i>	37	82,22	12	80
<i>No</i>	8	17,78	3	20
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
Nivel de ingresos				
<i>Menos de 300 euros</i>	0	0	0	0
<i>De 301 euros a 600 euros</i>	24	64,86	6	50
<i>De 601 euros a 900 euros</i>	4	10,81	1	8,33
<i>Más de 901 euros</i>	8	21,62	5	41,67
<i>No se conoce</i>	1	2,71	0	0
Procedencia de los ingresos				
<i>Pensión no contributiva</i>	16	43,25	3	25
<i>Pensión contributiva</i>	12	32,43	6	50
<i>RMI</i>	1	2,70	0	0
<i>Trabajo</i>	3	8,11	2	16,67
<i>Orfandad</i>	1	2,70	0	0
<i>Hijo a cargo</i>	4	10,81	1	8,33
<i>Otros</i>	0	0	0	0
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
Total:	45	100	15	100

Tabla 22. Profesión de los usuarios

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Sin profesión</i>	28	62,22	6	40
<i>Trabajadores no cualificados</i>	8	17,78	4	26,67
<i>Trabajadores cualificados</i>	7	15,56	5	33,33
<i>Estudiantes</i>	1	2,22	0	0
<i>Amas de casa</i>	0	0	0	0
<i>Trabajos no regulados</i>	0	0	0	0
<i>Otros</i>	0	0	0	0
<i>No se conoce</i>	1	2,22	0	0
Total:	45	100	15	100

Tabla 23. Situación laboral de los usuarios

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Trabajando</i> (incluye actividad marginal e ILT)	1	2,22	1	6,67
<i>Buscando su primer empleo</i> (no es necesario estar inscrito en la ORE)	1	2,22	1	6,67
<i>Parado</i> (no es necesario estar inscrito en la ORE)	8	17,78	2	13,33
<i>Estudiante</i>	2	4,44	0	0
<i>Jubilado, pensionista</i> (no incluir los que perciben PNC)	10	22,22	5	33,33
<i>Labores del hogar</i>	0	0	0	0
<i>Otros</i>	1	2,22	1	6,67
<i>No activo</i>	22	48,90	5	33,33
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
Total:	45	100	15	100

Tabla 24. Minusvalía entre los usuarios

Declaración de minusvalía	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Sí</i>	38	84,44	11	73,33
<i>No*</i>	7	15,56	4	26,67
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
Total:	45	100	15	100

* Incluye los que la están tramitando

Tabla 25. Situación jurídica de los usuarios

Situación Jurídica	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Ninguna</i>	31	68,89	10	66,67
<i>Curatela/Tutela patrimonial</i>	3	6,67	2	13,33
<i>Tutela</i>	11	24,44	3	20
<i>No se conoce</i>	0	0	0	0
Total:	45	100	15	100

3.2. DATOS PSIQUIÁTRICOS

Tabla 26. Diagnóstico principal de los usuarios

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
<i>Esquizofrenia</i>	28	62,22	10	66,66
<i>Trastorno bipolar</i>	4	8,90	2	13,33
<i>Trastorno delirante</i>	1	2,22	0	0
<i>Otras psicosis</i>	5	11,11	1	6,67
<i>Trastorno de personalidad</i>	5	11,11	1	6,67
<i>Trastornos de ansiedad o del estado de ánimo</i>	0	0	0	0
<i>Otros: TOC () Asperger ()</i>	1	2,22	1	6,67
<i>No disponible</i>	1	2,22		
Total:	45	100	15	100

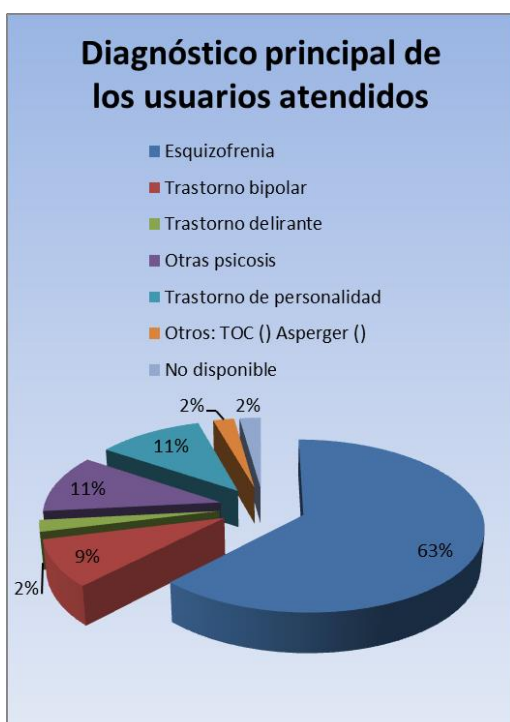


Tabla 27. Diagnóstico asociado de los usuarios

	Atendidos		Incorporados	
	n	%	n	%
NO:	34	75,56	12	80
SÍ:	11	24,44	3	20
<i>Trastorno de personalidad</i>	2	4,44	2	13,33
<i>Retraso mental</i>	2	4,44	0	0
<i>Abuso de sustancias</i>	3	6,67	0	0
<i>Alcohol</i>	1	2,22	0	0
<i>Otras: fibromialgia</i> <i>TOC</i>	3	6,67	1	6,67
Total:	45	100	15	100

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	42	93,33	14	93,33

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 han tenido en el pasado una profesión. Algunos de ellos estudian, tanto formación reglada como de cualquier otra índole.

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

La estadística dice que ha estado por un periodo medio de 136 días en la lista de espera, aunque este dato no es relevante ya que en numerosas ocasiones el ingreso es inmediato dependiendo de la urgencia del caso.

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 a un año).

4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIATRICOS

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

Tabla 29. Ingresos psiquiátricos de los usuarios durante el año

	N	%*
Nº de usuarios con ingresos	3	6.66
Nº de ingresos	4	8.88

*% 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 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.

5.2. ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Se realiza una evaluación inicial y continua de las personas atendidas a partir de la cual se elabora el Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR). Este documento se realiza siempre con el usuario y se establecen los objetivos. Se han realizado mejoras en la elaboración y evaluación del documento, promoviendo el papel del propio usuario y fomentando la detección de sus necesidades de intervención y las herramientas necesarias para ello. Los profesionales son responsables de prestar el apoyo en los diferentes objetivos y establecer líneas de intervención, actuando desde la multidisciplinariedad y estando en constante coordinación tanto entre ellos

como con otros recursos que favorezcan la recuperación de las personas atendidas. Los objetivos del PIAR se establecen en relación a las áreas de atención psicosocial:

- 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 (conversación, comunicación, asertividad, expresión de emociones, etc.) que favorezcan el funcionamiento adecuado en situaciones de interacción social.
- Psicoeducación: informar sobre la enfermedad, favorecer seguimiento de la medicación, tratamiento y contacto con su SSM, adquisición de hábitos saludables. Además, se trabajan aspectos relacionados con el autocontrol y manejo del estrés, consumo, etc.
- Integración comunitaria: se promueve el contacto con recursos sociocomunitarios, actividades formativas, culturales, deportivas, etc.
- Ocio y tiempo libre: planificación de actividades de ocio, organización de las mismas y tiempo libre dentro, dinamización de intereses y aficiones, etc.
- Formación y empleo: apoyo en la exploración de necesidades e intereses, búsqueda y participación de actividades académicas y de formación.
- Descanso y sueño: higiene del sueño, actividades de descanso, preparación y estructura del sueño y descanso respetando espacio físico y social.

Estas áreas de atención pueden desarrollarse a través de la intervención individual o grupal, mediante diferentes actividades tanto regladas como informales y de la organización de las tareas propias de la MR y la participación del usuario en ellas. Además, las interacciones entre los

profesionales y los usuarios y las figuras de educador y técnico de referencia apoyan la creación de vínculo y calidad de la estancia.

Los programas/actividades que se realizan tratan de dar respuesta a las necesidades de intervención marcadas desde los SSM que realizan las derivaciones, así como a las demandas hechas por el propio usuario, o a necesidades detectadas durante su evaluación. Se organizan de un modo flexible ajustándose a la situación y objetivos de intervención de cada residente.

5.3. PROGRAMAS GRUPALES

El equipo diseña y pone en marcha actividades grupales. Estos varían a lo largo del año en función de los usuarios atendidos y sus preferencias.

El catalogo de actividades varía a lo largo del año por motivos de horario, ajuste de actividades e implantación de talleres nuevos, contemplándose tres periodos en él:

5.3.1. Programación primavera 2019

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

5.3.2. Programación verano 2019

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
11H				Cocina (salida domicilio)		
12H		Piscina	Cocina (intermedio)		Blog	
13H	Cocina (ocio)				Asamblea	
18H	Huerto		Videoforum (19h)	Cocina (iniciación)		
20H	Mindfulness	Asamblea				
21:30H	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo		
22:30H					Cine de noche	Cine de noche

5.3.3. Programación otoño-invierno 2019

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
10H		Senderismo			SportSame	
11:30 H	Blog	Huerto	Cocina en domicilio	Cocina en domicilio	Vente al 2020 sin humo	
12:30 H	Cocina (ocio)	Cocina (Intermedio)	Cocina (Preparación a PS)	Teatro		
18H	Ocio (Planificación)	Deporte		Nuevas tecnologías		
19:30 H	Mindfulness		Videoforum	Cocina (Iniciación)		
20:30 H		Asamblea				
22:30 H					Cine de noche	Cine de noche

Durante los tres periodos también han tenido lugar microtalleres con temáticas concretas y caracterizados por tener una breve duración tratando de responder a demandas y necesidades puntuales de los usuarios. A destacar el Taller de Reciclaje y Costura en el que se han colaborado con entidades externas y otros recursos comunitarios y el Taller de Prevención de Alcoholismo y Manualidades.

5.4 OTRAS ACTIVIDADES: EXCURSIONES, VACACIONES, ETC.

A lo largo del año 2019 se han realizado salidas a diferentes lugares dentro de la Comunidad de Madrid y fuera de ella. Estas son siempre consensuadas con los usuarios, llamando a la participación en espacios como la actividad de Asamblea, y organizadas por profesionales y usuarios.

Estas salidas se realizan con el objetivo de:

- Favorecer el acceso y disfrute de periodos vacacionales y de ocio.
- Facilitar 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.

Durante este año se han hecho excursiones a entornos naturales de especial interés.

6. RESULTADOS

A continuación se recogen los datos sobre mejora de la autonomía y funcionamiento psicosocial, así como datos relativos al uso de recursos comunitarios de diferente tipo (recursos de formación, laborales, de ocio) 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, ENAR y DAS- I.
- Satisfacción: Cuestionario de Evaluación de Satisfacción de Usuarios.

Durante el año 2019 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 2019 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

	N*	%
Nº de usuarios a los que se ha aplicado el cuestionario para la evaluación de la satisfacción	30	71
Usuarios a los que no se les ha aplicado		
Nº total de usuarios a los que no se les ha aplicado	13	33
Motivos:		
<i>La persona no está en condiciones de contestar el cuestionario</i>	0	0
<i>No sabe leer (dificultad comprensión)</i>	0	0
<i>No aceptan</i>	11	20
<i>Otros (expulsión)</i>	2	6.7

*% sobre el total de usuarios atendidos durante el año

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

Once usuarios no contestan el cuestionario además otras dos personas no pudieron realizarlo por salir de la MR por ingresos hospitalarios de urgencia y no regresar a la residencia.

Tabla 32. Datos sobre los ítems del cuestionario de satisfacción

¿Está usted satisfecho...	Media ítem
<i>...en general, con los servicios que presta este Centro?</i>	5.33
<i>...con el tutor que le atiende en este Centro?</i>	5.78
<i>...con las actividades en las que participa cuando acude a este Centro?</i>	4.67
<i>...con la comida?</i>	4.33
<i>...con la limpieza e higiene de este Centro?</i>	5.78
<i>...con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales que trabajan en este Centro?</i>	4,78
<i>...con la temperatura habitual que hace en este Centro?</i>	5.44
<i>...con los objetivos y metas que se persiguen con las actividades que lleva a cabo en este Centro?</i>	5.33
<i>...con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?</i>	5.50
<i>...con las instalaciones de este Centro?</i>	5.56
<i>...con los horarios de este Centro?</i>	5.44
<i>...con los profesionales que le atienden en este Centro?</i>	5.63
<i>...con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?</i>	5,25
<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>	5.22

En general se aprecia un incremento en todas las categorías con respecto al año pasado situándose por encima de la categoría "bastante satisfecho" (11 de 14) o muy cercanas a ella.

Tabla 33. Datos sobre las subescalas del cuestionario de satisfacción

Media

	Media
<i>Satisfacción con la intervención</i>	5.2
<i>Satisfacción con los profesionales</i>	5.42
<i>Satisfacción con las instalaciones</i>	5.27

En línea con la anterior tabla, todas las puntuaciones se sitúan por encima de la categoría “bastante satisfecho” con puntuaciones superiores a los 5 puntos. Destaca además que la puntuación de las subescalas más alta se refiere a la “satisfacción con los profesionales”.

6.3.2. Calidad de Vida

Nº de personas evaluadas en CDV	30
--	-----------

Tabla 34. Puntuación en el cuestionario de calidad de vida de los usuarios en atención a 31 de diciembre 2019

¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:	Media
<i>a su vida en general?</i>	2.33
<i>a su hogar / piso / lugar de residencia?</i>	4.17
<i>a su barrio como un sitio para vivir?</i>	5.00
<i>a la comida que come?</i>	4.17
<i>a la ropa que lleva?</i>	5.17
<i>a su salud general?</i>	3.33
<i>a su forma física?</i>	3.67
<i>a su estado de ánimo?</i>	2.67
<i>a la tranquilidad que hay en su vida?</i>	2.83
<i>a su problema / trastorno de salud mental?</i>	2.60
<i>a las personas con quien convive?</i>	4.60
<i>a sus amigos?</i>	5.33
<i>En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir esto?</i>	3.00
<i>a su relación con su familia?</i>	3.33
<i>a su relación con su pareja?</i>	3.33
<i>En caso de no tener pareja ¿qué cara se siente acerca a cómo le hace sentir esto?</i>	4.00
<i>a su vida sexual?</i>	5.00
<i>a su relación con otras personas?</i>	5.17
<i>a su trabajo o actividad laboral?</i>	3.00
<i>En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿Qué cara le hace sentir eso?</i>	2.60
<i>a los estudios o cursos de formación que realiza?</i>	4.75

¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:	Media
<i>a sus actividades de ocio?</i>	4.33
<i>a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?</i>	5.50
<i>a su situación económica?</i>	3.1
<i>a sí mismo?</i>	3.83
<i>a su vida en general?</i>	3.17
Puntuación media total	3.85

Como en años anteriores, las variables que hacen referencia a la falta de actividad laboral, el hecho de tener un trastorno de salud mental son algunas de las variables con puntuaciones más bajas lo que incidiría directamente sobre el sentimiento en relación a su vida en general, algo más bajo en esta ocasión que en ejercicios anteriores.

6.3.3 Funcionamiento

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

Nº de personas evaluadas en DAS-I	45
--	-----------

Tabla 37. Puntuaciones en DAS-I

Puntuación en los usuarios en atención a 31 de diciembre

Puntuación media en Cuidado personal	1,37
<i>Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia</i>	0
Puntuación media en Ocupación	2,35
<i>Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia</i>	0
Puntuación media en Familia y hogar	2,31
<i>Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia</i>	0
Puntuación media en Contexto social	2,24
<i>Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia</i>	0
Puntuación media en Duración de la discapacidad	Más de un año

En el año, ninguna de las personas atendidas ha precisado asistencia en ninguna de las áreas de funcionamiento, disminuyéndose considerablemente este factor con respecto a años anteriores.

Se ha incrementado el número de personas evaluadas debido al incremento de personas dadas de alta/baja del recurso y las nuevas derivaciones recibidas.

Con respecto al 2019, se observa una mejora en el área de cuidado personal, aumentando la capacidad y autonomía de los usuarios en su desempeño debido, entre otros factores, al incremento de las intervenciones profesionales y mejora de las técnicas empleadas y los apoyos ofrecidos en este sentido.

Escala de Evaluación de Funcionamiento Global (EEFG)

Nº de personas evaluadas en EEFG	31
---	-----------

Tabla 38. Puntuaciones en EEFG

Puntuación en los usuarios en atención a 31 de diciembre

	Media
Puntuación media total en el EEFG	62.83

Los datos indican un descenso en cuanto a la evolución del funcionamiento global (psicológico, social, laboral) de los residentes en el 2019 en comparación con los datos obtenidos en 2018 que situaban el funcionamiento global en un 73.28, un percentil superior. Sin embargo, sitúa la media en el nivel de funcionamiento de años anteriores (2017 y 2016) y denota que el perfil de derivación se caracteriza por presentar a nivel psicopatológico, algunos síntomas leves, pero mayormente estables, con posibles dificultades en la actividad social, laboral o académica, pero con un funcionamiento adecuado en rasgos generales. Por ello la atención se centra en la

adquisición de las habilidades necesarias para disminuir la interferencia que estos síntomas puedan tener en la vida diaria, además de otras necesidades psicosociales que no necesariamente derivadas de la interacción con los síntomas psicopatológicos.

Es reseñable destacar que en su gran mayoría los datos en cuanto al funcionamiento de las nuevas derivaciones se sitúan en percentiles más bajos con respecto a las personas en atención más prolongada en el recurso, siendo un claro indicador de la acción rehabilitadora llevada a cabo en la Residencia y pudiendo explicar el descenso con respecto al año anterior.

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

Número de personas evaluadas	44
-------------------------------------	-----------

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.

	Media Inicio	Media R. Anual
ESTABILIDAD CLINICA	0,70	0,54
Duración del tiempo de No Hospitalización	0,50	0,21
Cumplimiento en la toma de medicación prescrita	0,35	0,35

Sintomatología y evolución reciente; se valora tanto los síntomas positivos como los negativos	1,29	1
Con qué frecuencia ha precisado medicación extra durante el último mes	0,65	0,62
DIMENSION FISICA	1,30	1,22
Identificación y comunicación de signos y síntomas de alerta	1,91	1,79
Es responsable del cumplimiento de las prescripciones médicas	0,59	0,94
Capacidad para asistir y hacer el seguimiento de su tratamiento en los diferentes servicios de salud (fuera de la atención específica en salud mental)	0,59	0,73
Identificación de hábitos de vida saludable, en relación a la práctica del deporte, dieta, consumo de tabaco y estimulantes	2,11	1,41
CAPACIDADES DE REALIZACION AVD	0,99	0,87
Capacidades básicas de independencia en los hábitos higiénicos y cuidado personal	0,76	0,53
Cuidado del espacio personal. Mantiene limpia y ordenada su habitación; cama, armario, estantería, mesita, bajo-cama...	1,06	1,03
Cuidado de su aspecto físico	0,85	0,65
Planificación y realización de compras personales: útiles de higiene, renovación de ropa...	0,47	0,41
DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL	1,49	1,39
Autonomía y Autogobierno	1,29	1,20
Capacidad para el manejo de situaciones de estrés	2,38	2,32
Capacidades básicas de adaptación: comprensión, atención, memoria, orientación, lenguaje, cálculo y juicio	0,91	0,85
Economía	1,09	0,94
Capacidad para la realización de gestiones administrativas personales (renovación del DNI, tarjetas de transporte público, ir al banco...)	0,79	0,68
Relaciones interpersonales	1,19	1,18
Relación Familiar	1,18	1,23
Relaciones Sociales	1,82	1,97
Respecto a las normas sociales, de "buena educación", convivencia, cumplimiento de las tareas internas, fricciones con otros compañeros, destrucción de propiedades	0,411	0,67

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...	1,35	0,88
Bienestar personal e integración en el entorno social	1,98	1,79
Tiempo ocupado de forma organizada y planificada (se contabiliza el tiempo ocupado en el desplazamiento)	2,38	2,32
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)	0,71	0,38
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)	2,94	2,5
Capacidad para establecer objetivos según sus deseos y necesidades y llevarlos a buen fin.	1,88	1,94

Puntuaciones medias anuales por dimensiones 2019	
Estabilidad clínica	0.54
Dimensión física	1.22
Capacidades de realización AVD	0.87
Desarrollo personal y social	1.39

En general todas las puntuaciones de Atención Residencial se sitúan por debajo de la puntuación media (2), aunque, en principio, puede apreciarse un incremento sobre los datos del año pasado.

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

Antes de valorar este incremento se hace necesario detenernos en la escala de este año para observar que, si bien es cierto que existe este incremento con respecto a los datos del anterior ejercicio, en la comparativa de los datos

iniciales de los usuarios con los datos de final de año, la tendencia en todas las categorías es a la baja, según se recoge en el siguiente cuadro:

Comparativa de Puntuaciones medias intranuales por dimensiones 2019		
	Media de inicio	Media anual
Estabilidad clínica	0.70	0.54
Dimensión física	1.30	1.22
Capacidades de realización AVD	0.99	0.87
Desarrollo personal y social	1.49	1.39

La comparativa de los datos dentro del mismo año nos muestran una mejora en las diferentes áreas

En general las puntuaciones han sufrido un incremento que bien podría achacarse al aumento de las personas atendidas en este año.

Los datos de inicio son los que se recogen durante el primer trimestre del año y lo que se toman tras la llegada de nuevos usuarios a la residencia. A lo largo del año 2019 hemos recibido a 15 personas nuevas en nuestro recurso con diferentes procedencias, desde dispositivos de media estancia a los que han llegado desde sus domicilios familiares. Por lo general las puntuaciones iniciales de los recién llegados tienden a una mayor necesidad de atención residencial, valoraciones que descienden a medida que se adaptan al funcionamiento residencial.

Por tanto y aunque las puntuaciones medias han aumentado con respecto a las obtenidas en el 2018, la comparativa dentro del mismo año nos hace ver que la tendencia dentro de este año 2019 ha transcurrido hacia el descenso de la necesidad de atención residencial y por tanto hacia una mayor autonomía de los usuarios.

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 2019. Además, se recogen datos sobre 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

Usuarios atendidos que a la vez eran usuarios de:	N	%*
<i>Centros de Rehabilitación Psicosocial</i>	8	18
<i>Centros de Rehabilitación Laboral</i>	6	13
<i>Centros de día</i>	8	18
<i>Otros recursos del Plan: EASC</i>	2	4
<i>No utilizan otros recursos del Plan</i>	21	47

*% sobre un total de 40 usuarios atendidos durante 2019

Un total del 47% de las personas atendidas en 2019 ha utilizado otro recurso de la Red Pública de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera.

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 Peluquería
- Curso de Osteopatía.
- Módulo de Artesanía del Cuero.
- Centro de Participación e Integración de Inmigrantes (clases de español).

Trabajo remunerado:

- Centro Especial de Empleo Manantial Integra Farma (dos usuarios).
- Figurante en programas de TV.
- Mozo de almacén.

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

Nº de coordinaciones con:	N
S.S.M.	
<i>Con las Áreas de referencia (Distritos)</i>	33
<i>Otras (Comisión asistencial, de rehabilitación, etc.)</i>	24
Recursos de la Red Pública de Atención Social	12
Agencia Madrileña de Tutela	2
Otras (Equipo, empresa, entidades colaboradoras, etc.)	45

Acontinuación 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".

Reunión de seguimiento Área 3 - Torrejón de Ardoz: de temporalidad mensual.

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, así como a Unidad de media estancia, Unidad de Larga estancia, Hospital de día, etc. de carácter mensual salvo el mes de agosto.

Además de estas coordinaciones más estructuradas, se ha mantenido contacto regular (vía telefónica o e-mail) con los SSM, 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.)

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 implica: recursos de la Red, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, SSM, Servicios Sociales, Hospital de Día y CAID, todos de Alcalá de Henares.

La **Comisión de Rehabilitación** junta a los dispositivos de la Red con el Hospital y los CSM. Se centra mucho más en funcionamiento de los centros, estrategias comunes de trabajo, etc.

Con idéntica configuración está la comisión de Recursos del Centro de Salud de Torrejón, que se reúne de manera trimestral.

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.

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.

Coordinaciones con otros recursos de la Red de Atención Social

Esta coordinación se ha ido adaptando 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.

Coordinaciones con la Agencia Madrileña de Tutela de Adultos

Se han mantenido las reuniones trimestrales 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.

Reuniones de Equipo: 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.

Reuniones de técnicos: son periódicas, 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 referencia (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

Ha aumentado la oferta de acciones formativas por parte de la empresa, los profesionales de la residencia han realizado más de cincuenta cursos relacionados con aspectos íntimamente ligados a su desempeño profesional: estigma, violencia, igualdad, protección de datos, inmigración, estrés, conducta suicida, arte, nuevas respuestas asistenciales, jornadas, etc.

Durante 2019, profesionales de la MR han sido tutores de alumnos en prácticas:

- Técnicos de Integración Social del I.E.S Complutense. Alcalá de Henares.

8.3 OTRAS ACTIVIDADES: INDICADORES DE CALIDAD

En todas las residencias gestionadas por Grupo 5, se recogen y analizan indicadores comunes que permitan identificar áreas prioritarias de mejora. Esto 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. Los resultados se exponen en el siguiente cuadro:

INDICADOR	ESTÁNDAR	¿SE CUMPLE EL ESTÁNDAR ? (SI/NO)	DATO OBTENIDO	OBSERVACIONES
El porcentaje promedio de ocupación de plazas indefinidas durante el año	≤ a 70% de las plazas totales. De 45, 15 indefinidos	SI	33.3%	De las 15 personas que acceden al centro en el 2019 solamente dos son indefinidos.
El tiempo medio de espera para ocupar una plaza vacante	< 15 días	SI	< 3 días	Una vez libre la plaza el acceso es inmediato
Porcentaje de abandonos sobre el total de salidas	<20%	SI	2%	
Participación de usuarios en recursos comunitarios estructurados entendiéndolos los que exigen realizar una matrícula y/o asistencia asidua	>10%	SI	13.3%	
Usuarios (no repetidos) que ha tenido ingreso psiquiátrico en el año	<10%	SI	6.6%	
De los ingresos ocurridos cuántos han sido voluntarios	>75%	SI	2.2%	
NIVEL DE AUTONOMIA DOMÉSTICA Porcentaje de usuarios que precisan apoyo permanente, puntual o no necesita apoyo en la realización de las tareas domésticas	< 10% apoyo permanente y continuo	SI	0%	
	< 15% apoyo ocasional	SI	2.2%	
	>75% sin apoyo o apoyo puntual.	SI	97.8%	
AUTONOMIA EN EL TRATAMIENTO 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"> • Que permita la clasificación de usuarios por tipo de autonomía en la toma (autónomo, no autónomo). • Un programa de Psicoeducación y entrenamiento para los no autónomos. • Control para revisar el procedimiento que se sigue con los no autónomos y evitar actitudes coercitivas. 	TIENE	SI	SI	Existen programas individualizados para que las personas procuren ser autónomos en todo lo relacionado con la medicación. Se supervisa.
FUNCIONAMIENTO: 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	El 100% de los usuarios que entran en la residencia están evaluados	SI	100%	

INDICADOR	ESTÁNDAR	¿SE CUMPLE ELESTANDAR ? (SI/NO)	DATO OBTENIDO	OBSERVACIONES
<p>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 (alta-baja de la residencia).</p>	El 100% de los usuarios que salen de la residencia están evaluados	SI	100%	
	El 100% de los usuarios en atención a 31/ 12 están evaluados	SI	100%	
<p>OPINION SUBJETIVA Y TRATO RECIBIDO</p> <p>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.</p>	>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 participación activa del usuario distinto de la asamblea.	TIENE	SI	Tiene	
<p>PLAN DE VOLUNTADES PSIQUIÁTRICAS ANTICIPADAS:</p> <p>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</p>	Tiene	SI	<30%	Se ofrece a cada usuario.
<p>PARTICIPACIÓN ACTIVA:</p> <p>La residencia tiene un sistema de representación de usuarios elegidos democráticamente y que tiene una repercusión específica en el funcionamiento del recurso</p>	Tiene	Si	Tiene	Se fomenta, aunque con poca participación.
<p>PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE:</p> <p>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</p>	Tiene	SI	<30%	Se fomenta en todas las actividades de la vida diaria, talleres y programas.
Número de agresiones verbales / físicas sufridos por profesionales	0	Si	Ha habido insultos, agresiones verbales.	Se ha producido alguno esporádicamente.

9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO

- Después de un año, en el contexto laboral los profesionales consideran buena la relación profesional entre todo el equipo.
- Ha mejorado la convivencia siendo esporádico la conflictividad entre usuarios y entre estos y los profesionales.
- Se mantiene el modelo de intervención en la limpieza e higiene de las habitaciones con dos medidas: motivación y contribución de los usuarios en el cuidado de sus espacios a la vez que todos los profesionales supervisan su ejecución y prestan apoyo si se precisa.
- 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 o necesidades.
- Fomento de la participación de los residentes en las decisiones tomadas, haciéndoles responsables de las dinámicas del recurso.
- Dinamización de las plazas de la residencia, valorando cada caso de manera individual y mediante las coordinaciones con los diferentes recursos se ajusta el itinerario más conveniente (paso a piso supervisado o de éste a vivienda propia o compartida, utilización de recursos de la Red, etc.)
- 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.
- 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.
- Programas semestrales (invierno-verano).

- 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 apto, así como agilizar salida de usuarios de PS y la entrada a los mismos. Reducir lista de espera. Facilitar permutas entre MR y Hospitales.
- Presentación de dos póster en relación con "El Consumo de cafeína en personas con enfermedad mental grave" en dos congresos durante el año 2019: XXXVI Congreso Nacional de Enfermería y el IV Congreso Nacional de Psicología.

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 este 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 2020 son:

- Fomentar un mayor peso del usuario en la aportación de los objetivos del PIAR.
- Mantener las intervenciones específicas para los usuarios que se incorporen, elaborados con él, para conocer y establecer qué herramientas y acciones pueden serle de más ayuda en situación de crisis psiquiátrica y poder utilizarlas si llega el caso.
- Mantener y seguir desarrollando la intervención en el entorno domiciliario: 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.
- 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.

EL CONSUMO DE CAFEÍNA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Montserrat Belinchón Ortiz
Grupo 5 Acción y Gestión Social

INTRODUCCIÓN

El consumo y abuso de bebidas estimulantes en pacientes psiquiátricos se produce principalmente para aliviar los efectos secundarios que producen los neurolepticos y ansiolíticos, como la sedación o el retraso psicomotor (Miermi et al., 2016). La cafeína se ha asociado etiológicamente con algunos trastornos psiquiátricos contrastando su interferencia en algunos psicofármacos (Diksha, Sanjita, Seema y Nupur, 2014) por lo que es probable que un consumo moderado pueda tener efectos nocivos en la salud mental de los pacientes.

OBJETIVO

El objetivo es describir y entender el consumo de bebidas estimulantes en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave (EMG) para estudiar y evaluar el impacto que puede tener la cafeína en su salud mental.

MÉTODO

- Participaron 40 usuarios de Mini-residencia con diagnóstico de enfermedad mental grave en tratamiento psicofarmacológico y 40 personas sin antecedentes psiquiátricos.
- Se realizó una entrevista semiestructurada cuyas preguntas consistían en el consumo diario de las bebidas con cafeína y la cantidad (Tabla 1), el tipo de efectos secundarios producido por la medicación psiquiátrica, el motivo principal del consumo, la presencia de dificultades para conciliar el sueño y el uso de hipnóticos.
- El consumo de cafeína se midió por el promedio de cafeína (mg) que contiene cada bebida en función de su presentación (vaso, taza o lata) y se dividió en tres criterios de consumo: bajo (<100mg), moderado (100-400mg) y alto (>400mg).

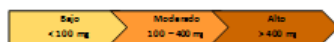


Figura 1. Criterios de consumo de cafeína

BEBIDAS	CON CAFEÍNA	SIN CAFEÍNA
CAFÉ ESPRESSO	90mg/60ml	7,5mg/60ml
CAFÉ SOLUBLE	71mg/125ml	4,2mg/125ml
OTROS CAFÉS	128,20mg/100ml	3,8mg/100ml
COLA	25,74mg/330ml	0,66mg/33ml
BEBIDA ENERGÉTICA	60,20mg/200ml	-
TÉ	42mg/125ml	-
CHOCOLATE	3mg/125ml	-

Tabla 1. Cafeína (mg) que contiene cada bebida con y sin cafeína en función del volumen de su presentación prototípica

RESULTADOS

Consumo de Cafeína

El 97,2% de los usuarios toman cafeína diariamente, aunque la mayoría de ellos lo hace de forma moderada (72,4%). El consumo medio de cafeína en un día es de 218,72mg que, con una confianza del 95%, es superior ($t_{97}=1,71$, $p=0,3$; $\alpha=0,05$) al consumo medio de las personas sin antecedentes psiquiátricos (165,61mg).

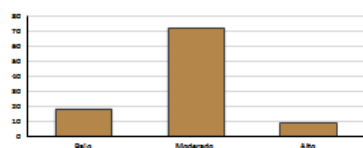


Figura 2. Frecuencia del consumo diario de cafeína de los usuarios (n=40).

Principales motivos

El motivo principal por el que consumen cafeína es para disminuir los efectos secundarios de los psicofármacos (36,4%) y por el sabor (34,8%), aunque también existen otros motivos como la adicción, la socialización o para quitar el hambre. Además, el 75% de aquellos que toman cafeína para contrarrestar los efectos de la medicación y todos los que la toman por adicción, no aceptarían tomar la alternativa sin cafeína, mientras que todos aquellos que la toman por motivos sociales o por gusto sí la aceptarían.



Figura 3. Principales motivos de consumo.

Calidad del sueño

El 88,5% de los usuarios que toman cafeína tienen problemas para conciliar el sueño y el 78,5% de ellos precisa de hipnóticos para dormir, mientras que tan solo el 23% de la muestra de personas sin antecedentes psiquiátricos presenta problemas de insomnio.

CONCLUSIÓN



Figura 4. Modelo de Mikkelsen (1978) sobre el consumo de cafeína y pacientes con esquizofrenia.

En conclusión, las personas con EMG tienen un consumo de cafeína moderado pero superior al del resto de la población sin antecedentes psiquiátricos, asociado principalmente a contrarrestar los efectos secundarios que produce la medicación. Este consumo podría afectar a su descanso y producir, mantener o exacerbar algunos trastornos mentales ya que interfiere con la medicación psiquiátrica, restando sus efectos o produciendo los contrarios (Núñez et al., 2015; Winston, Hardwick y Jaber, 2005). Según Mikkelsen (1978), es probable que la medicación y los efectos de sedación inciten a un mayor consumo de cafeína que agudizaría los síntomas psicóticos y, de esta manera, se produciría una retroalimentación positiva.

Se sugiere crear programas educativos, orientados tanto a usuarios como a profesionales, para concienciar sobre los efectos negativos del consumo de cafeína en personas con enfermedad mental además de fomentar el consumo de estas bebidas en su versión descafeinada.

REFERENCIAS

- Diksha, P., Sanjita, D., Sooma, G., y Nupur, G. (2014). Interaction of antipsychotics drugs and caffeine. *Jah. Acad. J. Pharm.*, 3(8), 355-357.
- Mami, G., Killa, T., Quresh, M. G., Yilmaz, S., Baylana, S., Carman, P., ... y Kologlu, N. (2016). Habitual caffeine use in psychiatric patients: relationship with sleep quality and symptom severity. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 27(1).
- Mikkelsen, E. J. (1978). Caffeine and schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Núñez, C., Stephan-Otto, C., Cuevas-Salazar, J., Hara, J. M., Huerta-Lamazo, E., Collea, S., ... y Sillón, G. (2015). Effects of caffeine intake and smoking on neurocognition in schizophrenia. *Psychiatry research*, 230(1), 924-931.
- Winston AP, Hardwick y Jaber N. (2005). Neuropsychiatric effects of caffeine. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(6), 432-439.



IV Congreso Nacional de Psicología



Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad
COMUNIDAD DE MADRID
DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA
Comunidad de Madrid

Más información:

RESIDENCIA ESPARTALES SUR
Calle Federico Garcia Lorca, 20. 28806 Madrid
Tel. +34 91 882 69 75
dirección.mralcala@grupo5.net
www.grupo5.net
