

CENTRO CONCERTADO CON



Comunidad
de Madrid

Dirección General de Atención
a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES,
FAMILIAS, IGUALDAD Y NATALIDAD



MEMORIA

2020

Residencia “Torrejón de Ardoz”

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



ENL-EN ISO 14001
EK-0688/2015



INDICE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA RESIDENCIA	3-8
2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN	9-19
3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.	20-32
4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS.	32
5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.	33-61
6. RESULTADOS.	61-68
7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.	69-70
8. OTRAS ACTIVIDADES DE LA MINI-RESIDENCIA.	71-75
9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.	76-77
10. VALORACIÓN OBJETIVOS 2019	78-80
11. OBJETIVOS PARA EL AÑO 2020.	80-81

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA RESIDENCIA

1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

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

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

La residencia está ubicada en un edificio de nueva construcción situado en el distrito de Torrejón de Ardoz. Exactamente en la Calle Boyeros nº 3.

El teléfono de contacto es el 91 888 18 04 y el fax es el 91 883 39 46. El número de plazas concertadas es 30, aunque el edificio tiene una capacidad real para 40 residentes. Esto implica que existen 10 plazas a la espera de concierto por la CAM.

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

La residencia es un edificio de cuatro plantas, en el que se parte de una zona de sótano donde se ubica la lavandería y los cuartos de calderas, una planta baja donde se ubican las zonas comunes y los despachos profesionales (comedor, cocina, salones de televisión, salas de estar, etc) y dos plantas de habitaciones. Cada planta está preparada para albergar a 20 personas, de forma que en la actualidad tendríamos 30 habitaciones ocupadas y 10 a la espera de concierto.

1.3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA.

La residencia de Torrejón funciona como un recurso de naturaleza social, en cuyo desarrollo y funcionamiento se trabaja en estrecha colaboración y coordinación con el sistema público de atención, tanto con los servicios sanitarios de salud mental, como con los servicios sociales especializados con este colectivo, a través de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente.

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

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

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

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

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

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

Para llevar a buen término la consecución de estos objetivos y propiciar su idoneidad a las características del usuario y al tiempo que permanecerá en la residencia, se lleva a cabo la

coordinación con los recursos de atención (centros de salud mental, centros de rehabilitación psicosocial, centros de rehabilitación laboral, etc.) que estén implicados en el proceso de rehabilitación del usuario y se establece un diálogo fluido para asegurar la complementariedad de las intervenciones, de manera que no se dupliquen servicios y se ofrezca una línea de intervención coordinada desde los distintos dispositivos.

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

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

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

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

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

En esta línea de fomentar la autonomía, es filosofía del recurso rescatar las potencialidades de los residentes; de modo que se intentará que la rutina diaria esté basada en el apoyo de unos residentes

a otros como primera opción de ayuda y no en la búsqueda sistemática del profesional. En este sentido, si un residente conoce el barrio y otro no, la primera opción de trabajo será que sea éste quien enseñe el barrio a la persona que acaba de incorporarse, dotándole de un papel fundamental como anfitrión del que ya se ha convertido en su hogar.

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

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

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

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

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

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

PERSONAL

El personal de la residencia lo componen:

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

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

Los datos, referentes a la sectorización establecida para las 30 plazas de la residencia quedan reflejados en la siguiente tabla:

ÁREAS Nº de habit.	Nº total de plazas.	Nº de plazas estancia indefinida.	Nº de plazas estancia transitoria.	Nº de plazas estancia Corta.
Distritos de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz 18-65 años	30 Plazas	10 Plazas	15 Plazas	5 Plazas

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

PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN.

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

Específicamente el perfil a atender sería:

- Personas con enfermedades mentales graves y persistentes cuyos déficits o deterioros en su funcionamiento psicosocial les impide hacer una vida independiente.
- Edad entre 18 y 65 años. Personas de ambos sexos.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar o social.
- Estar atendido y ser derivado desde los servicios de Salud Mental de las áreas sanitarias de referencia que se establezca en la distribución y sectorización de las plazas de la Miniresidencia.
- Estar en una situación psicopatológica estabilizada y no estar en situación de crisis psiquiátrica.
- No presentar enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia o cuidado sanitario continuado o especializado.
- No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás.

2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN

En este apartado se recogen datos sobre diversos aspectos de la atención llevada a cabo por el centro durante el año 2020: derivaciones, atenciones, lista de espera, incorporaciones y salidas producidas.

2.1. Movimiento asistencial.

2.1.1. Lista de espera en el último año.

Tabla 1. Personas en lista de espera.

Personas en lista de espera a 01/01/2018	17
Personas en lista de espera a 31/12/2018	13

2.1.2. Tiempo en lista de espera de las personas incorporadas

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

Tiempo medio en lista de espera de la personas incorporadas en 2018	91,25 días
---	------------

2.1.3. Derivaciones recibidas en el último año.

Tabla 3. Derivaciones recibidas en el último año.

Área 3	Alcalá de Henares	Torrejón de Ardoz	Total
Nº Derivaciones	9	8	17
Nº Personas derivadas	9	8	17

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

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

En relación al año anterior, el número de derivaciones se mantiene estable. Así mismo, el tiempo de espera de las personas derivadas es de 91 días. Esta cifra se explica porque los centros de

salud mental gestionan la lista de espera, no respetando el orden de derivación, de forma que cuando hay una plaza vacante, dicha plaza se ocupa con el candidato más urgente y no con el que lleva más tiempo en lista.

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

2.1.3. Entradas a la residencia.

Tabla 5. Entradas producidas durante el año.

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

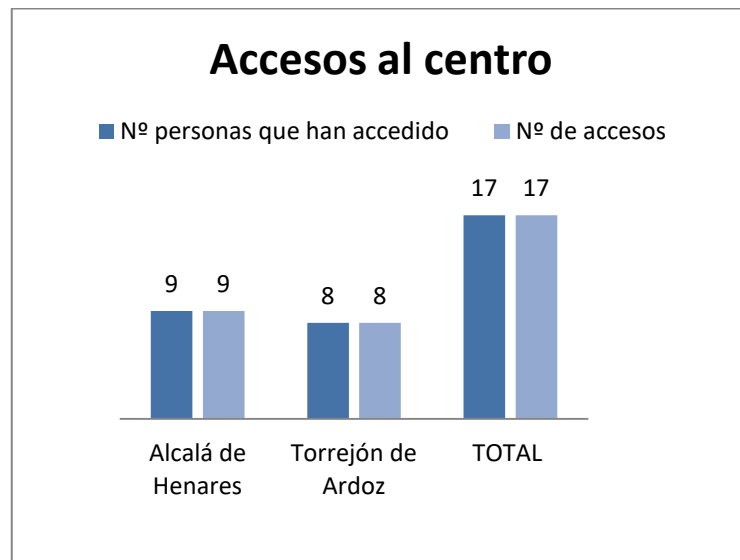


Tabla 6. Personas que han entrado en el centro durante el año.

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

	N	%*
Nº total de personas que han accedido al centro	17	100
Nº de personas que inician*	11	65

Nº de personas que reinician**	6	35
Nº de usuarios que han entrado durante el año atendidos previamente en la Residencia desde el comienzo de su funcionamiento	6	
Nº de usuarios que han reiniciado en el año al que se refiere la memoria	0	
Nº de reinicios	6	35

Durante el año 2020, diecisiete personas se han incorporado a la MR, de los cuales ocho eran de Torrejón de Ardoz y nueve del distrito de Alcalá. Del total de incorporaciones, sólo 6 han sido reinicios, lo que dota de mayor riqueza a las estancias del centro, demostrando que los derivadores buscan la utilización del recurso con perfiles diferentes a los ya conocidos. Este aumento de las plazas ocupadas por Torrejón de Ardoz tiene también que ver con la cercanía de la residencia a su distrito y con la flexibilidad de plazas que tiene el área, pudiendo ocupar el residente plaza en Espartaes Sur o en la Residencia de Torrejón en función de individualidades y procesos de rehabilitación.

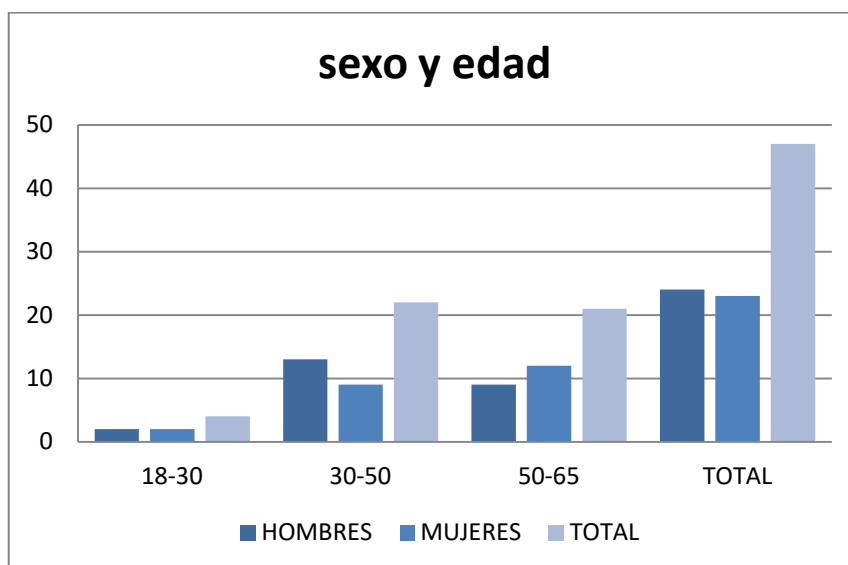
2.1.4. Atenciones en el último año.

Tabla 7.a. Atenciones realizadas durante el año.

Nº atenciones realizadas	47
Nº de personas atendidas	47
Usuarios en atención 31/12	30

Tabla 7b. Personas atendidas por sexo y edad.

Edad	Hombres	Mujeres	Total
18-30	2	2	4
30-50	13	9	22
50-65	9	12	21
Total	24	23	47

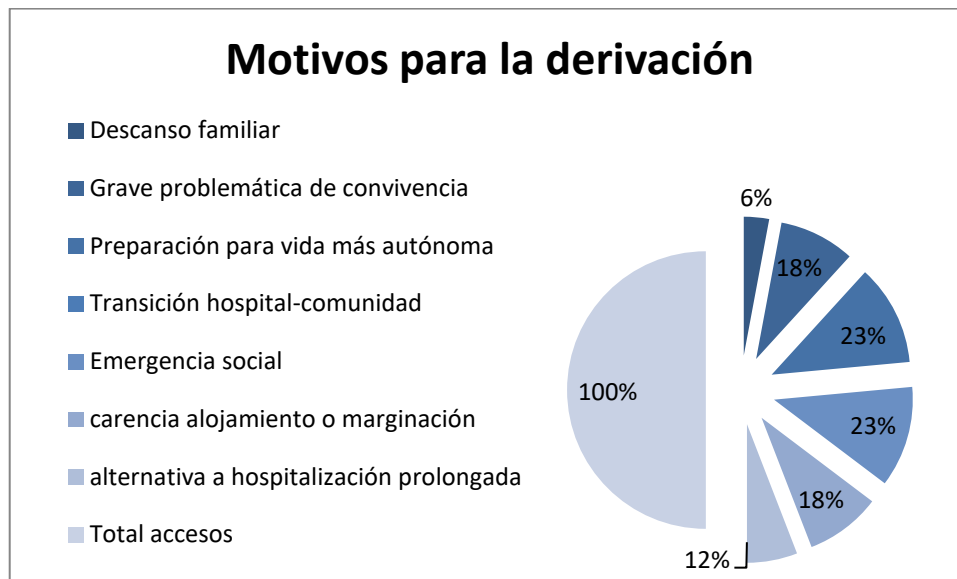


El perfil de usuario al que se ha atendido en la residencia a lo largo de este año, es un varón, con edad comprendida entre los treinta y los cincuenta años. A lo largo del año se han realizado varios intentos en las comisiones de referencia para que se incrementaran las derivaciones de mujeres, dado que históricamente las atenciones en el centro eran más equitativas entre ambos sexos, de lo que han sido este año. Para el año próximo, se seguirá trabajando en esta línea para fomentar el acceso de las mujeres al dispositivo.

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

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

Motivos para la derivación a la Residencia	N	%*
Descanso familiar	1	6
Grave problemática de convivencia	3	18
Preparación para vida más autónoma	4	23
Transición hospital-comunidad	0	0
Emergencia social	4	23
Carencia de alojamiento o marginación	3	18
Alternativa a Hospitalización Prolongada	2	12
Total accesos	17	100



Durante el 2020 los motivos más frecuentes de derivación de los Centros de Salud Mental son la preparación para vida más autónoma, los descansos familiares, la transición hospital-comunidad y las graves problemáticas sociales y de convivencia.

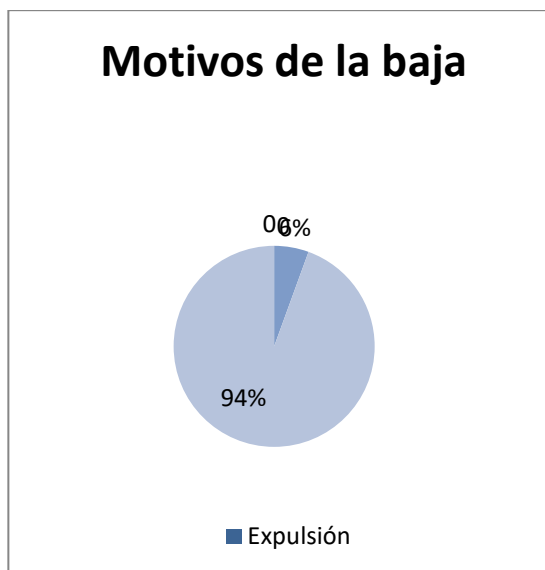
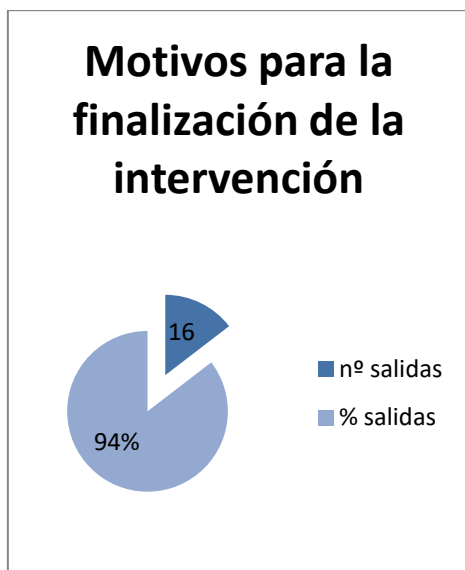
2.1.6. Salidas de la residencia.

Tabla 9. Salidas producidas durante el año.

Personas que han salido	17
Salidas producidas	17

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

Motivos de la finalización de la intervención	nº salidas	% salidas
Altas (1)	16	94
Bajas (2)	1	6
Baja por:		
Abandono voluntario	0	0
Derivación a otro recurso	0	0
Fallecimiento	0	0
No adecuación al recurso	0	0
Expulsión	1	6
Por inadecuación de perfil	0	0
Total	17	100



Durante el 2020 se han producido 17 salidas de usuarios del centro siendo un 94% altas por cumplimiento de objetivos. Solamente se contó con una baja 6% restante que fue 1 usuario expulsado por inadecuación de perfil, dado que se trataba de un consumidor activo que estaba distorsionando gravemente la convivencia en el dispositivo.

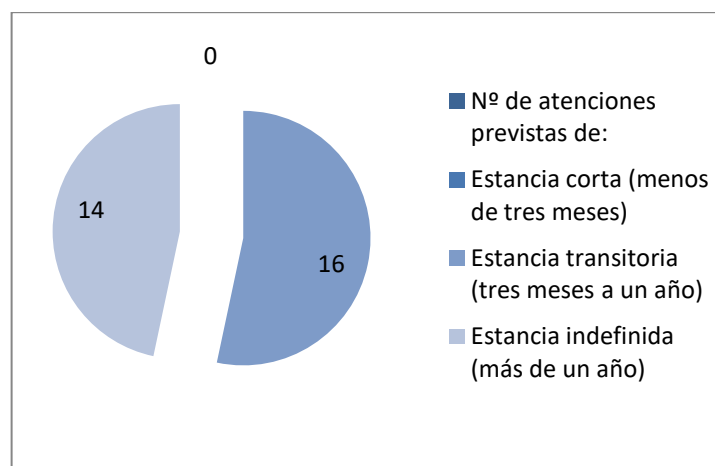
Este alto porcentaje de altas en 2020 (94%) en comparación a las acaecidas en 2019 (75%) obedece a un esfuerzo notorio por parte del equipo de la residencia para lograr optimizar procesos de rehabilitación y facilitar la salida de las personas que han ocupado plaza en el centro a alternativas residenciales en comunidad. Para ello, el equipo ha contado con un programa específico de trabajo denominado **“Programa de alternativa Residencial”** que pretende realizar una atención integral al usuario enfocado desde el momento en el que accede al recurso a posibilitar su salida del mismo. Este programa está resultando un gran éxito de intervención y se explicará con más detalle a lo largo de la memoria de actividad.

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

2.2.1. Número de atenciones realizadas según estancia prevista.

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

Nº de atenciones previstas de:	
Estancia corta (menos de tres meses)	0
Estancia transitoria (tres meses a un año)	16
Estancia indefinida (más de un año)	14



Como puede observarse por los datos, existe una diferencia muy significativa entre el porcentaje de usuarios que han sido derivados al centro con estancias transitorias, encontrándonos con un 80 y los que son derivados con estancia corta, tan sólo un 10.

Las plazas indefinidas, a pesar de ser ocupadas por usuarios de muy difícil salida o que están esperando por edad una plaza en residencia de mayores tras la tramitación del certificado de dependencia, han sufrido un descenso con respecto a años anteriores. Habiendo podido dar movilidad a varias de estas plazas.

2.1.2. Duración de la estancia.

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

Duración de la estancia de los residentes en atención a 31/12	N	%
< 1mes	0	0
1mes a 6 meses	4	13
6 meses a 12 meses	8	27
1 año a 2 años	4	13
2 años a 3 años	0	0
3 años a 4 años	0	0
4 años a 5 años	0	0
>5 años	14	47
Total	30	100

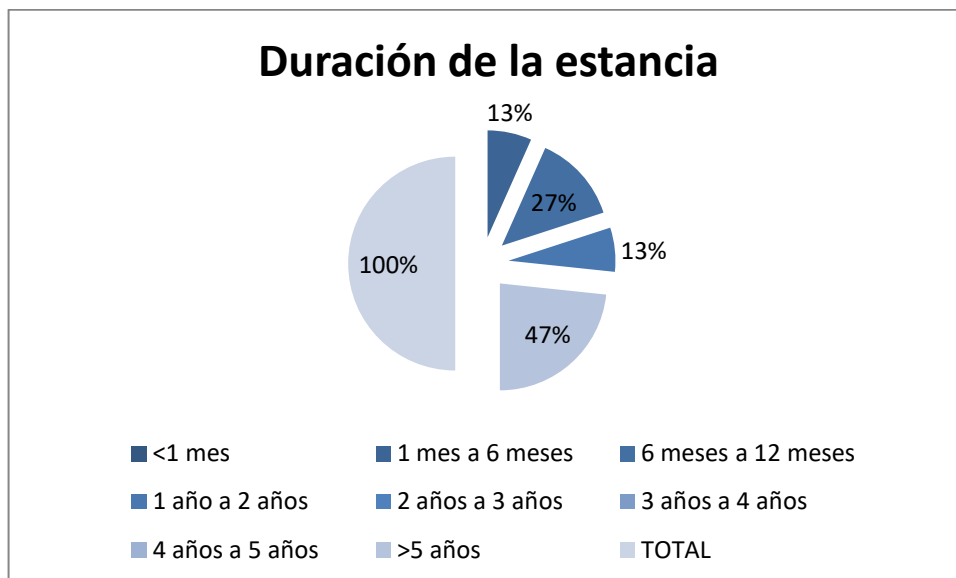
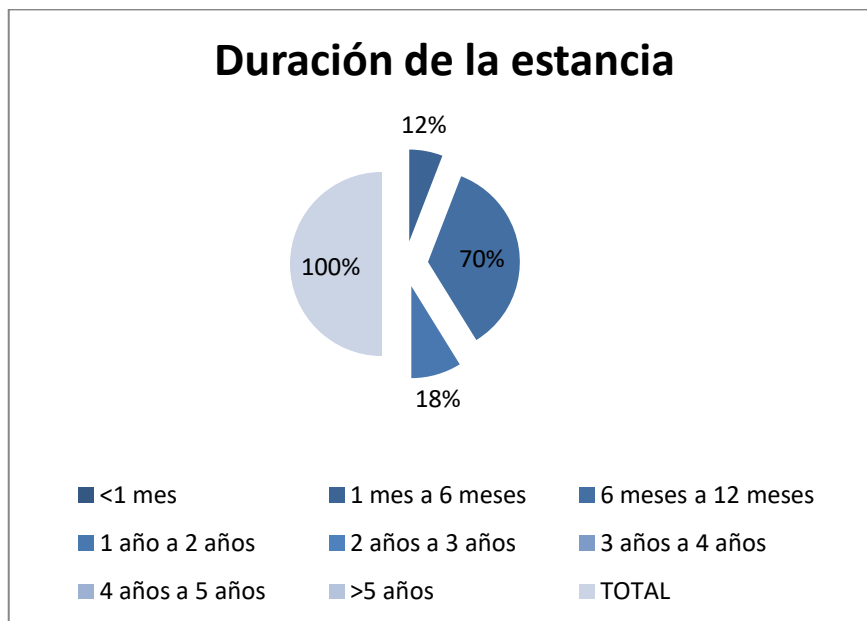


Tabla 13. Duración de la estancia de los usuarios que han salido durante el año.

Duración de la estancia de las salidas producidas durante el año	N	%
< 1mes	0	0
1mes a 6 meses	2	12

6 a 12 meses	12	70
1 año a 2 años	3	18
2 años a 3 años	0	0
3 años a 4 años	0	0
4 años a 5 años	0	0
>5 años	0	0
Total	17	100



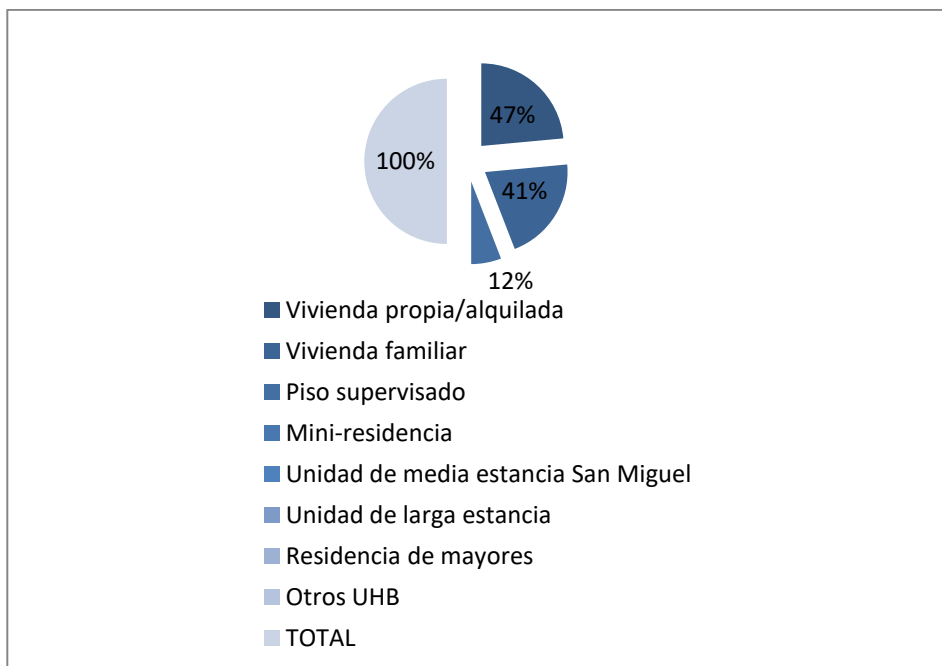
Los datos nos indican que los usuarios que han accedido al centro en 2020 han venido con objetivos de trabajo bien definidos y se ha trabajado con todos ellos para facilitar su salida del recurso. De esta forma el Programa de Alternativa Residencial desarrollado en el centro, se muestra como muy exitoso, facilitando el escenario de salida del recurso en aquellos usuarios que presentan capacidades para vivir de forma autónoma.

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

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

Situación residencial de los usuarios cuando finalizan su estancia en la MR	N	%*
Vivienda propia / alquilada	8	47
Vivienda familiar	7	41
Piso supervisado	2	12
Mini-residencia	0	0
Unidad de Media Estancia San Miguel	0	0
Unidad de Larga Estancia	0	0
Residencia Mayores	0	0
Otros UHB	0	0
Total	17	100

*% sobre las salidas totales



De las personas que dejan el centro en 2020, un 41% de los mismos lo hace para volver al domicilio familiar. Un 59% pasó a vivir de forma independiente en un piso o habitación alquilada (aquí incluimos también el 12% que pasa a vivir a un pisos supervisado como trampolín a la vida autónoma).

A pesar de la situación de pandemia, el hecho de poder construir alternativas domiciliarias con los usuarios para que pudieran marcharse fuera del centro, demuestra el carácter transitorio de un recurso como el nuestro y refuerza la idea de que la mirada del técnico a la hora de enfocar los procesos de rehabilitación debe estar en el afuera. Consideramos un 59% un buen dato que demuestra el esfuerzo del equipo de la residencia por trabajar para dotar a nuestros residentes de alternativas en comunidad. A pesar incluso de los ajetreos de la pandemia.

3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.

En este apartado de la memoria se recoge los datos sobre el perfil socio-demográfico y clínico-psiquiátrico de las **personas que se han incorporado al centro** a lo largo del año 2020.

Datos socio-demográficos:

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

Sexo	N	%
Hombres	9	53
Mujeres	8	47
Total	17	100

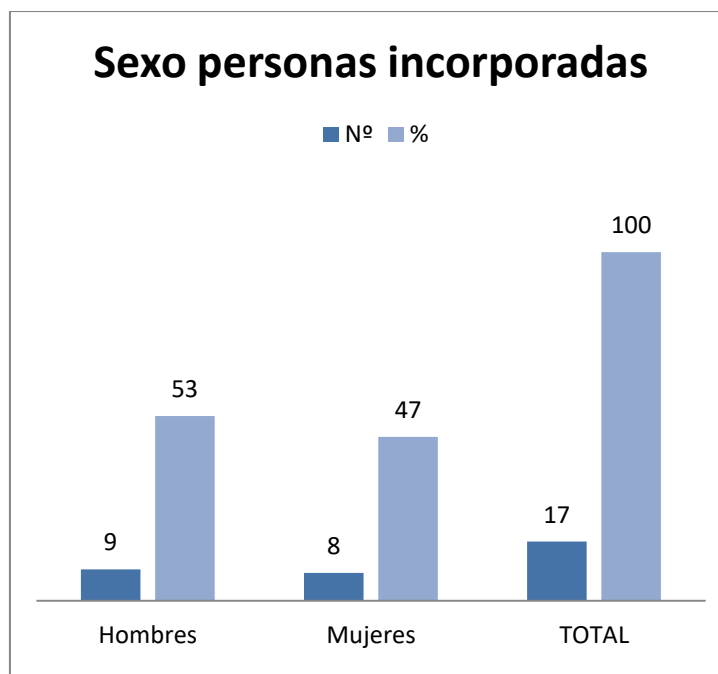


Tabla 16. Edad de los usuarios incorporados durante el año

Media de Edad..... 45,34 años

Edad	N	%
Entre 18 y 30	3	18
Entre 31 y 50	8	47
Entre 51 y 65	6	35
Total	17	100

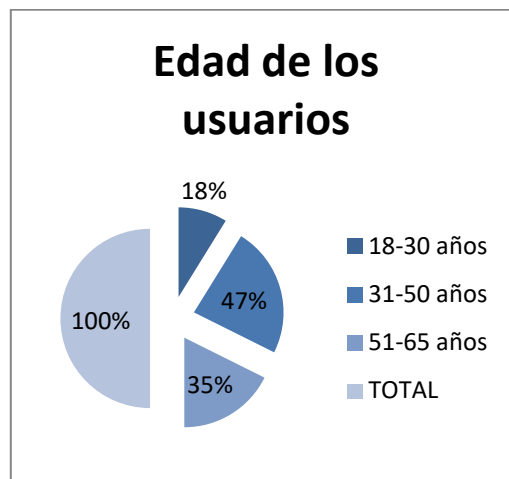


Tabla 17. Estado civil de los usuarios incorporados a lo largo del año.

Estado civil	N	%*
Solteros	14	82
Casados / pareja de hecho	1	6
Separados o divorciados	2	12
Viudos	0	0
No se conoce	0	0
Total	17	100

*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año (no sobre el total de entradas)

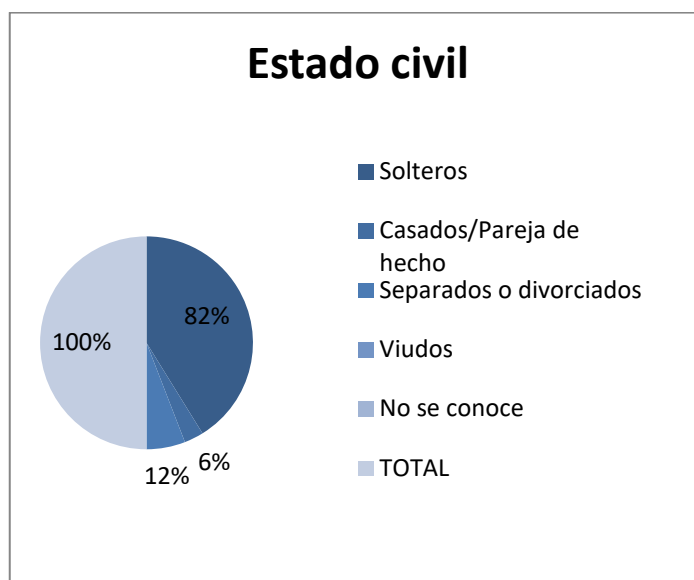


Tabla 18. Nivel educativo de las personas que se han incorporado durante el año.

Nivel educativo**	n	%*
Analfabeto	0	0
Sin estudio (lee y escribe)	1	5.9
Educación especial	0	0
Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB	6	35.3
Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB, ESO.	3	18
Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato	4	23.5
F.P. 1º grado.	1	5.9
F.P. 2º Ciclo de grado medio.	1	5.9
3º grado. Ciclo de grado superior.	1	5.9
Título de graduado medio universitario	0	0
Título de graduado superior universitario	0	0
Otros: Certificado de profesionalidad nivel 3	0	0
Se desconoce	0	0
Total	17	100

*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año (no sobre el total de entradas)

** Se refiere a estudios terminados

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

Tipo de convivencia***	N	%*
Solo	4	23
Con el cónyuge	2	12
Con padres	4	23
Con padre o madre	1	6
Con otros familiares	0	0
Con los hijos	0	0
Miniresidencia, piso protegido o pensión (supervisada)**	3	18
Otros (especificar) UME Calle UCPP UHB	2	12
Habitación en piso compartido	1	6
Total	17	100

*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año (no sobre el total de entradas)

** 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

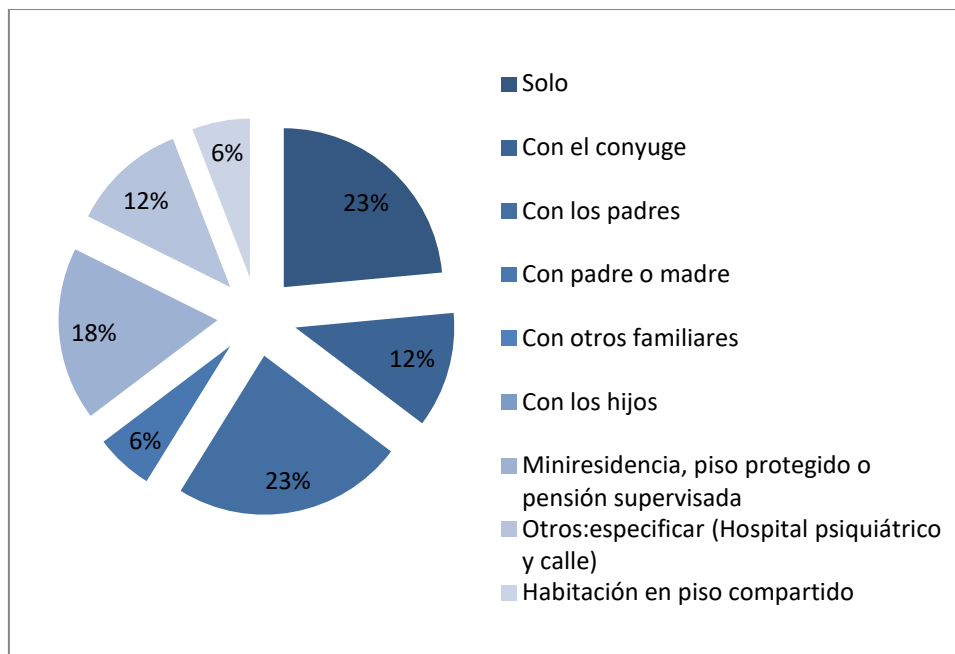
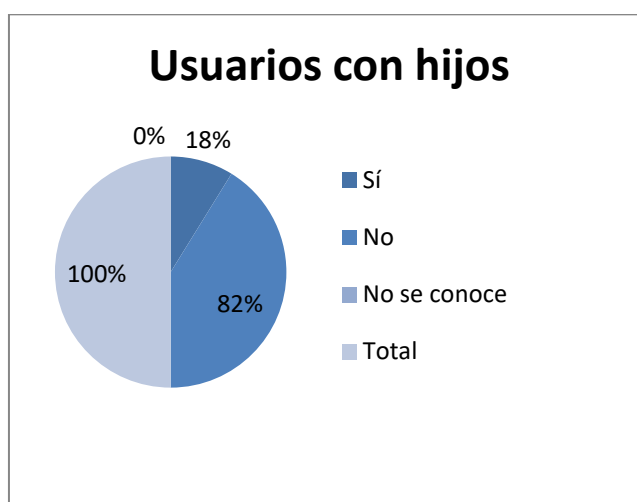


Tabla 20. Usuarios con hijos entre los incorporados durante el año.

Usuarios con hijos	N	%
Si	3	18
No	14	82
No se conoce	0	0
Total	17	100



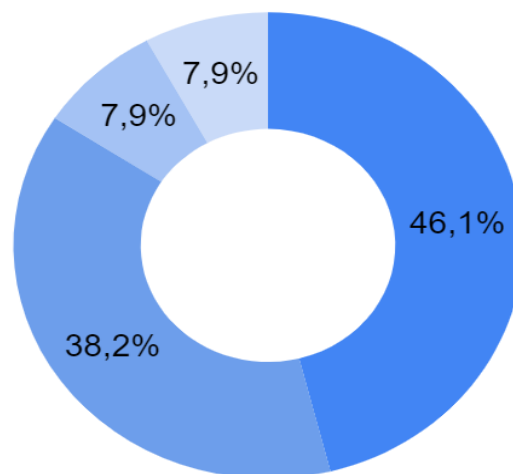
El perfil de los usuarios que se han incorporado al centro a lo largo del año 2020, está repartido al 47% de mujeres y 53% varones, en su mayoría solteros y con una edad media de 45 años, sin hijos. La mayoría, previa su incorporación al centro, vivían en el domicilio familiar, bien con un progenitor u otro, prevaleciendo un nivel de estudios de bachiller elemental y superior. A diferencia del año 2019, no se ha contado con la incorporación de perfiles muy jóvenes dado que la pandemia ha hecho priorizar usuarios de mayor edad y en muchos casos provenientes de la hospitalización, tanto de UHB como de las unidades de media estancia de San Miguel.

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

	n	%*
Usuarios con ingresos propios		
Sí	13	76
No	3	18
Nivel de ingresos		
Menos de 300 euros	0	0
De 301 euros a 600 euros	6	35
De 601 euros a 900 euros	5	29
Más de 901 euros	1	6
No se conoce	1	6
Procedencia de los ingresos		
Pensión no contributiva	6	35
Pensión contributiva	5	29
RMI	1	6
Trabajo	2	12
Orfandad	2	12
Hijo a cargo	1	6
Otros	0	0
No se conoce	0	0
Total	17	100

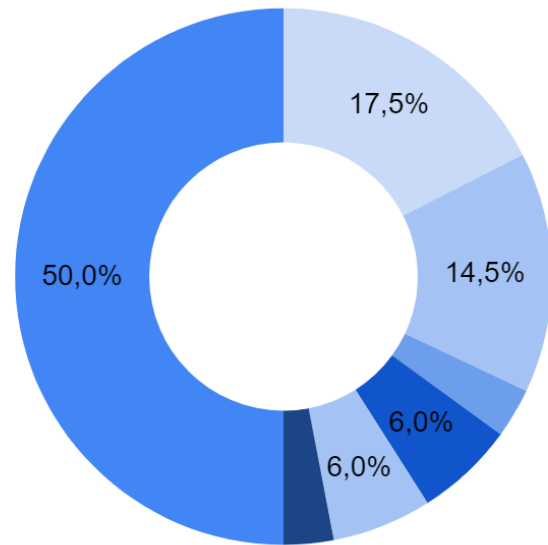
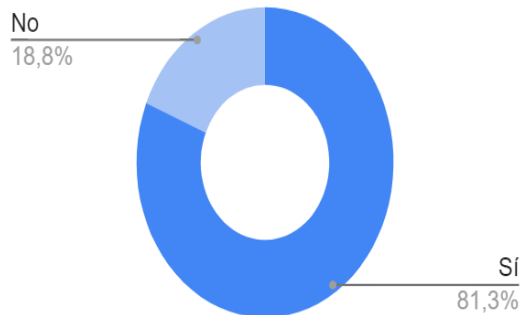
*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año (no sobre el total de entradas)

Nivel de ingresos



Procedencia de los ingresos

Usuarios con ingresos propios



Los ingresos de los usuarios que han accedido al centro durante 2019 provienen en un 41% de los casos de Pensiones no contributivas (PNC) y en otro 23% de pensiones contributivas, seguidos en un 25% de remuneración laboral y un 6% de la pensión de orfandad.

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

Tabla 22. Profesión de los usuarios incorporados durante el año

Profesión	n	%*
Sin profesión	0	0
Trabajadores no cualificados	5	29
Trabajadores cualificados	5	29
Estudiantes	1	6
Amas de casa	1	6
Ocupaciones marginales	0	0
Jubilado, pensionista	1	6
Otros	0	0
No se conoce	4	23
Total	17	100

*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año (no sobre el total de entradas)

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



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

Situación Laboral	Nº	%
Jubilado, pensionista	3	17
Parado (no necesario estar inscrito en la ORE)	5	29
Ama de casa	1	6
Trabajando (incluye actividad marginal e ITL)	2	12
Buscando primer empleo (no necesario estar inscrito en la ORE)	0	0
Estudiando	1	6
Incapacidad laboral permanente	5	29
Incapacidad laboral transitoria	0	0
Otros: Taller ocupacional	0	0
No se conoce	0	0
Total	17	100

Situación laboral

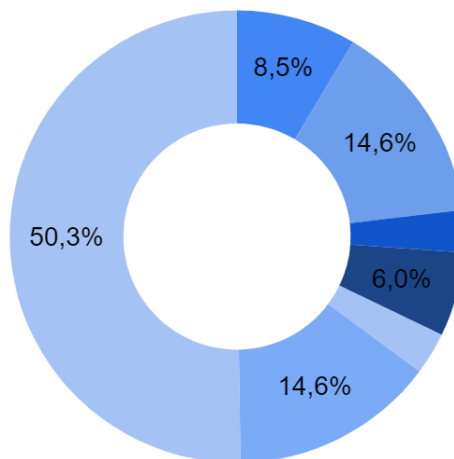


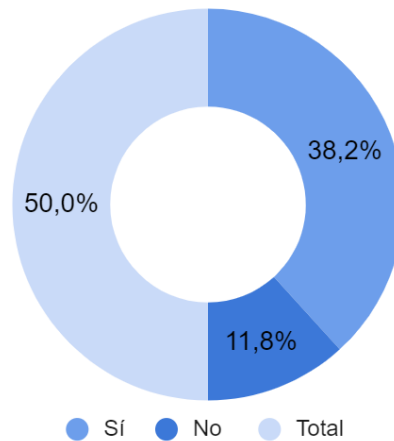
Tabla 14. Minusvalía entre los usuarios incorporados durante el año

Declaración de minusvalía	n	%*
Sí	13	76
No**	4	24
No se conoce	0	0
Total	17	100

*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año (no sobre el total de entradas)

** Incluye los que la están tramitando

Declaración de minusvalía



El 76% de los residentes tiene certificado de minusvalía, frente al 23% que no lo tenían.

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

Situación jurídica	n	%*
Ninguna	11	65
Curatela/Tutela patrimonial	3	18
Tutela	2	12
No se conoce	1	6
Total	17	100

*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año

(no sobre el total de entradas)

A tenor de los datos socio-demográficos, nos encontramos con que un porcentaje elevado de las incorporaciones de 2020 son usuarios que no tienen una profesión definida y son jubilados o pensionistas. El 65% de las incorporaciones de 2020 no presenta ninguna sentencia de incapacidad, frente al 35% que están tutelados o curatelados.

Datos psiquiátricos

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

Diagnóstico principal	n	%*
Episodio psicótico	1	6
Trastorno depresivo	1	6
Esquizofrenia Residual	0	0
Esquizofrenia indiferenciada	1	6
Esquizofrenia paranoide	9	53
Trastorno bipolar tipo I	0	0
Psicosis no especificada	1	6
Trastorno esquizoafectivo	2	11
Trastorno delirante	1	6
Trastorno Orgánico de la Personalidad	1	6
Se desconoce	0	0
Total	17	100

*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año (no sobre el total de entradas)

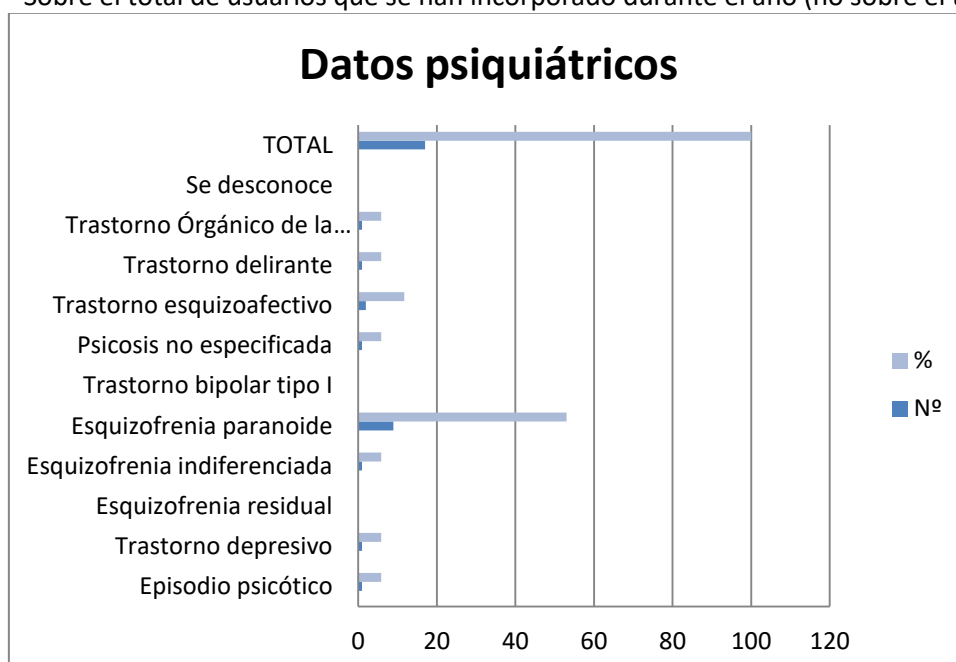


Tabla 27. Diagnóstico asociado de los usuarios incorporados a lo largo del año

Diagnóstico asociado	n	%*
No	0	0
Sí	17	100
Episodio psicótico	1	6
Psicosis Reactiva Breve	0	0
Abuso de sustancias	8	47
Alcohol	2	12
Cannabis	6	35
Total	17	100

*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año (no sobre el total de entradas)

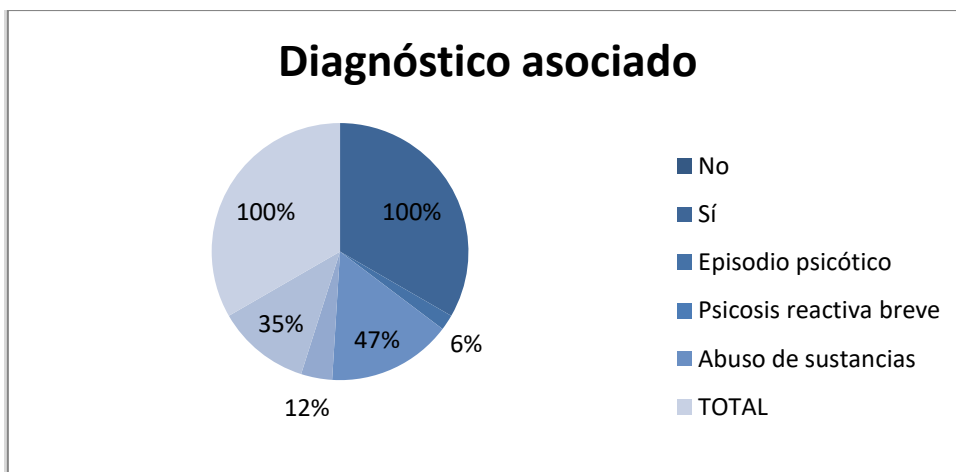


Tabla 28. Ingresos previos a la incorporación al centro de los usuarios incorporados a lo largo del año.

Ingresos previos	Nº	%
Usuarios con ingresos	2	12
Usuarios sin ingresos	15	88
Total	17	100

El perfil psiquiátrico de usuario que entró en la MR durante el año 2020 está repartido entre usuarios con diagnóstico de esquizofrenia (53%), otros trastornos psicóticos (41%) y un 6% con diagnóstico de trastorno de la personalidad.. La mayoría de los mismos con ingresos previos a su incorporación al centro y con diagnóstico asociado de consumo de tóxicos, especialmente cannabis o alcohol.

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 2020.

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

Ingresos en el año	Nº	%
Usuarios con ingresos	1	0
Usuarios sin ingresos	0	0
Numero de ingresos	1	
Total	1	0

Con respecto a los ingresos hospitalarios en 2020 ha habido 1 ingreso hospitalario por descompensación psicopatológica. Este nivel tan bajo de ingresos podría explicarse desde que la situación de pandemia ha ejercido de factor de contención en muchos de los residentes del centro. La disminución de la estimulación externa y el régimen rutinario vivido durante la situación de estado de alarma, ha favorecido que los usuarios estuvieran bastante tranquilos. Podían salir a dar paseos por el recinto y relacionarse con el resto de compañeros, con lo que la mayoría habla de la situación de pandemia como un periodo tranquilo, en el que se sentían seguros dentro del dispositivo. Llama la atención, como es a partir de la desescalada cuando vuelven a aparecer estados de nerviosismo y descompensación más notorios. Aunque ninguna de ellas acabó el hospitalización y pudo contenerse a nivel ambulatorio.

Dada la naturaleza comunitaria del recurso, es necesario que los usuarios accedan al mismo con estabilidad a nivel psicopatológico, porque de no ser así, la contención que necesitan no puede bien de descompensaciones, viene motivado por la situación de pandemia que ha atravesado todo este año 2020. Ante hospitales colapsados, el mejor mensaje para salvaguardar a los residentes de cualquier posibilidad de contagio era evitar la hospitalización. De esta manera, se solventaron muchas situaciones difíciles con contactos telefónicos con los facultativos de referencia y evitando la visita al hospital. Esta situación, es extrapolable también a las visitas al hospital por razones orgánicas. Disminuyéndose a la mínima expresión las salidas de residentes a hospitales.

5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.

La memoria del año 2020 no es un relato como el de otros años, sino que es un relato marcado por la pandemia de COVID-19. Toda la atención desarrollada en el dispositivo y toda la que no se ha podido desarrollar ha estado relacionada con la presencia del estado de alarma, las restricciones de movimiento y los intentos por mantener el virus lo más alejado posible de nuestras instalaciones. De esta manera, para poder ser fieles a todo lo ocurrido durante la pandemia, podemos organizar este apartado como una primera partes del año 2020 en la que todos los programas y filosofías llevadas a cabo son las que se describen a continuación y unos meses de estado de alarma (de marzo a julio) en las que la rutina cambió y tuvimos que hacernos expertos en gestionar una realidad diferente y sin la presencia de recursos comunitarios de ningún tipo.

En este apartado se describen en primer lugar los servicios básicos prestados por la residencia a lo largo de los meses de enero, febrero, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2020. Durante esos meses los programas y actividades de rehabilitación psicosocial, soporte social y apoyo a la integración comunitaria que se realizaron fueron los que se describen y después abriré un apartado especial para hacer referencia a los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio.

5.1. Servicios básicos y generales.

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

Servicios básicos	Alojamiento en habitación doble, en las adecuadas condiciones de higiene, intimidad y respeto a la persona.
	Ropa de cama y aseo.
	Uso de espacios comunes y zonas de convivencia.
	Manutención diaria. Poniendo a disposición de los residentes cuatro comidas, con menús equilibrados, inclusive en aquellos casos en los que sean necesarios disponer de menús especiales (diabéticos, sobrepeso, dieta blanda, vegetarianos etc.)

	<p>Limpieza y mantenimiento de los espacios comunes.</p> <p>Cuidado y apoyo personal que cada usuario necesite para las actividades de la vida diaria y su adaptación a la residencia.</p>
--	--

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

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

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

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

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

Cada una de las 30 habitaciones individuales está dotada de un armario empotrado, silla y mesas de estudio, estanterías, mesitas de noche, zapatero y cama. Por habitación se entregan dos juegos de toallas completos, dos de sábanas, manta y edredón.

En el salón y en la salas de estar, los residentes las pueden utilizar, siempre siguiendo las normas esenciales de convivencia, la televisión, el DVD, la cadena musical o coger libros de la biblioteca. Además, hay instalados dos ordenadores con conexión a Internet para uso de los residentes para hacer llegar las nuevas tecnologías e integrar su uso en la vida cotidiana a aquellas personas que aun no hayan tenido acceso.

Quincenalmente se realiza una compra general de alimentos (para desayuno y merienda) que entregan a domicilio. La realización de este pedido, así como la contabilización de lo que se ha gastado o no, corre a cargo de un equipo de residentes encargados. Así mismo, cuando se recibe el pedido, son los propios residentes los que se encargan de su recepción y colocación, con la ayuda de los profesionales del centro. En general la participación de los residentes en estos temas es muy positiva y fomenta la percepción del entorno como de un lugar común a habitar entre todos.

Situación de pandemia:

Se organizaron los turnos para que los usuarios no comieran juntos. Se separaron las mesas y en cada una de ellas sólo podía comer una persona. Nunca una al lado de otra, sino en mesas aisladas y previamente desinfectadas. Tareas de comedor que realizaban los usuarios, fueron asignadas al personal técnico y de limpieza, para garantizar la salubridad y prevenir el contagio. Sí se mantuvieron muchas tareas comunitarias, el comité de tareas y la asamblea del centro. Realizándose ésta en el recinto exterior del edificio y sirviendo el espacio para poder poner en común como se estaba viviendo la pandemia y qué problemas iban surgiendo en el cotidiano.

5.2. Atención psicosocial.

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

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

Durante los primeros días, se realiza un programa de acogida con la intención de que el residente se integre de una forma adecuada en el funcionamiento y desde este primer momento se marca un tiempo de evaluación, que dependiendo del tipo de estancia y de la temporalidad de la misma suele ser en torno a los 45 días. Durante este tiempo se realiza el PIAR (Plan Individualizado de Atención Residencial) con el objetivo de obtener la información necesaria para evaluar las distintas

áreas de intervención (autocuidados, requisitos básicos, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, administración de la medicación y del dinero, autonomía personal, ocio y tiempo libre, habilidades sociales, etc.) y diseñar los objetivos de trabajo durante la estancia.

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

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

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

En el PIAR se fija cada uno de los objetivos residenciales, se marca su prioridad y se indican las estrategias y formas de intervención. Los objetivos de cada persona son revisados y actualizados en reuniones periódicas de seguimiento que se realizan entre la Directora, la psicóloga, la Terapeuta Ocupacional y el Educador de Referencia del usuario. Siempre se busca que la responsabilidad de la intervención recaiga en la persona evaluada, que es el primer responsable de su vida y de su toma de decisiones, de forma que el equipo profesional le intentará acompañar en las decisiones que vaya tomando a lo largo de su estancia. En esta línea, los residentes participan en su junta de evaluación y en la confección de su PIAR decidiendo, junto con sus profesionales de referencia, qué objetivos trabajar durante el año y participando en sus evaluaciones mes a mes y en algunas ocasiones, hasta redactando los mismos.

Para aquellos casos en los que los usuarios son derivados para estancias cortas de un mes o menos, se establece a partir del informe de derivación y la observación directa las pautas a seguir en su

estancia, que serán conocidas por todo el equipo y estarán reflejadas en los soportes de comunicación del personal establecidos en la residencia.

Situación de pandemia

Hubo que retrasar la realización de PIARS y revisiones de objetivos, dado que una de las medidas de protección del equipo y los residentes fue limitar la actividad a lo más puramente asistencial para poder minimizar riesgo de contagio y después se instauró un sistema de turnos en los que los profesionales no compartían espacio físico salvo que pertenecieran al mismo turno. De este modo, hasta que no se estabilizaron los turnos y se normalizó el uso de las reuniones on line, hubo que paralizar estas actividades burocráticas. A partir del mes de julio se normalizaron estas nuevas formas de proceder y se ha ido retomando la actividad normal. Quedando sólo dificultades cuando algún profesional tenía que permanecer de baja por COVID o por haber resultado contacto estrecho en lo personal.

Programas y actividades desarrollados en la residencia

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

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

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

A continuación, pasamos a describir en términos generales las intervenciones y actividades realizadas en la residencia a lo largo del 2020:

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

PROGRAMAS	ACTIVIDADES	
PROGRAMA DE AUTOCUIDADOS Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	AVD BÁSICAS	Movilidad funcional Baño/Ducha Alimentación/ Continencia Cuidado A.T personales
	AVD Instrumentales	Cuidado del espacio personal y común Tareas domésticas Cuidado de ropa Realización de compras Movilidad en la comunidad
PROGRAMA DE AUTOCONOCIMIENTO	Intervenciones de Conocimiento de Lo que me ocurre Programa de Autonomía en Medicación	
PROGRAMA DE HABILIDADES DOMÉSTICAS	Taller de Cocina Realización y planificación de compras	
PROGRAMA COGNITIVO	Intervención ambiental Intervenciones de agenda Tertulia Superarte	
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Actividad de Running/Paseo Taller de Piscina	
PROGRAMA DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA	Taller de inglés Taller de informática	
OTROS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES	Planificaciones económicas	
	Programación de agendas	
	Intervenciones con las familias	
	Desarrollo de programas de vuelta y adaptación al domicilio de origen	
	Salidas culturales, excursiones y programa de vacaciones	

DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

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

A continuación se presenta el desarrollo de los programas y actividades de intervención de la residencia durante el año 2020:

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

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

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

1. Mejorar la movilidad funcional:

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

2. Mejorar hábitos de aseo personal:

- 2.1 Instaurar rutina de ducha diaria previo análisis de las causas generadoras de esta deficiencia: carencia de motivación, de capacidad para ejecutarlo o de hábito y estableciendo las medidas terapéuticas oportunas.
- 2.2 Instaurar el hábito de lavado de pelo con una periodicidad adecuada según el tipo de pelo

2.3 Mejorar el cuidado del cabello con las atenciones que este requiera según el usuario:
cortar, cepillar....

2.4 Instaurar rutina de higiene bucal al menos 2 veces al día

2.5 Mejorar el cuidado de uñas, nariz y piel

2.6 Mejorar la higiene en el inodoro, y en el caso de las mujeres instaurar una rutina de cuidados necesarios durante la menstruación.

2.7 Fomentar la autonomía en el uso y cuidado de aquellos dispositivos diseñados para el control de la incontinencia urinaria o fecal en aquellos casos que lo precisen

3. Mejorar imagen personal

3.1 Instaurar el hábito de cambiarse de ropa interior y exterior con una periodicidad adecuada.

3.2 Fomentar la capacidad para seleccionar las prendas de vestir en función de la estación, actividad, acontecimiento....

3.3 Promover el hábito de depilación y afeitado/cuidado de la barba con una periodicidad adecuada según el caso

3.4 Fomentar el uso de cosméticos que contribuyan a una mejora de la higiene e imagen personal: desodorante, cremas, colonia

4. Mejorar sus hábitos en la mesa durante la alimentación

4.1 Crear hábitos de higiene en relación a la alimentación: lavarse las manos antes y después de la comida, utilizar servilletas para limpiarse la boca.

4.2 Hacer un uso adecuado de los cubiertos y adecuar los procedimientos utilizados para la manipulación de los alimentos a los que se considera socialmente aceptable.

4.3 Mejorar el proceso de masticación-deglución y adecuar el tiempo empleado en comer

4.4 Favorecer la relación-conversación con otros comensales haciendo de la comida una actividad relacional

4.5 Mejorar el comportamiento en la mesa ajustándolo a las pautas consideradas socialmente aceptables eliminando todo comportamiento disruptivo.

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

5.1 Concienciar sobre la importancia de las actividades que hacemos previas al sueño para fomentar/reducir la capacidad de dormir

5.2 Reducir la ingesta de productos con cafeína en las horas previas al sueño nocturno.

5.3 Dotar de herramientas y recursos para las noches en las que se presentan dificultades para conciliar y mantener el sueño (ingesta de tilas, pasear, tomar medicación pautada si insomnio,...).

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

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

1. Mejorar el cuidado del espacio personal y común

1.1 Concienciar sobre la necesidad e importancia de mantener un orden y limpieza de su habitación y zonas comunes.

1.2 Instaurar el hábito de limpieza diaria de su habitación mejorando el proceso de ejecución de todas las tareas que ello implica: hacer la cama, limpiar el polvo, mantener el orden, barrer, fregar y cuidado de objetos personales

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

2.1 Crear el hábito de responsabilizarse de las tareas que le corresponden

2.2 Mejorar la ejecución de las tareas domésticas comunitarias mejorando todos los procesos cognitivos implicados en ellas

2.3 Mejorar la capacidad y generar aprendizajes que permitan el uso de los electrodomésticos necesarios para realizar las tareas domésticas

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

3.1 Concienciar sobre la necesidad e importancia de llevar a cabo un cuidado de su ropa

3.2 Crear el hábito lavadora y plancha semanalmente generando el aprendizaje del uso de estos electrodomésticos

3.3 Instaurar la rutina de mantener la ropa guardada y bien colocada en el armario y los cajones.

- 3.4 Mejorar la capacidad o generar los aprendizajes necesarios para reparar la ropa o calzado estropeado y en su defecto facilitar los recursos externos oportunos.
4. Mejorar la capacidad para hacer uso de sistemas de comunicación como teléfono, móvil, Internet....
- 4.1 Mejorar la capacidad o generar los aprendizajes necesarios para comunicarse con sus familiares y amigos a través del teléfono, correo electrónico o sistemas de videoconferencia (muy útil cuando la familia de origen se encuentran en otros países)
- 4.2 Crear el hábito de buscar de forma autónoma la información necesaria apoyándose en internet y las nuevas tecnologías (Búsqueda de calles, inserción de currículum vitae, inscripción en cursos etc)
5. Mejorar la capacidad necesaria para desenvolverse de manera autónoma en el entorno en el que vive.
- 5.1 Incrementar la capacidad o generar el aprendizaje necesario para planificar itinerarios e interpretar mapas y planos.
- 5.2 Dotar de habilidades o recursos que le permitan hacer una búsqueda de información sobre el transporte público
6. Mejorar la capacidad para realizar compras de manera autónoma.
- 6.1 Establecer el hábito de utilizar listas de la compra seleccionando los artículos necesarios.
- 6.2 Incrementar la capacidad o generar el aprendizaje necesario para calcular precios y estimar presupuestos
7. Fomentar conductas de seguridad antes situaciones de emergencia.
- 7.1 Dotar de los conocimientos necesarios para identificar factores de riesgo situaciones peligrosas en el hogar.
- 7.2 Dotar de habilidades para llevar a cabo estrategias preventivas para mantener un entorno seguro.
- 7.3 Mejorar el conocimiento de los dispositivos o servicios oportunos en caso de situaciones de emergencia.

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

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

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

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

9. Potenciar el desarrollo de habilidades culinarias

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

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

9.3 Desarrollar menús semanales/mensuales equilibrados

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

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

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

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

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

Situación de pandemia

Durante la situación de pandemia la supervisión de habitaciones y procesos de Avds básicas se tuvo que reducir a lo imprescindible y siempre evitando o minimizando el contacto con el usuario. Con la aparición de mascarillas de alta protección, se retomaron este tipo de supervisiones, asegurándonos la correcta ventilación de los espacios antes de proceder a tareas tan cercanas al residente.

- **Programas de salud**

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

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

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

PROGRAMAS DE SALUD			
Talleres	Objetivos Específicos	Formato	Frecuencia
Taller de Paseo con Perros	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar un lugar de distensión, socialización y relajación. • Mejorar el estado físico a través de los ejercicios desarrollados con los perros. • Desarrollar el hábito de ejercicio moderado • Practicar el cuidado a un tercero • Disminuir el sedentarismo 	Grupal	Semanal (invierno-verano)
Taller de Running/Paseo	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar los contactos sociales e incrementar las interacciones intergrupales. • Conseguir un mejor mantenimiento y control de peso así como una reducción del mismo en aquellos usuarios con sobrepeso. 	Grupal	Semanal (invierno-verano)
Seguimiento Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el conocimiento de la enfermedad • Realizar las mediciones necesarias en función de las pautas del MAP • Regular la ingesta de alimentos y el ejercicio en función de las pautas del MAP 	Individual	Diario

Situación de pandemia

Si siempre el cuidado de la salud de las personas que viven en el centro es una prioridad, en situación de pandemia se convirtió en algo imprescindible. Se establecieron tomas de temperatura dos veces al día, así como de saturación de oxígeno en sangre de aquellos residentes con problemas pulmonares. Así como de toma de temperatura de los profesionales del centro. Ante el más mínimo síntoma de malestar en un profesional, se le retiraba del servicio y se debía poner en contacto con su MAP para valoración. De esta manera hubo muchas bajas profesionales, que hubo que cubrir con personal

temporal y esperar las cuarentenas pertinentes para su reincorporación a puesto. Con respecto a los usuarios, cualquier síntoma compatible con el COVID-19, llevaba aparejado un proceso de aislamiento preventivo del resto de usuarios que permitiera observar si la enfermedad evolucionaba o no.

En el mes de abril, el Hospital de Torrejón realizó una serología a todos los residentes y profesionales del centro y pudimos comprobar que nadie era covid positivo en el momento de la realización de la prueba, pero sí encontramos que dos usuarios y dos profesionales tenían anticuerpos de haberlo pasado.

Con la desescalada, llegó también la indicación de la Consejería de realizar y poner en práctica un Plan específico de contingencia ante el COVID-19. Este plan fue elaborado por un grupo de trabajo específico de profesionales del dispositivo en coordinación con la entidad gestora del centro y se habilitó una zona de aislamiento en la segunda planta, así como cuarto de epis, zona limpia, zona sucia y protocolos específicos de actuación ante un posible residente contagiado tanto de técnicos como de limpieza. Este Plan de Contingencia fue enviado a la Consejería en junio de 2020. Contiene así mismo registros de entradas y salidas del centro, de visitas de familiares, etc.

Junto con la desescalada y el plan de contingencia, se le asignó al centro una unidad de apoyo residencial formada por una médica y una enfermera de atención primaria, que serían el referente y criterio facultado ante cualquier residente con síntomas compatibles con COVID-19. Desplazándose al dispositivo a realizar pruebas de antígenos o PCR a aquellos usuarios que pudieran estar contagiados. Este punto de vía directa con primaria, ha facilitado sin duda la gestión sanitaria de una parte de la pandemia de la que un recurso de naturaleza social como el nuestro carece completamente. Por facilitar nuestra labor en momentos tan complejos, les damos nuestro más sincero agradecimiento.

Dado que nuestra población es altamente sensible, también ha formado parte de la prioridad en la vacunación y a finales de año se organizó el dispositivo para recibir la vacuna de pfizer a residentes y profesionales.

- **Programa de integración comunitaria.**

Los objetivos generales marcados desde este programa son:

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

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

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

Situación de pandemia

Durante la pandemia no ha sido posible realizar actividades comunitarias. Ante el cierre de centros de actividades, gimnasios, academias, instalaciones deportivas...se ha limitado o eliminado casi completamente la actividad de nuestros residentes fuera del recinto del centro. Sin embargo, se organizaron entre ellos para realizar pedidos a supermercados on line y que les trajeran ls productos de alimentación o capricho que solían degustar fuera del recurso y que en ese momento no podían comprar. Fue muy instructivo ver altos niveles de iniciativa y organización en personas que previo a la pandemia no mantenían relación y que gracias a esta situación estrecharon lazos y colaboraron juntos para que la rutina fuera mejor. De las sinergias entre los usuarios surgieron también iniciativas de reparación y mantenimiento del jardín, así como la realización de una pintura mural en un extremo del jardín con vivos colores que reza el lema: RESPIRA.

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Talleres	Objetivos Específicos	Formato	Frecuencia
Taller de Baloncesto	<ul style="list-style-type: none"> ● Facilitar un espacio de entretenimiento y distensión donde los usuarios se sientan a gusto consigo mismos y con los compañeros del grupo. ● Mejorar la salud en general y del estado físico. ● Conseguir que los usuarios vean en el deporte un medio al que recurrir como medio de relajación y fuente de disfrute. ● Fomentar el sentimiento de sana competición. ● Seguir y aceptar las reglas del juego. ● Jugar con usuarios de otros recursos y municipios ampliando la red social. ● Participar en torneos normalizados implementando la lucha contra el estigma. 	Grupal	Semanal (verano-invierno)
Taller de Punto	<ul style="list-style-type: none"> ● Aprender una destreza nueva: hacer punto ● Desarrollar el potencial creativo de los participantes. ● Potenciar la interacción y comunicación del grupo, promoviendo valores como la cooperación. ● Mejorar la motricidad fina. ● Participar en la creación de obras individuales y colectivas. ● Aprender destrezas y habilidades que vienen de una compañera que tiene enfermedad mental. 	Grupal	Semanal (invierno)
Taller de Inglés	<ul style="list-style-type: none"> ● Aprender nociones básicas de inglés. ● Renovar conocimientos adquiridos hace muchos años. ● Adquirir vocabulario para 	Grupal	Semanal (invierno)

	posibles viajes.		
Taller de informática	<ul style="list-style-type: none"> ● Adquirir nociones básicas de informática. ● Compartir un espacio en grupo. ● Practicar la lectoescritura. ● Disfrutar de un taller impartido por un usuario de la residencia 	Grupal	Semanal (invierno)

● **Programa de actividades de ocio.**

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

Los objetivos generales de intervención marcados para este programa son:

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

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

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

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

Situación de pandemia

No se han podido realizar actividades grupales organizadas de carácter lúdico. Se ha paralizado toda actividad de este tipo tanto en los distritos de Alcalá como de Torrejón, no realizándose ninguna de las actividades habituales. Además, la prohibición gubernamental de realizar grupos de más de seis personas en la calle también ha contribuido al aplazamiento de este tipo de actividades, salidas, excursiones o viajes de vacaciones. Siendo el primer año que los residentes no realizan viajes de vacaciones durante el periodo estival o excursiones que les saquen de la rutina cotidiana. Confiamos en poder retomar nuestra normalidad de ocio a partir del año próximo.

- **Programa Cognitivo.**

Los objetivos marcados para este programa son:

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

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

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar orientación temporal y conocimiento del entorno 	
--	---	--

Situación de pandemia

Las actividades llevadas a cabo dentro del dispositivo sí se han mantenido estables. Siendo respiros para salir de la monotonía diaria. Grupos como tertulia o las tardes de videoforum se han mantenido activos y han permitido que los residentes compartieran inquietudes y noticias de actualidad, así como les ayudará a sostener la situación de aislamiento.

Programa de Autoconocimiento

PROGRAMA DE AUTOCONOCIMIENTO

Talleres	Objetivos Específicos	Formato	Frecuencia
Actividad de Autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la conciencia y aceptación sobre las propias dificultades • Aumentar la conciencia de las consecuencias sociales de mis dificultades • Percepción de la necesidad del ayuda • Atribución de los beneficios del trabajo con otros • Conciencia de los síntomas generales y particulares 	Individual	Semanal
Programa de Autonomía en Medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la correcta selección de la toma y el buen reconocimiento de las pastillas • Fomentar las habilidades de planificación de la petición de medicación • Mejorar la adherencia al tratamiento • Promover la toma autónoma y generalizada de la medicación sin necesidad de supervisión directa. 	Individual	Semanal

<p>Grupo de Mujeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la identificación con el rol femenino • Mejorar la relación entre las mujeres de la Residencia • Establecer un clima de seguridad y respeto grupal 	<p>Grupal</p>	<p>Semanal</p>
--------------------------------	--	---------------	----------------

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

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

Muchos son los residentes que custodian su propia medicación bajo llave en su dormitorio y sólo enseñan las tomas sin recuerdo a los profesionales. Este tipo de intervenciones fomenta la generalización y la seguridad que los residentes tienen en ellos mismos, a la vez que disminuye la dependencia de la institución.

Trabajo de contención y prevención de recaídas

Esta línea de trabajo la guía la psicóloga del centro y es seguida por todos los profesionales del mismo. El objetivo es detectar junto con el usuario que necesita para que los síntomas de su enfermedad no le mermen o imposibiliten el funcionamiento diario. Para llevar a cabo este objetivo se mantienen intervenciones periódicas y se recogen los datos necesarios de sus vivencias cotidianas y de los acontecimientos significativos de su diario para prevenir descompensaciones. Para llevar a cabo la consecución de este objetivo, conviene destacar el papel que juega la visión global que todo el equipo de profesionales aporta del usuario, ayudando a sus personas de referencia y a la propia persona implicada.

Situación de pandemia

Los programas destinados a sostener a los residentes a nivel emocional y clínico se han mantenido activos y se han intensificado. Se ha dedicado mucho tiempo a valorar con cada residente su estado de ánimo y sus posibles oscilaciones sintomatológicas en una situación tan compleja como la pandemia vivida. Pérdidas de familiares de usuarios, de contactos distanciados y de rutinas rotas, han requerido apoyo profesional continuo. Así mismo, la desaparición durante algunos meses de los recursos diurnos de rehabilitación, ha provocado que la residencia tuviera que sostener procesos individuales de rehabilitación sin apoyo externo. Según fueron pasando las semanas, se empezó a recibir apoyo de parte de los profesionales de estos dispositivos y de los CSM por vía telefónica o telemática, pero no ha sido hasta final de año, cuando podemos hablar de una rutinización de actividad externa parecida a la que teníamos previa a la pandemia.

- **Programa de Habilidades Domésticas**

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

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

Situación de pandemia

Durante los meses más duros de la pandemia, se vio detenida la actividad de cocina y la planificación de compras. Tanto por razones de limitación de la movilidad como por razones de higiene en la cocina. Ambas actividades se fueron retomando a partir del mes de julio con la desescalada.

Programa de Alternativa Residencial:

A lo largo del año 2019 el trabajo de la residencia se ha centrado en la valoración y potenciación de las capacidades para el mantenimiento en vida autónoma de las personas que accedían al centro. Este programa específico de orientación comunitaria recibe el nombre de **Programa de Alternativa Residencial**.

Se redactó una metodología específica de funcionamiento que posibilitara esta adaptación al entorno comunitario y esta concepción del recurso residencial como un medio en sí mismo para un fin ubicado en comunidad en el que gran parte de las personas que ocupan plaza en el recurso puedan salir del mismo.

De esta manera, se contemplan y facilitan salidas del centro a pisos compartidos, pisos supervisados, pisos alquilados, residencias de la red de atención al mayor y para algunos casos, retornos al domicilio familiar.

La perspectiva de la salida del centro a la hora de conceptualizar los procesos de evaluación e intervención y a la hora de redactar objetivos con la persona atendida, posibilita ir dibujando un escenario a medio-largo plazo que contribuye directamente a trabajar el proyecto de vida personal o al menos, a ir dibujando proyectos propios paralelos a los lugares de origen.

La construcción de la alternativa residencial a la salida del recurso, se antoja como la tarea a la que dedicar la estancia de las personas que acuden al centro, porque en muchos casos, ponerse en contacto con donde se quiere vivir, cómo y con quién implica la toma de conciencia de uno mismo en diferenciación con el otro y la aceptación de las limitaciones y deseos propios.

Es objetivo de los profesionales que desarrollamos nuestra labor en la Residencia y pisos de Torrejón, acompañar a las personas que ocupan plaza en nuestro centro en este camino de descubrimiento personal.

Este área en particular se desarrolla:

- A nivel individual: mediante intervenciones articuladas por el equipo profesional (o reseñar profesional concreto) que serán recogidas en la Historia del Usuario y cuyos resultados serán evaluados en la revisión de objetivos correspondiente.
- A nivel grupal: se trabajan los deseos de vida independiente desde el modelado de las intervenciones realizadas por los compañeros del centro y mediante visitas a los pisos supervisados para poder contemplar un tipo de modelo de vida fuera de la residencia.
- De forma transversal: a través de los diferentes espacios convivenciales de la residencia y en los espacios grupales, como podrán ser el espacio del comedor, la sala de la televisión, los espacios de pc con internet, etc.

Para llevar esta tarea a cabo, se articulan las intervenciones de los técnicos a tres niveles:

Intervenciones familiares: espacio de trabajo para clarificar procesos de vuelta a domicilio familiar o de emancipación del mismo. Aquí se rutinizan los contactos periodos con la familia de origen y el residente para valorar como transcurren las estancias en domicilio y poder poner en palabras las dificultades de convivencia e ir dando indicaciones para que los encuentros resulten lo más fluidos posibles. Así mismo, se realizan también este tipo de contactos para poder facilitar los procesos de emancipación del domicilio familiar tras el paso por el recurso, si así lo desea la persona. En este tipo de intervenciones se clarifican situaciones económicas, se orienta en la consecución de prestaciones con el apoyo del CSM y se trabajan roles familiares alternativos a la dependencia.

Intervenciones orientadas a la construcción y clarificación del proyecto vital: se realizan intervenciones con periodicidad semanal/quincenal para que la persona pueda hablar de sí mismo y del momento vital en el que se encuentra. Los profesionales ayudaran a la persona a

poner en relación sus deseos con su realidad e ir dibujando escenarios alternativos de residencia y ocupación.

Intervenciones orientadas a la capacitación autónoma: este apartado es eminentemente práctico. Se ayuda a la persona a enfrentarse con las tareas que lleva aparejada la emancipación: tales como la planificación económica, la organización de menús, la realización de compras y la cocina de alimentos. Para realizar estas intervenciones, no se espera a que la persona tenga clarificados los lugares alternativos de residencia o fecha de salida prevista, sino que se valora al inicio de estancia las potencialidades de vida autónoma y se realizan intervenciones de cocina periódicas, que irán aumentando de frecuencia e intensidad según vaya transcurriendo el tiempo y la satisfacción de la persona. El objetivo será preparar para la vida fuera del centro.

Estas intervenciones se articulan a lo largo de la semana en turnos de mañana o tarde y tienen la peculiaridad de que el plato que se cocina el residente, sustituye al menú del catering, con lo que la comida preparada no es un acompañamiento a la comida o a la cena, sino que constituye dicha comida en sí misma. Se trabaja el compromiso y la responsabilidad de la persona para informar de que ese día no se le pida menú y se le acompaña en el proceso de compra y elaboración del plato, en la medida de sus necesidades.

El importe de dicho plato lo proporciona el centro y dado el coste económico que supone para la caja del recurso (hay que tener en cuenta que cocina un total de 14 residentes de los 30 que ocupan plaza y tres están en proceso de evaluación inicial) se ha formado una comisión de trabajo que organiza una despensa mínima de productos básicos a disposición de todo el que cocina, de forma que la compra de productos y por tanto el importe de los mismos, se reduzca lo máximo posible. Aun así, el gasto medio mensual en esta partida suele ascender a los 200 euros al mes.

En otros periodos el importe de de estas intervenciones ha recaído en el residente, dado que se considera que reservar una parte del dinero mensual a estas actividades contribuye a organizar gastos fijos y a experimentar las dificultades cotidianas asociadas a la selección de productos en una vida independiente. Así mismo, posibilita a los residentes puede elegir alimentos más sofisticados, al no estar limitados por la economía del centro.

Calendarios de salida

El calendario sería la herramienta final de los procesos de alternativa residencial. Constituye un conjunto de acuerdos que se toman con la persona para realizar la salida paulatina del centro e ir adaptándose progresivamente al lugar nuevo. Implica momentos de dormir en la residencia y otros fuera, implica intervenciones con profesionales en medio del proceso, implica acompañamientos (si la persona así lo demanda) a inmobiliarias o incluso puesta en relación de personas que están buscando alojamiento a la vez y que tienen a priori, deseos parecidos.

Este calendario se realiza para vueltas a domicilio familiar, para salidas a piso supervisado, para salidas a piso de alquiler, etc (siempre que el residente no prefiera marcharse de golpe). Contempla también el apoyo en la realización de la mudanza con petición de furgoneta, si fuera necesario.

Tras la mudanza, suele ser frecuente dejar la plaza unos días sin ocupar (2-3 y previa coordinación con el CSM), en los que se establece contacto diario con el residente y se le invita a venir al centro a contarnos cómo se encuentra de forma que pueda solicitar ayuda o retorno a la residencia si la nueva alternativa no le satisficiese. (Revisando datos de estancia, no tenemos ningún usuario que hay deseado volver durante estos días).

Añadir, que los tiempos que se manejan para la realización de este programa son muy diversos y no suelen ser menores a un año. Dependen de la persona, de sus posibilidades económicas, de los apoyos familiares y del CSM. Asumiendo que aunque los esfuerzos generales vayan orientados hasta este puerto, a veces la realidad no permite esta rotación de plazas ni la salida del recurso.

Situación de pandemia

El programa de alternativa residencial con todas las intervenciones específicas que lleva aparejadas, se ha visto detenido durante los meses de la pandemia. Pudo empezar a retomarse a partir del mes de julio y a pesar de no contar con la mitad del año para su ejecución, el número de residentes que se han marchado de alta del centro hacia una vida autónoma es del

59% de las salidas, lo que es un dato muy positivo. Lo que sí se han visto afectadas por la situación presente, son las intervenciones familiares, que ha habido que reducir a formatos on line, telefónicos o muy dilatados en tiempo, dado que las visitas están muy limitadas en el contexto residencial. Confiamos en poder ir recuperando poco a poco la normalidad a este respecto a lo largo de 2021.

- **Otros programas y actividades**

1. **Planificaciones económicas**

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

Conviene destacar, que a lo largo del 2020, y a pesar de la pandemia, se ha trabajado para disminuir el número de usuarios a los que se les administraba el dinero, reduciéndose casi exclusivamente a aquellos que presentan situación jurídica de tutela o curatela o que lo demandan entre sus objetivos de trabajo a la entrada al centro.

2. **Desarrollo de programas de agenda**

A lo largo del 2020 y a pesar de la pandemia, se mantienen las intervenciones para lograr la autonomía de los residentes por medio de la estructuración y la planificación de sus actividades diarias. Para ello se utilizan agendas anuales, donde cada residente es el responsable de controlar, anotar y repasar sus citas y actividades.

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

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

Actividades complementarias de apoyo y soporte social.

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

- Participación de ex residentes en actividades estructuradas y no estructuradas de la residencia, con el objetivo de facilitar su adaptación a su nueva residencia y/o facilitar la independencia de la residencia de forma progresiva. En algunos casos la residencia se convierte en un lugar de referencia y apoyo para ex usuarios que carecen de soporte familiar o social, en otras ocasiones haciendo funciones de contención (en muchas ocasiones telefónica), informando de su situación de desestabilización a sus profesionales de referencia, etc
- Realización de fiestas, despedidas, etc., en las que participan todos los usuarios, ex residentes, profesionales, etc.
- Celebración de fiestas y tradiciones: celebración de la Navidad, barbacoas, etc. Estas pequeñas celebraciones brindan oportunidades únicas para vincularse con los residentes y con sus familiares de manera más informal. Es importante señalar la importancia que se otorga a las iniciativas que nacen de los residentes, que si son ajustadas, se intentan desarrollar para favorecer el sentimiento de participación en la MR.

Situación de pandemia

No han podido llevarse a cabo ninguna de estas actividades rutinarias. Confiamos en poder retomarlas a lo largo de 2021.

Otras actividades: gestiones y acompañamientos

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

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

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

Situación de pandemia

Los acompañamientos se han visto reducidos significativamente. No solamente porque muchas de las citas presenciales no hayan tenido lugar, sino porque además existía limitación en número de acompañantes a citas médicas o pruebas ambulatorias. A partir de que la situación de pandemia empezó a estabilizarse, se retomaron muchos acompañamientos y actividades al exterior.

6. RESULTADOS.

En este apartado se recogen datos sobre mejora de la autonomía y funcionamiento psicosocial de los usuarios, así como datos relativos al uso de recursos comunitarios de diferente tipo (recursos de formación, laborales, de ocio) por parte de los usuarios del centro a lo largo del año 2020. Además, los resultados de la aplicación sistemática de algunos instrumentos de evaluación que hacen referencia a diferentes áreas o dominios: calidad de vida, funcionamiento y satisfacción. Los instrumentos utilizados para ellos son:

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

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

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

A lo largo del 2020 se ha trabajado para mantener el nivel de autonomía adquirido por los usuarios, especialmente en lo que respecta a la toma de decisiones sobre su propia vida y en un aumento de su participación en la rutina de la Miniresidencia.

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

El resultado ha sido muy positivo, cristalizando de forma muy activa los comités mixtos de usuarios y profesionales que se encargan de los temas que vertebran la convivencia del centro.

De este modo contamos con el comité de tareas, que se encarga de organizar las tareas del centro, el comité de plantas, que se encarga del mantenimiento de las zonas ajardinadas de la residencia y de las plantas de interior y estamos iniciando un comité de salud, que se encargará de la concienciación de las pautas saludables de vida.

6.2. Uso de recursos comunitarios.

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

Nº de usuarios que han participado en	Nº	%
Recursos de ocio, cultura y deporte	0	0
Recursos educativos (formales)	1	2
Recursos laborales y formativos (relacionados con el empleo)	2	4

A lo largo del año 2020 y debido a la situación de pandemia, el uso de recursos comunitarios se ha visto considerablemente mermado. No se han podido usar recursos de cultura, ocio y deporte, por permanecer éstos cerrados durante el año. Con respecto a los recursos educativos, sólo se han podido realizar un par de formaciones con carácter on line orientadas a sacarse el carnet de conducir y sobre las relacionadas con el empleo, una formación mediatizada por el CRPS de Alcalá para un curso de empaquetado y otro de ofimática

6.3. Cuestionarios globales de evaluación.

6.3.1. Satisfacción.

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

	N	%*
Nº de usuarios a los que se aplica el cuestionario	40	85
Nº de usuarios a los que no se les aplica	7	15
No estaba en condiciones de rellenarlo	0	0
No rellenó el cuestionario al marcharse	0	0

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

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

Nos encontramos con 3 personas a las que no se les pudo pasar el cuestionario, 2 al solicitar el abandono voluntario del recurso y uno que no se encontraba en condiciones para rellenarlo.

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

Nº ítem	¿Está usted satisfecho...	Media ítem
1	en general, con los servicios que presta este centro?	5.07
2	con el tutor que le atiende en este Centro?	5.33
3	en general, con las actividades en las que participa cuando acude a este centro?	4.83
4	con la comida?	4.42
5	con la limpieza e higiene de este centro?	5.36
6	con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales?	5.12
7	con la temperatura habitual que hace en el centro?	5.11
8	con las actividades que se llevan a cabo en este centro	5.19
9	con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?	5.03
10	en general con las instalaciones de este Centro?	5.41
11	con los horarios de este Centro?	5.13
12	con los profesionales que le atienden en este Centro?	5.28
13	con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?	5.15
14	con el nivel de participación que le permiten en este Centro?	4.96

Tabla 33. Datos sobre las subescalas del cuestionario de satisfacción

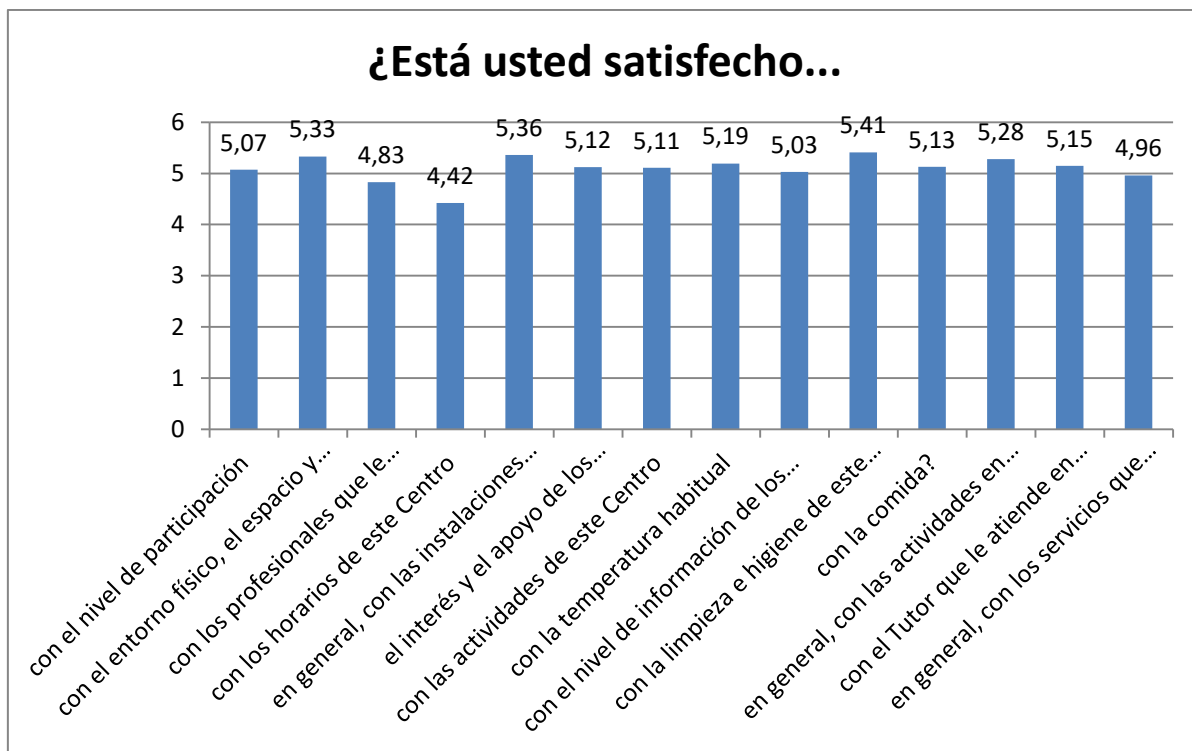


Tabla 33. Datos sobre las subescalas del cuestionario de satisfacción.

	Media
Satisfacción con la intervención	4,88
Satisfacción con los profesionales	5,19
Satisfacción con las instalaciones	5,26

Con respecto a los datos de 2019, comprobamos que los resultados de los usuarios no varían prácticamente de un año a otro. En líneas generales, durante el 2020, los usuarios muestran una satisfacción media con respecto a la intervención que se realiza con ellos, los profesionales y las instalaciones del centro. Las puntuaciones más bajas se sitúan en la temperatura, dado que el suelo radiante del edificio da bastante calor y mucha gente preferiría que la temperatura fuera más baja.

6.3.2. Calidad de vida.

Calidad de vida

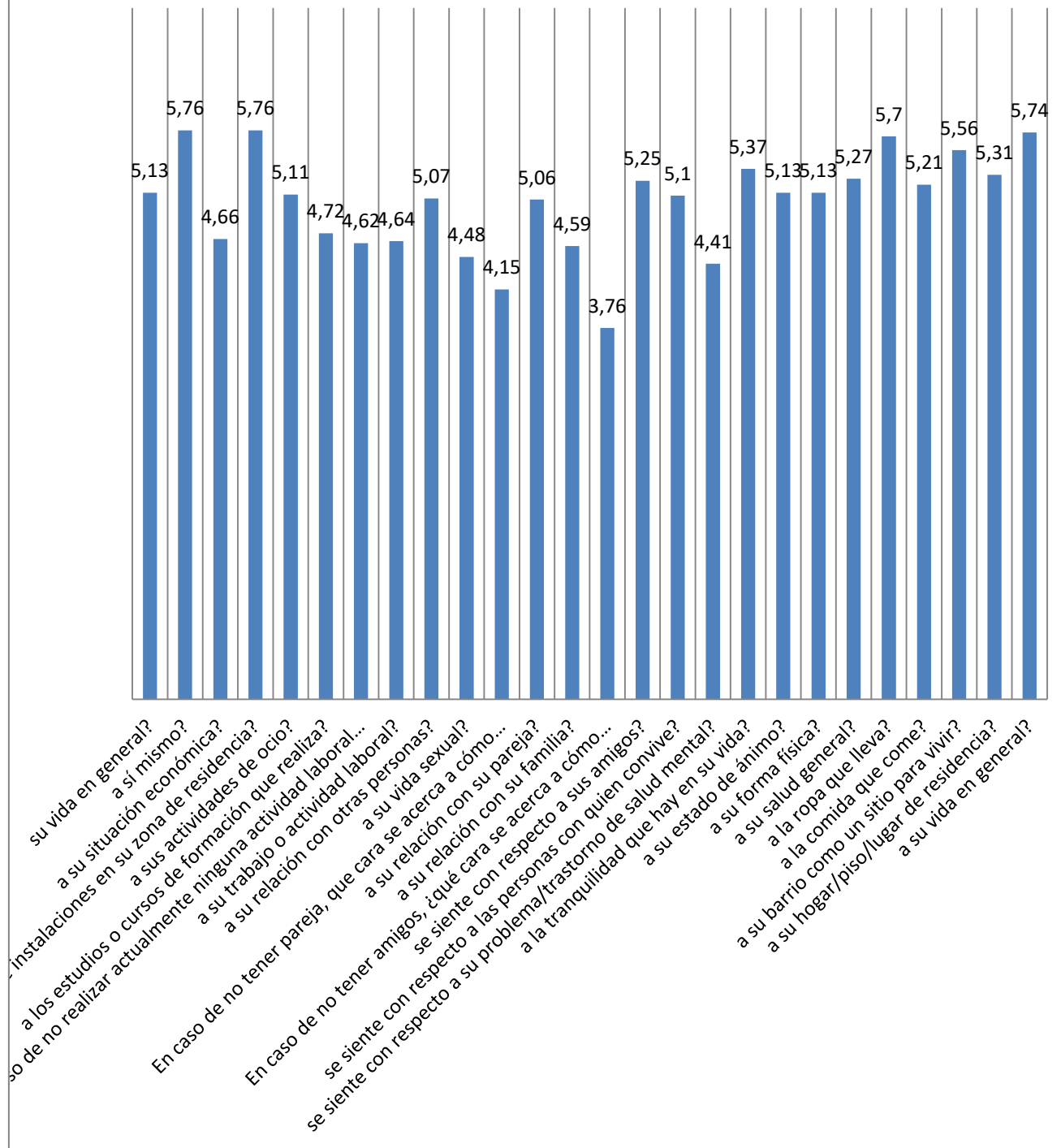
	Nº
Nº de personas evaluadas en CDV	30

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

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

Nº Ítem	¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:	Media Ítem
1	a su vida en general?	5.13
2	a su hogar / piso / lugar de residencia?	5.31
3	a su barrio como un sitio para vivir?	5.56
4	a la comida que come?	5.21
5	a la ropa que lleva?	5.70
6	a su salud general?	5.27
7	a su forma física?	5.13
8	a su estado de ánimo?	5.13
9	a la tranquilidad que hay en su vida?	5.37
10	a su problema / trastorno de salud mental?	4.41
11	a las personas con quien convive?	5.10
12	a sus amigos?	5.25
13	En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir esto?	3.76
14	a su relación con su familia?	4.59
15	a su relación con su pareja?	5.06
16	En caso de no tener pareja ¿qué cara se siente acerca a cómo le hace sentir esto?	4.15
17	a su vida sexual?	4.48
18	a su relación con otras personas?	5.07
19	a su trabajo o actividad laboral?	4.64
20	En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿qué cara le hace sentir eso?	4.62
21	a los estudios o cursos de formación que realiza?	4.72
22	a sus actividades de ocio?	5.11
23	a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	5.76
24	a su situación económica?	4.66
25	a sí mismo?	5.76
26	a su vida en general?	5.74
	Puntuación media total	5.02

¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a...



El cuestionario de Calidad de Vida

A final de año se realiza una aplicación rutinaria 30 usuarios

Las puntuaciones más elevadas en este cuestionario:

23	Con la ropa que lleva	5,72
4	Con respecto a su vida general	5,55
5	Con respecto a su relación con su familia	4,59

Las mayores puntuaciones aparecen con respecto a aspectos íntimos de la persona como son la relación con su familia, su vida en general o la ropa que llevan puesta. Las puntuaciones más bajas aparecen con el hecho de no desarrollar actividad laboral o no tener amigos.

6.3.3. Funcionamiento

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

Nº de personas evaluadas en DAS I	30
--	-----------

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

Puntuación media en Cuidado personal	1.70
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Puntuación media en Ocupación	2.57
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Puntuación media en Familia y hogar	2.43
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Puntuación media en funcionamiento en el contexto social	2.20
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Duración de la discapacidad	
Menos de 1 año (nº de usuarios)	0
Un año o más (nº de usuarios)	30
Desconocida	0

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

Nº de personas evaluadas en EEAG	30
---	-----------

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

	Nº
Puntuación media total en EEFG	59,7

Las puntuaciones medias obtenidas en 2020 en el DAS-I y en EEAG (59,7) nos indican que los usuarios requieren de un nivel de supervisión medio, donde aspectos como las relaciones familiares o la autonomía se ven bastante mermados.

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

7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.

La Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y persistente incluye diferentes tipos de recursos y en ocasiones los usuarios lo son de más de uno de ellos. En este apartado se recoge información sobre la utilización por parte de los usuarios del centro de otros recursos del Plan durante el año 2020. Además se recogen datos sobre la utilización de otros recursos ajenos al Plan.

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

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

Usuarios atendidos que a la vez eran usuarios de:	Nº	%
Centros de Rehabilitación Psicosocial	10	36
Centros de Rehabilitación Laboral	4	14
Pisos supervisados	0	0
Centros de Día	13	46
Otros recursos del Plan (EASC)	1	4
Hospital de Día Alcalá de Henares	0	0
Unidad de Atención Temprana	0	0
Total	28	100,00

***% sobre el total de usuarios atendidos.**

Durante el 2020 la mayoría de los residentes que solían combinar su vida en la miniresidencia con la asistencia a otros recursos de rehabilitación de la red, fundamentalmente: CRPS y Centro de Día, han visto mermada esta actividad por el cierre de los mismos durante el estado de alarma. Así mismo, tras la desescalada, se retomó la actividad presencial, pero con un límite de aforo en los grupos que ha hecho que el nivel de actividad de los residentes en este tipo de dispositivos se haya visto muy disminuido. La tabla recoge los usuarios que son atendidos también en otros dispositivos, pero por las razones anteriormente expuestas no da cuenta de los niveles reales de actividad mantenidos este año en los mismos.

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

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

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

Usuarios que eran atendidos que a la vez eran parte de:	Nº	%
Academias	1	25
CAID	3	75
Gimnasio	0	0
Casa de la juventud	0	0
Concejalía de la mujer	0	0
Escuela de adultos	0	0
Total	4	100

A lo largo del 2020 y a causa de la pandemia, disminuyen los usuarios que han realizado actividades en asociaciones o academias.

A pesar de la filosofía del centro de intentar que los residentes se integren en el entorno comunitario en el que residen, procurando que lo que puedan hacer de modo normalizado no lo supla el recurso porque llegar al punto de convertir a la residencia en un recurso integral que cuide todas sus necesidades, sólo contribuiría a empeorar la generalización de las habilidades entrenadas y hacer que el recurso perdiera su potencia rehabilitadora; la pandemia ha hecho que durante el 2020 la residencia haya sido un recurso pleno, y muchas veces la única oferta de actividad.

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

8. OTRAS ACTIVIDADES DE LA MINI-RESIDENCIA.

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

Durante este año, la mayoría de las coordinaciones que se han mantenido, así como las formaciones, han sido en formato on line. Este hecho ha facilitado la conexión continua con las áreas de referencia de los pacientes y ha facilitado la realización de la actividad presencial que los profesionales de la residencia tenían que llevar a cabo.

8.1. Actividades de coordinación.

Tabla 38. Coordinaciones realizadas

Nº de coordinaciones con:	Nº
S.S.M.	
Con el distrito de Alcalá	10
Con el distrito de Torrejón	10
Otras	
CAID de Alcalá de Henares	4
Recursos del Plan de Atención Social	
CRPS, CD, EASC	6
Agencia Madrileña de Tutela	4
Otras	
HUPA	3
Servicios Sociales	2
Escuelas de adultos o servicios municipales	0
Hospital de Día	0
Centro de Salud de Atención Primaria	9

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

frecuencia aproximada. Debido a la situación de pandemia, muchos espacios de coordinación que eran presenciales han pasado a ser de carácter on line. Lo que al principio se vivió como rupturista, después se está considerando una herramienta útil de trabajo que permite mantener espacios frecuentes de coordinación sin perder tiempo en los desplazamientos.

Coordinaciones con las Áreas de referencia

COORDINACION	FRECUENCIA APROXIMADA
Reuniones con psiquiatras y Coordinadores de Cuidados del Programa de Seguimiento de Alcalá de Henares	Mensual
Reuniones con psiquiatras y Coordinadores de Cuidados del Programa de Seguimiento de Torrejón de Ardoz	Trimestral
Reuniones de coordinación con el Trabajador Social del Programa de Seguimiento de Torrejón de Ardoz	Mensual
Reuniones con el Trabajador Social y Enfermero del Programa de Seguimiento para coordinar estrategias a seguir con residentes en vías de incorporarse a los Pisos Supervisados	Mensual
Comisión de Derivación y Seguimiento del Área 3	Mensual
Comisiones de Asistencia y Rehabilitación	Mensual o quincenal
Reuniones para la elaboración de los Procesos de Atención en Alcalá de Henares	Mensual

Coordinaciones con recursos del Plan de Atención Social

COORDINACION	FRECUENCIA APROXIMADA
Reuniones con CRPS, CD, CRL de Torrejón de Ardoz y CRPS y Centro de Día Espartales Sur y CD de Alcalá de Henares para coordinar estrategias con usuarios comunes	Trimestral
Coordinación con el CRPS de Alcalá de Henares	Mensual
Reuniones del Grupo de Prevención de la Conducta Suicida	Trimestral

8.2. Actividades de formación y docencia.

ACTIVIDAD FORMATIVA	ENTIDAD ORGANIZADORA/DOCENTE	PROFESIONAL
Formación Básica	Formación interna FM	Educadora social Educadora Social
Estudios de Grado y Postgrado en Psicología	UNED y UCM	Educador Social Educadora social
Clínica de la psicosis	Formación interna FM	Educadora Social Psicóloga
El diálogo en los equipos de trabajo: Aportaciones de Habermas y Freire. Prof: Lars Bonell García	Formación interna FM	Educador Social Educadora Social
Master de "Acción socioeducativa con colectivos vulnerables: Familia, Infancia, Adolescencia y Juventud"	UNED	Educadora Social
Máster Universitario en Estudios LGBTIQ+	Universidad Complutense de Madrid	Educador Social
Itinerario de Desarrollo Profesional e Investigación en Estudios LGBTIQ+ (Rama de Intervención Psicosocial)	Universidad Complutense de Madrid	Educador Social
Organización de Atención Social Comunitaria. Prof: Abelardo Rodríguez González	Formación interna FM	Educador Social Educadora Social
Psicopatología: Psicóticos y Trastornos Límite de la Personalidad. Prof: Fernando Colina Pérez	Formación interna FM	Educadora Social Educadora Social
Problemática social con adolescentes y jóvenes	Formación interna FM	Educador Social
Conferencia sobre la Construcción de la Subjetividad	Formación interna FM	Educadora Social Educadora Social Psicóloga
Estudios de Grado en Trabajo Social	UNED	Educadora
Master en Intervención Familiar Sistémica	ITAD	Educadora Social
Conversaciones para el Desarrollo	AVANZA	Directora
Participación en el Espacio Plenario del HUPA	Directora	
Participación en la Mesa sobre el papel de las Miniresidencias durante la pandemia	AMRP/Directora	

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

Durante 2020 todo el equipo de la Miniresidencia se ha volcado en fomentar y cuidar estos espacios de reflexión en un recurso con un ritmo tan vertiginoso como es la MR. Aunque debido a la pandemia estos espacios se han desarrollado en formato on line. Estableciéndose jornadas de reflexión mensuales que se suman a las ya habituales supervisiones de casos por profesionales de la salud mental externos al recurso. Concretamente se realizan 5 sesiones de supervisión de casos con un técnico experto en salud mental para poder otorgar a la tarea una visión global, externa y crítica.

8.3. Otras actividades

En este apartado destacaremos la participación de profesionales de la residencia en diferentes iniciativas antiestigma, aunque todas ellas muy marcadas y relacionadas con la pandemia:

1. Programa de Voluntariado

Este año han acudido al centro varios voluntarios a realizar distintas actividades durante los meses previos a la pandemia, después ha habido que cortar la actividad de voluntariado, sólo permaneciendo alguna actividad en formato on line.

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

El voluntariado a lo largo del 2020 se ha desarrollado en diversas áreas:

Inglés: En el desarrollo de la actividad se ha fomentado el conocimiento y la práctica de otro idioma. La asistencia en la actividad ha variado entre 2 y 4 usuarios a la semana. Cuenta con la participación de un voluntario. Se reconvirtió en formato on line con la pandemia.

Lenguaje de signos: actividad guiada por un voluntario que cuenta con la participación de 1 usuario en formato on line.

2. Encuentro con protección civil

En el contexto de la pandemia, el uso y cuidado de las epis, especialmente del gel hidroalcohólico y de la mascarilla, resultaba muy ajeno tanto para el equipo de profesionales como para los residentes del centro. De esta forma, se pidió ayuda al equipo de Protección Civil para que acudiera al centro a explicarnos cómo adaptarnos a su uso. Acudieron a la residencia, nos trajeron material y nos explicaron con mucho humor y paciencia cómo debíamos ponernos la mascarilla y cuando echarnos el gel. Esta clase resultó un bonito intercambio entre la Residencia y protección civil y nos permitió poder acercar el centro al afuera pandémico.

3. Encuentro con la policía local de Torrejón

Al inicio de la pandemia, estaba siendo muy costoso hacer entender a nuestros residentes que la situación de estado de alarma y de privación de libertad era real. Muchos pensaban que se trataba de una broma o se mostraban incrédulos ante lo que salía en los medios. En esta situación, contactamos con la policía local de Torrejón que vino al centro a explicar a los residentes que no se trataba de una broma sino de una realidad nunca vista. Se mostraron muy amables, se les explicó el dispositivo en el que estaban y fueron capaces de concienciar a nuestros usuarios de la importancia de respetar las medidas de distancia para evitar contagios.

9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.

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

Con respecto al área relacionada con la enfermedad se han planteado diferentes objetivos que versan en su mayor parte sobre la búsqueda de la autonomía en medicación por parte de los usuarios y en aumentar el conocimiento que poseen con respecto a sus patologías. En general el avance es lento, además la pandemia ha hecho que el foco de las intervenciones versara sobre la patología física y que la concienciación sobre la psicopatología individual haya sido menor. Al igual que el año anterior, se continúa llevando a cabo un trabajo de control de recaídas, para permitir a las personas que atendemos anticipar estados de malestar en los procesos de vuelta al domicilio de origen. Esta línea de trabajo continuará a lo largo del año próximo incluyendo la forma del documento de voluntades anticipadas redactado en el distrito de Alcalá de Henares para los pacientes pertenecientes a esta área.

Respecto al trabajo de la autonomía en la toma de medicación, se ha realizado un programa específico para poder objetivar los avances de los residentes en este campo y complementar los procesos de salida del programa de alternativa residencial con un trabajo sistemático en medicación. Veremos los avances de cara a 2021.

Con respecto al área relacionada con la adquisición de hábitos saludables, la pandemia no ha ayudado a la consecución de la mayoría de estos objetivos. Inmersos en la situación de aislamiento, no sólo la posibilidad de realizar ejercicio físico se ha visto mermada, sino que además se ha tendido a buscar la estimulación placentera mediante la ingesta de comidas hipercalóricas y procesadas. Lo cual es contrario completamente a lo que suele pretenderse en este tipo de objetivos. Sin embargo, en la situación excepcional vivida, era más importante poder mantener el espíritu en calma, con lo que se retomarán todos los objetivos de esta área a lo largo de 2021.

Con respecto al área de relaciones personales y normas, la gran mayoría de los objetivos son para trabajar el ajuste al contexto social, la ampliación de relaciones personales y el mantenimiento de las relaciones con la familia. Los objetivos de ajuste a contexto evolucionan favorablemente pero todo el trabajo vinculado a las dinámicas familiares no ha podido realizarse más que mediante contacto

telefónico, con lo que se ha perdido bastante riqueza en adaptaciones progresivas al domicilio de origen.

Con respecto al área de integración comunitaria y autonomía, se trabajan una gran cantidad de objetivos dado que una de las principales funciones de la Miniresidencia es integrar a los usuarios en comunidad. Esta área se ha visto muy resentida por la situación de aislamiento, convirtiéndose en ocasiones la Residencia en el recurso total del que solemos huir. Con los recursos comunitarios cerrados y sin posibilidad de mezclarse con personas no convivientes, las opciones de integración social se han visto disminuidas. Esperamos poderlos retomar en 2021.

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

Con respecto al área de productividad y ocio, se plantean muchos objetivos destinados a la estructuración de la vida de los usuarios. No sólo se requiere que la persona esté integrada en la dinámica de la residencia sino que se intentará fomentar que realice actividades en otros recursos de la Red y de ocio normalizado para poder mantener la estructuración vital una vez que vuelva a su domicilio de origen. En un contexto con merma de actividades de ocio y con recursos laborales cerrados, estos objetivos también han evolucionado lentamente.

Finalmente en el área emocional, en la que solemos tener menos objetivos porque la mayoría de los usuarios que residen en la Miniresidencia poseen psicólogos de referencia en otros recursos de la Red y se pretende no duplicar intervenciones, durante la pandemia hemos tenido que intensificar las intervenciones. Dado que los profesionales de otros dispositivos no tenían la misma disponibilidad de siempre y la psicóloga del centro ha tenido que cubrir los espacios que antes cubría en personal de la Red de Atención. Con la desescalada se pudo volver a contar con estas figuras, pero será a lo largo de 2021 cuando la frecuencia de intervención vuelva a la normalidad y el psicólogo de la residencia pueda centrarse de nuevo en contención, labores de autoconocimiento y de prevención de recaídas.

10.-VALORACIÓN OBJETIVOS 2020

A continuación transcribimos los objetivos planteados en la Memoria del año 2019, seguidos de una valoración de la consecución de tales objetivos durante el año 2020.

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
1. Participar en actividades de ocio fuera de la Residencia	El Grupo de la Movida acompañará a los usuarios en la búsqueda de actividades y en su realización	Nº de salidas planificadas desde la Movida realizadas fuera del centro (al menso 6)	Valoración escrita mediante acta de las salidas realizadas
	Se reunirán una vez a la semana	Nº de reuniones de organización mantenidas	Actas de las reuniones Mantenidas
	Se realizará una valoración de las actividades realizadas de una semana a otra	(al menos 6)	
	Se nombrará a un encargado de aglutinar la información que llegue vía mail y lo trasladará a sus compañeros en la Asamblea		
<p>Este objetivo no se ha podido trabajar dado que con la pandemia las actividades de ocio desaparecieron del imaginario colectivo. No era posible realizar nada fuera del centro y tampoco ninguna actividad lúdica se ha desarrollado con normalidad. Dado que desconocemos la duración de la pandemia. Este objetivo se elimina completamente hasta que se pueda retomar la actividad comunitaria plenamente.</p>			
2. Integrar la residencia en el Barrio de las Veredillas	El Grupo Comunitario establecerá contactos con el entorno,	Nº de contactos realizados por el Grupo Comunitario (al menos 6)	Fichero Comunitario

<p>Torrejón</p>	<p>encaminados a la realización de actividades conjuntas. Dichas actividades se realizarán con:</p> <p>Centros educativos</p> <p>Recursos formales del barrio: Centros Culturales, Centros de Mayores, Centros de Salud, etc.</p> <p>Recursos informales del barrio: cafeterías, parques, tiendas, etc.</p>	<p>Nº de actividades realizadas con Centros educativos (al menos 1)</p> <p>Nº de actividades realizadas con recursos formales del barrio (al menos 2)</p> <p>Nº de actividades realizadas con recursos informales del barrio (al menos 2)</p>	<p>Valoración escrita de las salidas realizadas en las fichas de actividades antiestigma</p>
<p>Este objetivo no ha podido llevarse a cabo a consecuencia de la pandemia. Una de las prioridades durante este año ha sido el evitar establecer contacto con personas ajenas al centro, con lo que la posibilidad de integrar el dispositivo en el entorno inmediato se ha visto muy mermada. Dado que desconocemos cuándo se podrán retomar los contactos con personas ajenas al dispositivo, se aplaza hasta el fin de la pandemia.</p>			
<p>3.Favorecer que los residentes de Alcalá elaboren su plan de intervención en situación de crisis</p>	<p>Aprovechando el documento redactado desde el HUPA denominado “Decisiones Anticipadas”, se trabajará con los residentes su cumplimentación, para poder garantizar de antemano cómo proceder en caso de descompensación.</p>	<p>Nº de sesiones realizadas con los residentes para anticipar y preparar posibles crisis</p> <p>Nº de Documentos Decisiones anticipadas cumplimentados (al menos 15)</p>	<p>Registro en el historial de las sesiones mantenidas</p> <p>Formularios rellenos y enviados al CSM (al menos 15)</p>
<p>Este objetivo se da por parcialmente conseguido dado que se ha realizado una sesión de una</p>			

hora de duración por residente.

Se han cumplimentado 22 formularios y se ha reflejado en historiales del día correspondiente se explica cómo les ha afectado rellenar el cuestionario. Hay resistencias a rellenarlo por parte de algunos. Sin embargo sólo se han podido enviar dos formularios rellenos al CSM porque permanecemos a la espera que el csm indique cómo quiere hacerlo. Había discrepancias con respecto al formato y debido a la situación de pandemia aun no se han podido solventar. Lo mantendremos de cara a 2021.

11. OBJETIVOS PARA EL AÑO 2021.

Para el año 2021, el equipo de la Miniresidencia de Alcalá de Henares se plantea los siguientes objetivos:

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
1.Favorecer que los residentes de Alcalá elaboren su plan de intervención en situación de crisis	Aprovechando el documento redactado desde el HUPA denominado “Decisiones Anticipadas”, se trabajará con los residentes su cumplimentación, para poder garantizar de antemano cómo proceder en caso de descompensación.	Nº de sesiones realizadas con los residentes para anticipar y preparar posibles crisis Nº de Documentos Decisiones anticipadas cumplimentados (al menos 15)	Registro en el historial de las sesiones mantenidas Formularios rellenos y enviados al CSM (al menos 15)
2.Promover alternativas de ocio	Dado que el ocio y las vacaciones tal y como las conocíamos han cambiado, se buscarán formas distintas para promover los viajes	Nº de residentes que se hayan ido de vacaciones en 2021 (al menos 5) Nº de actividades de ocio promovidas en el año	Registro de viajes (al menos 5) Registro de actividades de ocio (al menos 5)

		y el ocio en los residentes.	(al menos 5)	
3.Fomentar autonomía en medicación	la en	Elaborar el programa de autonomía en medicación y aplicarlo a los residentes del centro Se asignará a cada residente un nivel de autonomía y se trabajará mediante objetivos en las intervenciones específicas para que vayan aumentando de nivel.	Programa de autonomía en medicación Lista de residentes con nivel asignado (al menos 28) Objetivos específicos sobre medicación en las intervenciones de los usuarios (al menos en 10 intervenciones distintas)	Texto escrito Registro de niveles Intervenciones específicas