



CONCERTADO CON:
Dirección General de Servicios Sociales
CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

MEMORIA 2010



Miniresidencia “Hortaleza”

La Miniresidencia de Hortaleza es un dispositivo específico enmarcado dentro de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales de la Conserjería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Lealtad ONG
infórmate para donar
www.fundacionlealtad.org



M
FUNDACIÓN
Manantial

MEMORIA
MINIRESIDENCIA

CENTRO: MINIRESIDENCIA HORTALEZA

AÑO: 2010

INDICE

1	DESCRIPCIÓN GENERAL.....	3
2	DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN.....	8
3	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.....	18
4	DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS.....	29
5	ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.....	33
6	RESULTADOS.....	59
7	UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.....	82
8	OTRAS ACTIVIDADES DE LA MINIRESIDENCIA.....	84
9	VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.....	92
10	OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE.....	97

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MINI-RESIDENCIA.

La Miniresidencia Hortaleza es un centro concertado, dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. La gestión técnica del recurso corre a cargo de la Fundación Manantial entidad que, además de asumir la tutela de personas con enfermedad mental grave, gestiona otros recursos residenciales, de rehabilitación psicosocial, laboral, apoyo comunitario, soporte social y centros especiales de empleo.

El centro se puso en funcionamiento en Diciembre de 2003 y está integrado dentro de de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, dependiente de la Subdirección General de Asistencia Técnica y Coordinación de Planes para personas con discapacidad de la mencionada Consejería. El dispositivo se rige por el Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas en diferentes centros de servicios sociales especializados.

Desde la citada Consejería se plantea la creación y puesta en marcha de las Miniresidencias como un recurso residencial comunitario, abierto, supervisado y flexible para personas con enfermedad mental crónica, de ambos sexos, que presenten dificultades y limitaciones en su autonomía personal y social y que carecen de apoyo familiar y social.

La Miniresidencia Hortaleza proporcionará con carácter temporal o indefinido, tanto alojamiento y manutención, como apoyo y soporte personal y social y, en paralelo a su función residencial, se entenderá como un Recurso de Rehabilitación Psicosocial integrado dentro de la Red de Salud Mental. Por lo tanto, trabajará en coordinación con el resto de dispositivos de salud, de servicios sociales, de recursos comunitarios normalizados y con el tejido social necesario para favorecer la mayor integración posible de los residentes.

De esta forma, cuando una persona viva en la Miniresidencia Hortaleza, conocerá y utilizará los recursos normalizados de su entorno, principalmente para satisfacer sus variadas necesidades, contando para hacerlo con la ayuda técnica y el apoyo de sus profesionales.

La Miniresidencia Hortaleza da cobertura al Área 4 que comprende los distritos de Ciudad Lineal, Hortaleza, Barajas y San Blas. Trabaja de forma coordinada y complementaria con los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental. La única forma de ser atendido en este centro es a través de la derivación del psiquiatra de referencia del correspondiente Servicio de Salud Mental.

Las 30 plazas de la Miniresidencia Hortaleza están distribuidas entre los cuatro distritos del Área 4 la siguiente forma :

- a. Ciudad Lineal: 15 plazas.
- b. San Blas: 1 plaza.
- c. Hortaleza: 10 plazas.
- d. Barajas: 4.

Esta distribución de plazas es en todo caso flexible, de forma que los Servicios de Salud Mental de todos los distritos, son receptivos a ceder alguna de las plazas que les corresponderían, atendiendo a distintos criterios de urgencia o necesidad.

Los objetivos generales de las Miniresidencias son los siguientes:

- Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por su nivel de deterioro o por ausencia de una vivienda necesitan un apoyo constante.
- Propiciar la adquisición de las habilidades necesarias para llevar una vida más autónoma e independiente.
- Facilitar la integración social de los residentes buscando la normalización.
- Aliviar la sobrecarga familiar en aquellos casos en los que la familia es el principal cuidador de la persona con enfermedad mental.

- Facilitar y preparar los procesos de vuelta al domicilio familiar.
- Evitar internamientos innecesarios o situaciones de abandono.
- Evitar situaciones de marginación asegurando un nivel de calidad de vida digno.

El perfil general de los usuarios susceptibles de ser atendidos en la Miniresidencia de Hortaleza se ajustará a los siguientes criterios generales:

- Tener entre 18 y 65 años.
- Personas de ambos sexos.
- Enfermos mentales crónicos cuyos déficit o nivel de deterioro en su funcionamiento psicosocial les impide vivir de un modo independiente.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar o social.
- Estar atendido y ser derivado desde los Servicios de Salud Mental del Área 4.
- Estar en una situación psicopatológica estabilizada, es decir, no estar en el momento del acceso en situación de crisis psiquiátricas.
- No tener enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia o cuidado sanitario especializado o continuado.
- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismos o para los demás.
- No presentar problemas graves de consumo de tóxicos.

La Miniresidencia Hortaleza se ubica en la Avenida Arroyo del Santo, nº 12 en el término municipal de Hortaleza. Está situada en un edificio en cuya planta baja se sitúan servicios comunes, hall, comedor, salón, despachos y salas de actividades, y en las plantas primera y segunda un total de 30 habitaciones individuales con baño, dos de las cuales están adaptadas para personas con problemas de movilidad.

Nos encontramos en una zona provista de gran variedad de recursos comunitarios tales como instalaciones deportivas, cines, bares y restaurantes, zonas comerciales, zonas ajardinadas etc., esto favorece el contacto y la integración de los usuarios en el barrio y nos

permite la puesta en marcha de múltiples actividades. El acceso al centro es sencillo ya que disponemos de distintos medios de transporte cercanos (metro y autobús).

Se puede contactar con este recurso a través de distintas vías:

- Teléfono: 91. 371 73 16 / 20
- Fax: 91. 371 73 21
- Correo electrónico: mayfernandez@fundacionmanantial.org

Además, disponemos de una página web donde podrá ampliar la información sobre este recurso y otros gestionados por la Fundación Manantial: www.fundacionmanantial.org.

Desde Diciembre del año 2006 la Fundación Manantial gestiona además 3 pisos de cuatro plazas cada uno (un total de 12 plazas), que se han concertado con la *Consejería de Familia y Asuntos Sociales* de la *Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid* y que, al igual que la Miniresidencia, se enmarcan dentro ***del Plan de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007***.

Dado que los Pisos Supervisados son un recurso estrechamente vinculado a la Miniresidencia Hortaleza, antes del acceso todos los usuarios pasarán por una breve estancia en ella. El objetivo es que todo el equipo les conozca, que los residentes puedan identificar la Miniresidencia como un recurso más de apoyo y que se puedan realizar todos los entrenamientos necesarios para garantizar que el residente cumple el perfil adecuado y que dispone de las habilidades necesarias para adaptarse a los pisos.

Una vez que el usuario ya se ha trasladado a los Pisos Supervisados, la Miniresidencia Hortaleza servirá de apoyo y soporte en momentos en los que no hay supervisión directa del equipo de pisos (noches, fines de semana y festivos), aunque los profesionales de dicho equipo siempre estarán disponibles para atender cualquier eventualidad.

Algunos de los profesionales que han formado parte del equipo a lo largo de 2010 y han participado en la elaboración de esta memoria son los siguientes:

M ^a Teresa Fernández Jorge	Directora – Psicóloga
M ^a Gil de Gómez	Psicóloga
M ^a Inés Roldán Garcimartín	Terapeuta Ocupacional
Diana Rodríguez Rojo	Terapeuta Ocupacional
Janire Torrecilla Calle	Educadora Social
Laura Martínez Madrid	Educadora Social
Ángela Piedras Yegros	Educadora Social
Fátima Conde Gómez	Educadora Social
Izaskun Varela Maderuelo	Educadora Social
Raquel Alonso Ormeño	Educadora Social
Jesús Miguel Pérez Sánchez	Educador Social
Mar Estevarena Álvarez	Educadora Social
Elena V. de Simón Gutiérrez	Educadora Social
José Simón Martín Mata	Educador Social
Alfonso San Román Iñigo	Educador Social
Sara Martín Alonso	Educadora Social
M ^a Eugenia Carranza Aguilar	Educadora Social
Ana M ^a Guisao Zapata	Educadora Social

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 al que hace referencia la memoria: derivaciones, atenciones, lista de espera, incorporaciones y salidas producidas.

Movimiento asistencial.

2.1.1 Lista de espera en el último año.

Tabla 1. Personas en lista de espera

	n
Personas en lista de espera 1/1	4
Personas en lista de espera 31/12	2

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

	Días
Tiempo medio en lista de espera de las personas que se han incorporado en el último año	36

Comentario:

El tiempo medio en lista de espera continúa estando alrededor de un mes. En 2009 se consiguió reducir este tiempo, ya que en años anteriores se situaba en un mes y medio, y a lo largo de 2010 se ha conseguido mantener esa reducción.

Este dato debe tomarse únicamente como una medida orientativa, ya que existe gran variabilidad en el tiempo que cada caso tarda en acceder a la Miniresidencia desde la derivación. Esto es así debido a que a la hora de decidir quién ocupa una plaza vacante, no se atiende tanto al lugar que ocupa en la lista de espera como a criterios de urgencia y necesidad de un recurso residencial. De esta forma, un 36% de los usuarios que han accedido a lo largo de 2010 lo ha hecho en menos de 15 días tras la derivación, mientras que un 15% han tardado más de 2 meses y medio al no considerarse su acceso urgente.

2.1.2 Derivaciones del último año.

Tabla 3. Derivaciones recibidas en el último año

	Área: 4		Área: 4		Total
	Distrito: Ciudad Lineal	Distrito: Hortaleza	Distrito: Barajas	Distrito: San Blas	
Nº de derivaciones	32	24	4	2	62
Nº de personas derivadas	27	21	3	2	53

NOTA: Se podrán añadir cuantas filas se necesiten en función de las áreas y distritos de referencia
 *Derivación implica la existencia de un informe cumplimentado de derivación (con la necesaria flexibilidad)

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

	n
Nº de personas no aceptadas	0
Nº de usuarios retirados de la lista de espera por su S.S.M	8

Comentario:

Todas las derivaciones planteadas por los Servicios de Salud Mental a lo largo de 2010 han sido aceptadas por el equipo de la Miniresidencia.

A lo largo del año se ha retirado a 8 personas de la lista de espera por los siguientes motivos:

- En tres casos los Servicios de Salud Mental valoraron que se había producido un cambio en el nivel de funcionamiento o en la situación social o familiar de la persona derivada que hacía que los motivos iniciales de derivación no estuvieran vigentes y la persona no necesitase el recurso.
- En un caso, antes de que la plaza estuviera disponible, se produjo un agravamiento importante del nivel de funcionamiento y el estado psicopatológico del usuario, que desaconsejó el acceso a la Miniresidencia e hizo necesario que esa persona fuera derivada y ocupara una plaza en la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación y Tratamiento.
- Cuatro usuarios decidieron no acceder al recurso cuando al plaza estuvo disponible, antes incluso de conocer la Miniresidencia.

2.1.3. Entradas a la Mini-residencia.

Tabla 5. Entradas producidas durante el año

	Área:		Área:		Total
	Distrito: Ciudad Lineal	Distrito: Hortaleza	Distrito: Barajas	Distrito: San Blas	
Nº de personas que han accedido	23	19	3	2	47
Nº de accesos	28	22	4	2	56

NOTA: Se podrán añadir cuantas filas se necesiten en función de las áreas y distritos de referencia

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

	n
Nº total de personas que han accedido al centro	47
Nº de personas que inician*	20
Nº de personas que reinician**	27
Nº de usuarios que han entrado durante el año atendidos previamente en la MR desde el comienzo de su funcionamiento	25
Nº de usuarios que han reiniciado en el año al que se refiere la memoria	2
Nº de reinicios	34

* Nº de usuarios que han accedido a la Mini-residencia en el último año y que no habían sido atendidos en ninguna ocasión anterior.

** Usuarios que han accedido al centro en el último año y que ya habían sido atendidos previamente en el mismo

2.1.4. Atenciones en el último año.

Tabla 7. Personas atendidas por sexo y edad

	Sexo				Edad						Total
	Hombre		Mujer		18-30		31-50		51-65		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nº de personas atendidas	40	56%	32	44%	7	10%	46	64%	19	26%	72

Tabla 8. Atenciones realizadas durante el año

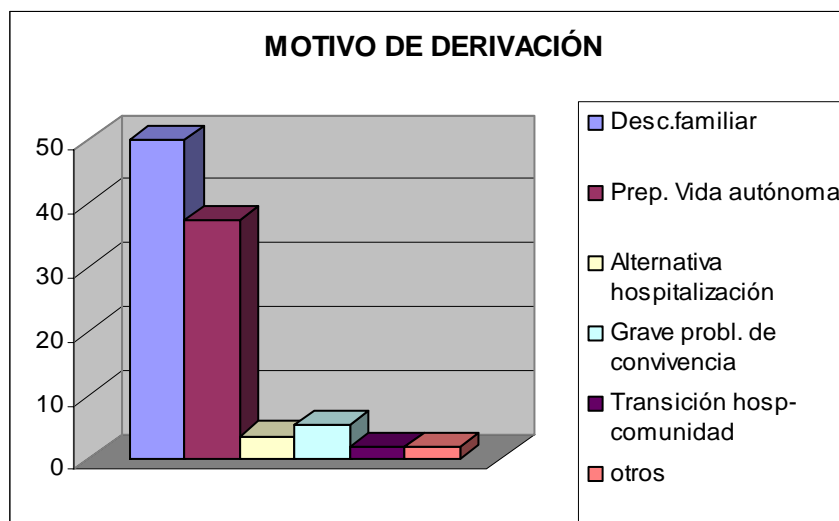
	N
Nº de atenciones realizadas	86
Nº de personas atendidas	72
Nº de usuarios en atención a 31/12	30

2.1.5. Motivos planteados por el S.S.M. para la entrada en la Mini-residencia.

Tabla 9. Motivos para la derivación a la MR de las incorporaciones en el último año

	n	%
Nº de accesos a la MR por:		
Descanso familiar	28	50%
Emergencia social	0	0
Grave problemática de convivencia	3	5.4%
Carencia de alojamiento	0	0
Transición hospital-comunidad	1	1.8%
Preparación para una vida más autónoma	21	37.5%
Alternativa a la hospitalización prolongada	2	3.6%
Otros (Necesidad de alojamiento por reformas en su domicilio)	1	1.8%

NOTA: Sólo se presentará un motivo por derivación. En caso de que los S.S.M. haya planteado varios motivos, el director de la Mini-residencia valorará cuál de ellos es el más pertinente, consignándolo.



2.1.6. Salidas de la Mini-residencia.

Tabla 10. Salidas producidas durante el año

	n
Nº de personas que han salido del centro	47
Nº de salidas producidas	56

Tabla 71. Motivos para la finalización de la intervención de las salidas producidas durante el año

Motivos de finalización de la intervención:	Salidas		Usuarios
	n	%*	n
<i>Altas (1)</i>	49	87.5%	40
<i>Bajas (2)</i>	7	12.5%	7
Baja por:			
Abandono voluntario	2	28.5%	2
Derivación a otro recurso**	3	43%	3
Fallecimiento	0	0	0
No adecuación al recurso***	0	0	0
Expulsión	2	28.5%	2
Otros	0	0	0
Total	56	100%	47

*% sobre el total de salidas producidas

** Incluye hospital u otra MR

*** Falta de ajuste al perfil, presencia de necesidades que la MR no puede cubrir, etc.

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

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

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

2.2.1 Número de atenciones realizadas según estancia prevista:

Tabla 82. Atenciones realizadas por tiempo previsto de estancia en el último año

Nº de atenciones previstas de:	n	%*
Estancia corta (un mes o menos)	26	30%
Estancia transitoria (más de un mes – un año)	48	56%
Estancia indefinida (más de un año)	12	14%

*% sobre el total de atenciones

2.1.2. Duración de la estancia.

Tabla 13. 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	%*
< 1 mes	5	16.7%
1 mes – 6 meses	10	33.6%
6 meses – 1 año	3	10%
1 año – 2 años	1	3.3%
2 años – 3 años	3	10%
3 años – 4 años	2	6.7%
4 años – 5 años	2	6.7%
> 5 años	4	13.3%

*% sobre el total de residentes a 31/12

Tabla 14. 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	%*
< 1 mes	22	39.3%
1 mes – 6 meses	22	39.3%
6 meses – 1 año	7	12.5%
1 año – 2 años	4	7%
2 años – 3 años	0	0
3 años – 4 años	0	0
4 años – 5 años	0	0
> 5 años	1	1.9%

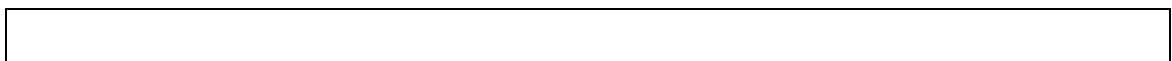
*% sobre el total de salidas producidas durante el año

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

Tabla 15. 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	17	30.3%
Vivienda familiar	29	51.8%
Piso supervisado	3	5.4%
Mini-residencia	0	0
Pensión	0	0
Hospital psiquiátrico	3	5.4%
Otros (especificar)	4	4.4%

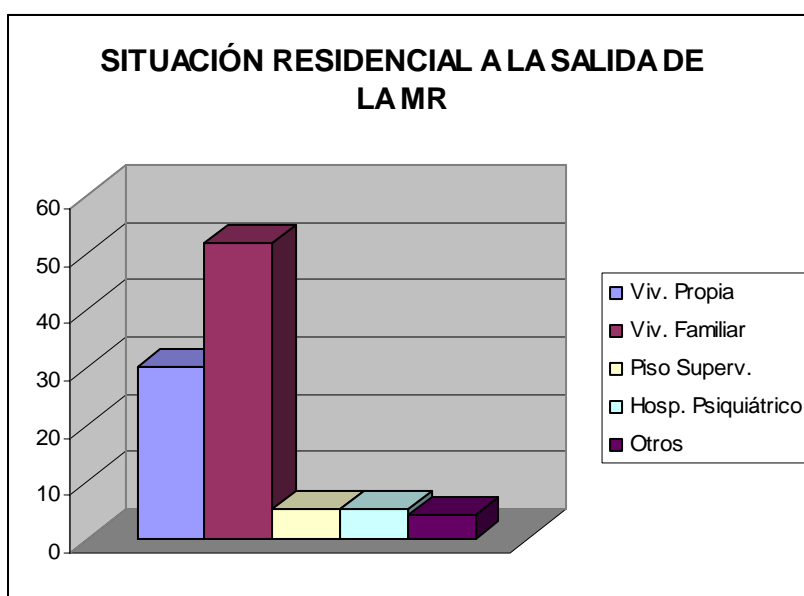
*% sobre las salidas totales



Observaciones:

En el apartado otros de la tabla anterior se han incluido los siguientes casos:

- Dos usuarios se trasladaron a una residencia pública para 3ª edad.
- Una usuaria se trasladó a un recurso privado en otra provincia.
- Un usuario, tras un intento autolítico, fue hospitalizado.



La Miniresidencia Hortaleza continúa siendo un recurso muy dinámico donde se producen gran cantidad de entrada y salidas en el año. La constante y fluida coordinación con los Servicios de Salud Mental hace posible que la utilización de las plazas se optimice al máximo y se produzca una gran rotación de usuarios. Esto ha permitido que en el año 2010, 47 personas hayan accedido al recurso, lo que implica una media de 4 accesos al mes.

El número de derivaciones y de accesos al recurso se ha incrementado levemente con respecto al año anterior. Se ha pasado de 57 derivaciones y 69 personas atendidas en 2009 a 62 derivaciones y 72 personas atendidas en este año.

Los dos principales motivos de derivación a la Miniresidencia a lo largo de 2010 han sido la necesidad de programar un descanso familiar (50% de las derivaciones) o la consideración por

parte de los Servicios de Salud Mental de que un recurso residencial es el lugar ideal para desarrollar intervenciones que ayuden a mejorar el nivel de autonomía de los usuarios (37.5% de las derivaciones). Este dato es congruente con el hecho de que el 40% de las estancias han tenido una duración de un mes o menos (duración aproximada de los descansos familiares) y otro 40% de un máximo de 6 meses.

En el 87% de los casos, los usuarios han salido de la Miniresidencia cursando alta al haberse alcanzado los objetivos de estancia propuestos. A lo largo del 2010 sólo se han producido 7 bajas: En 2 casos los usuarios solicitaron el alta voluntaria contraria a la opinión de los profesionales, otros dos abandonaron el recurso por decisión de los profesionales al no presentar un perfil adecuado (en un caso por problemas graves de consumo de tóxicos y en otro por graves trastornos de conducta) y las tres bajas restantes las motivó el hecho de que los usuarios se trasladaron a otros recursos (dos a residencias de tercera edad y una tercera a un recurso privado en otra provincia).

A lo largo de 2010 se ha mantenido la tendencia de los Servicios de Salud Mental de que el porcentaje de plazas indefinidas no supere el 40-50% de las plazas totales del recurso, para lograr así una mayor rotación de usuarios y que el mayor número posible de personas se puedan beneficiar del recurso. De esta forma, del total de atención realizadas en 2010 un 56% eran estancias transitorias y un 30% estancias cortas.

Por último señalar que en el 51.8 % de los casos, los usuarios vuelven al domicilio familiar cuando acaba su estancia en la Miniresidencia. Sólo un tercio de los usuarios que han salido de la Miniresidencia Hortaleza en este año disponía de una vivienda propia a la que trasladarse al alta.

3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.

En este apartado de la memoria se recoge los datos sobre el perfil sociodemográfico y clínico-psiquiátrico de las **personas que se han incorporado al centro** a lo largo del año al que hace referencia la memoria (no sobre el total de usuarios atendidos ni sobre el total de entradas producidas).

Datos sociodemográficos:

Tabla 16. Sexo de las personas que se han incorporado durante el año

Sexo	n	%*
Varones	26	55.3%
Mujeres	21	44.7%
Total	47	100%

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

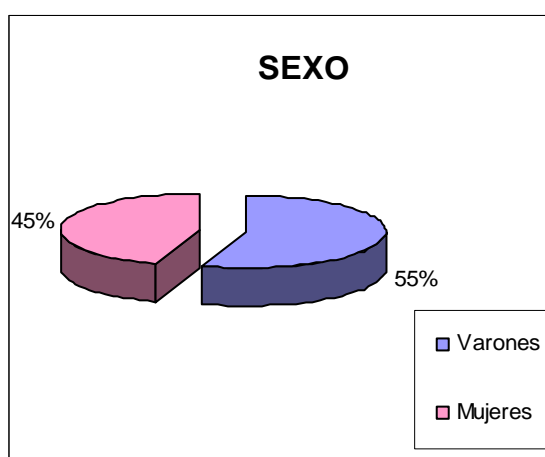


Tabla 17. Edad de los usuarios incorporados durante el año

	Media	
Edad	43	

	Media	
	n	%*
Edad:		
Entre 18 – 30	6	13%
Entre 31 – 50	32	68%
Entre 51 – 65**	9	19%
Total	47	100%

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

**Si hay alguna persona mayor de 65 años se comenta pero no se recoge en la tabla

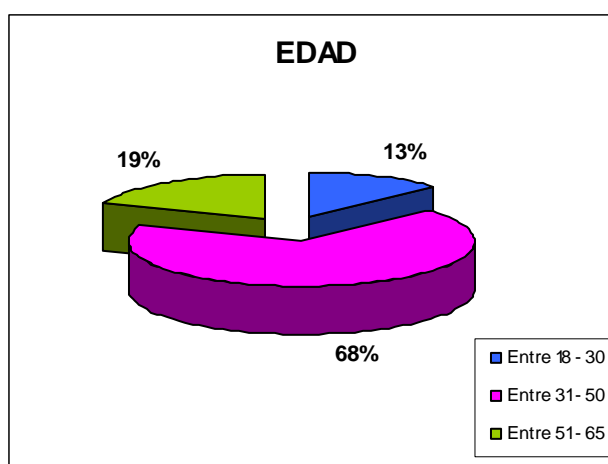


Tabla 18. Estado civil de los usuarios incorporados a lo largo del año

Estado civil	n	%*
Solteros	40	85.1%
Casados / pareja de hecho	1	2.1%
Separados o divorciados	6	12.8%
Viudos	0	0
No se conoce	0	0
Total	47	100%

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

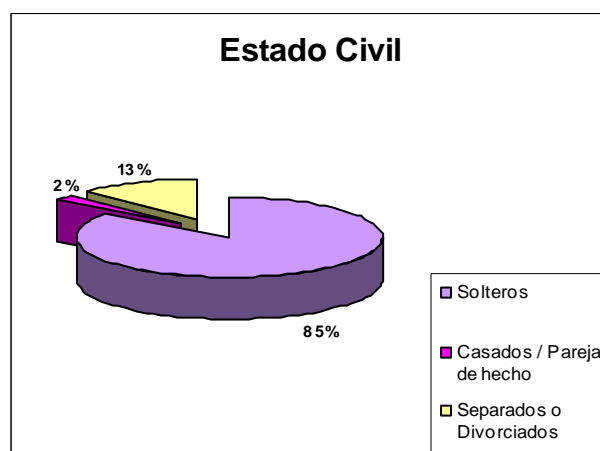


Tabla 99. Nivel educativo de las personas que se han incorporado durante el año

Nivel educativo**	n	%*
Analfabeto	0	0
Sin estudio (lee y escribe)	1	2.1%
Educación especial	0	0
Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB	7	14.9%
Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB, ESO.	20	42.5%
Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato	8	17%
F.P. 1º grado.	3	6.4%
F.P. 2º Ciclo de grado medio.	4	8.5%
3º grado. Ciclo de grado superior.	1	2.1%
Título de graduado medio universitario	2	4.2%
Título de graduado superior universitario	1	2.1%
Otros	0	0
Se desconoce	0	0
Total	47	100%

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

** Se refiere a estudios terminados

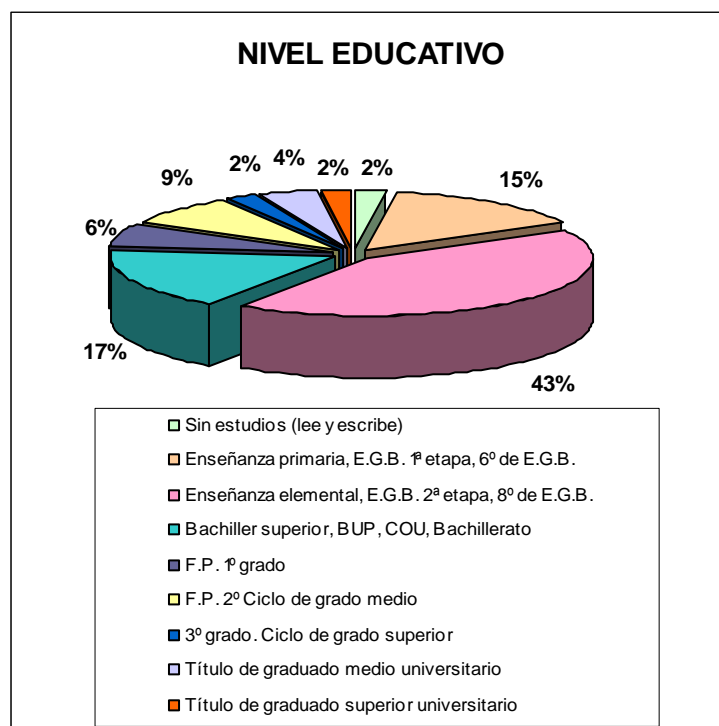


Tabla 20. Tipo de convivencia de los usuarios incorporados durante el año

Tipo de convivencia***	n	%*
Solo	11	23.4%
Con el cónyuge	1	2.1%
Con padres	10	21.3%
Con padre o madre	17	36.2%
Con otros familiares	5	10.6%
Con los hijos	1	2.1%
Miniresidencia, piso protegido o pensión (supervisada)**	0	0
Otros (especificar) (ULE Y ALBERGÚE)	2	4.2%
No se conoce	0	0
Total	47	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

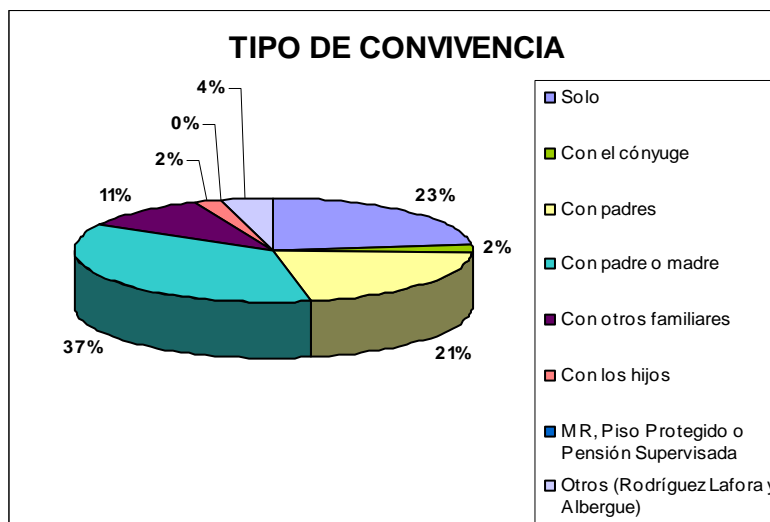


Tabla 21. Usuarios con hijos entre los incorporados durante el año

Usuarios con hijos	n	%*
Sí	9	19.15%
No	38	80.85%
No se conoce	0	0
Total	47	100%

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

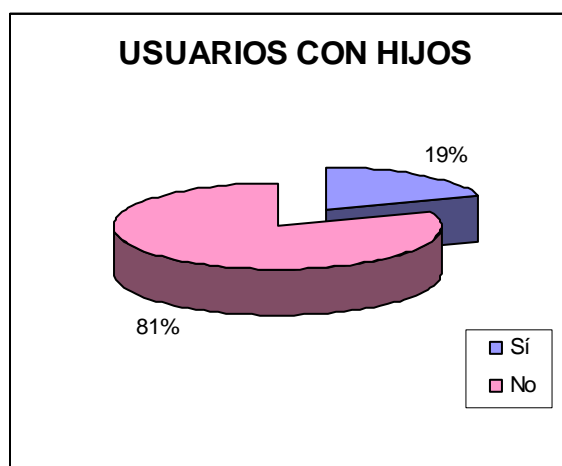
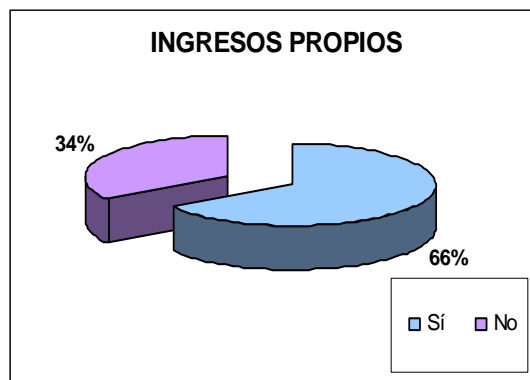


Tabla 10. Situación económica de los usuarios incorporados durante el año

	n	%*
Usuarios con ingresos propios		
Sí	31	66%
No	16	34%
Nivel de ingresos		
Menos de 300 euros	3	6.4%
De 301 euros a 600 euros	35	74.5%
De 601 euros a 900 euros	8	17%
Más de 901 euros	1	2.1%
No se conoce	0	0
Procedencia de los ingresos		
Pensión no contributiva	18	38.3%
Pensión contributiva	8	17%
RMI	0	0
Trabajo	0	0
Orfandad	3	6.4%
Hijo a cargo	13	27.6%
Otros (RAI)	1	2%
No se conoce	0	0
Total	47	100%

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



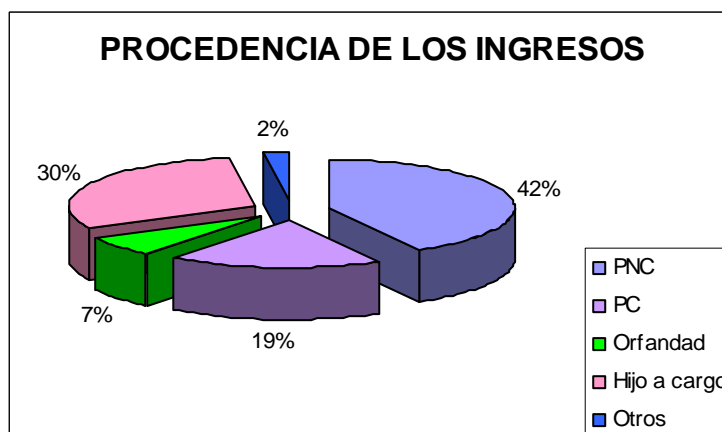
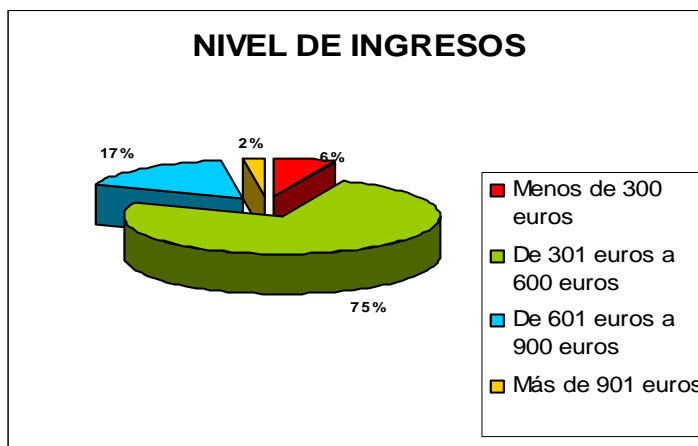


Tabla 11. Profesión de los usuarios incorporados durante el año

Profesión	n	%*
Sin profesión	19	40.4%
Trabajadores no cualificados	14	29.85
Trabajadores cualificados	11	23.4%
Estudiantes	0	0
Amas de casa	2	4.3%
Ocupaciones marginales	1	2.1%
Otros	0	0
No se conoce	0	0
Total	47	100%

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

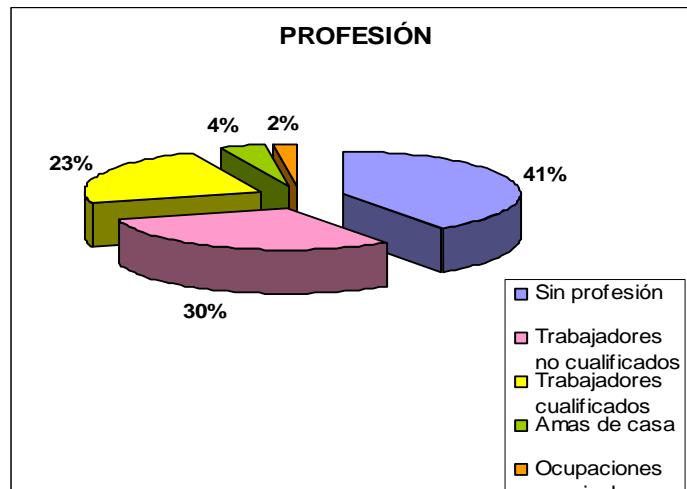


Tabla 12. Situación laboral de los usuarios incorporados durante el año

Situación laboral	n	%*
Trabajando (incluye actividad marginal e ILT)	0	0
Buscando su primer empleo (no es necesario estar inscrito en la ORE)	0	0
Parado (no es necesario estar inscrito en la ORE)	9	19.15%
Estudiante	0	0
Jubilado, pensionista (no incluir los que perciben PNC)	28	59.8%
Labores del hogar	1	2.1%
Otros	0	0
No activo	9	19.15%
No se conoce	0	0
Total	47	100%

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

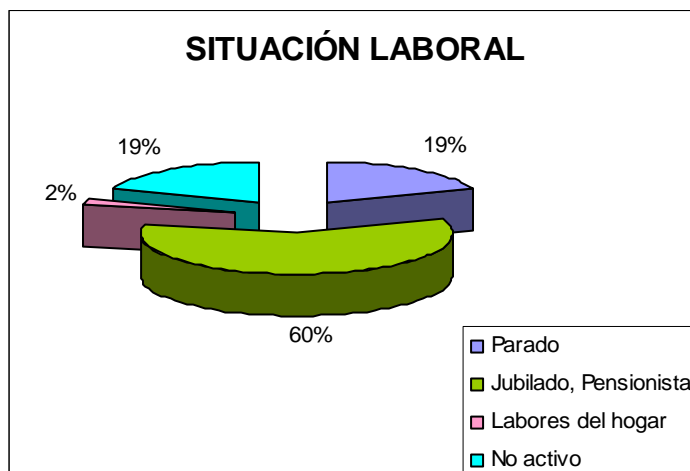


Tabla 13. Minusvalía entre los usuarios incorporados durante el año

Declaración de minusvalía	n	%*
Sí	42	89.4%
No**	4	8.5%
No se conoce	1	2.1%
Total	47%	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

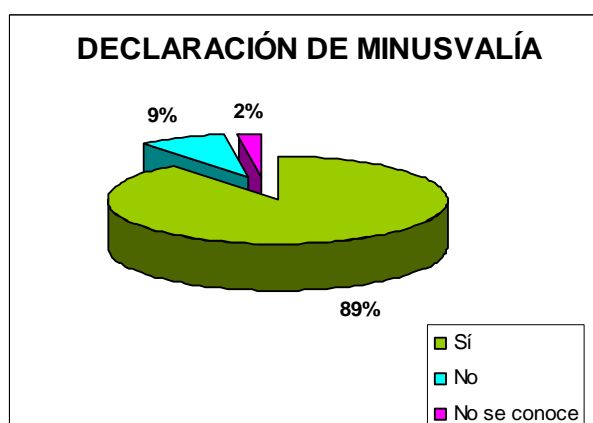
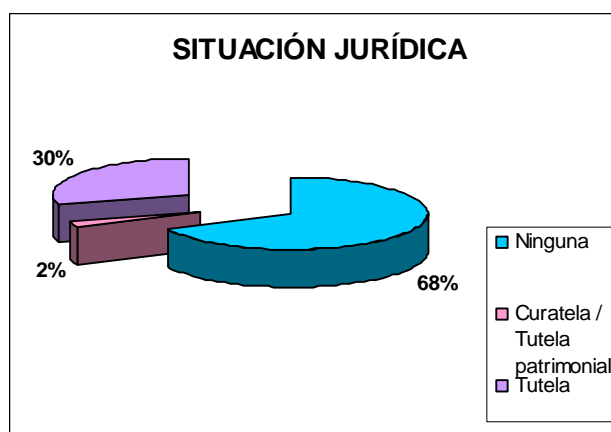


Tabla 14. Situación jurídica de los usuarios incorporados durante el año

Situación jurídica	n	%*
Ninguna	32	68.9%
Curatela/Tutela patrimonial	1	2.15
Tutela	14	29.85
No se conoce	0	0
Total	47	100%

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



Analizando los datos anteriores, podemos concluir que el perfil habitual de los usuarios que han accedido a la Miniresidencia Hortaleza a lo largo del 2010 es el que se describe a continuación:

- Más del 55 % son varones, con una edad media que se mantiene estable con respecto al año anterior, encontrándose en torno a los 43 años.
- Sólo el 2% de los usuarios que se han incorporado a lo largo del 2010 está casado o es pareja de hecho, el 85% está soltero y sólo 9 personas de las 47 que han accedido a la Miniresidencia tienen hijos.
- Más del 57% de los usuarios acceden la Miniresidencia provenientes del domicilio familiar que comparten con uno o ambos progenitores. Si relacionamos este dato con el hecho de que la edad media de los usuarios es de 43 años, podemos concluir que en la mayoría de

los casos los padres son de edad avanzada y esto es probable que añada dificultades a la convivencia, motivo por el cual más del 50% de los motivos de derivación a la Miniresidencia están relacionados con descansos familiares.

- Se ha incrementado el porcentaje de usuarios que vivían solos antes de acceder a la Miniresidencia, pasando del 7.3% en 2009 a más del 23% en 2010.
- El 57% de las personas que han accedido a la Miniresidencia ha terminado la enseñanza primaria o la segunda etapa de EGB. El 32% ha conseguido terminar distintas modalidades de estudios secundarios (Bachillerato o FP de primer o segundo grado) y el sólo el 8% ha logrado concluir módulos de grado superior o estudios universitarios.
- Estrechamente relacionado con el dato anterior, nos encontramos con que el 70% de los usuarios incorporados no tiene una profesión definida o son trabajadores no cualificados. Esto tiene importantes repercusiones en el tipo de prestación económica que habitualmente perciben, si bien el 66% posee ingresos propios, estos suelen ser inferiores a los 600 euros mensuales ya que provienen de Prestaciones No Contributivas o por Hijo a Cargo (66%).
- En cuanto a la situación laboral de los usuarios que han accedido a la Miniresidencia a lo largo de este año podemos concluir que casi el 79% no están activos o son pensionistas. Concordante con esta situación y con los datos sobre profesión e ingresos económicos analizados en el punto anterior está el hecho que ya se ha comentado anteriormente relativo a que la mayoría al alta de la Miniresidencia, deben volver al domicilio familiar ya que sólo el 30% dispone de una vivienda propia.
- La mayoría de los usuarios que han accedido a este recurso posee certificado de minusvalía (más del 89%).
- En la mayor parte de los casos los usuarios no están incapacitados, sólo un 2.1% está tutelado y un 29.8% curatelado.

Datos psiquiátricos:

Tabla 15. Diagnóstico principal de los usuarios incorporados a lo largo del año

Diagnóstico principal	n	%*
Esquizofrenia	29	62.7%
Trastorno bipolar	5	10.6%
Trastorno delirante	1	2%
Otras psicosis	8	17.1%
Trastorno de personalidad	4	8.6%
Trastornos de ansiedad o del estado de ánimo	0	0
Otros (especificar)	0	0
No disponible	0	0
Total	47	100%

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

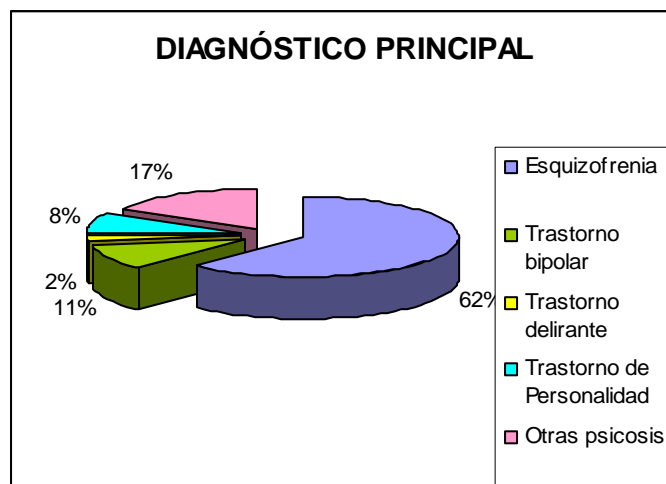


Tabla 16. Diagnóstico asociado de los usuarios incorporados a lo largo del año

Diagnóstico asociado	n	%*
No	31	66%
Sí	16	34%
Trastorno de personalidad	3	6.4%

Diagnóstico asociado	n	%*
Retraso mental	0	0
Otros (T. del estado de ánimo)	3	6.4%
Abuso de sustancias	10	21.2%
Alcohol	5	10.6%
Otras	5	10.6%
Total	47	100%

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

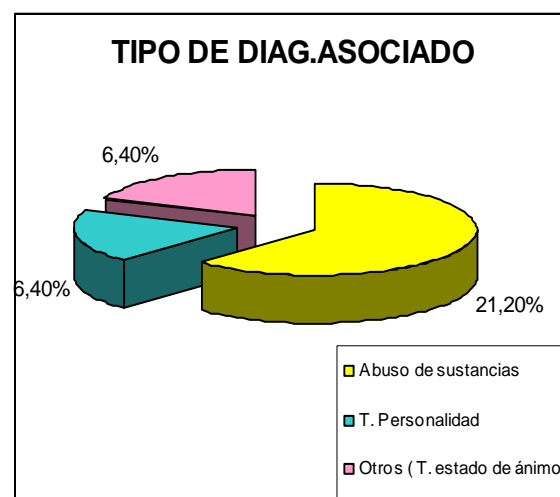
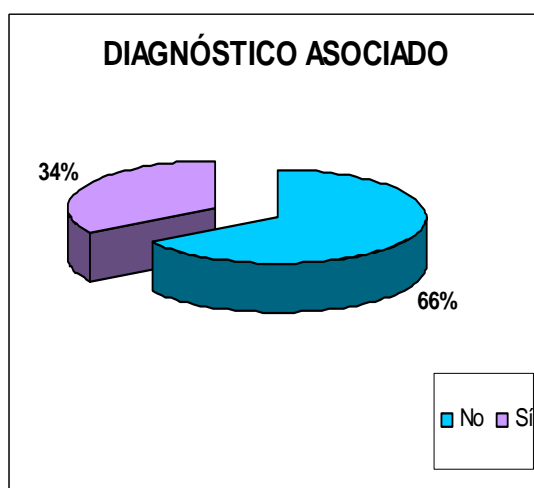


Tabla 17. Ingresos previos a la incorporación al centro de los usuarios incorporados a lo largo del año

	n	%*
Usuarios con ingresos previos a su incorporación al centro	46	98%

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

Comentario:

El 80% de los usuarios que han accedido a la Miniresidencia Hortaleza durante el 2010 estaban diagnosticados de esquizofrenia u otra psicosis.

Sólo 7 personas han accedido con un diagnóstico de Trastorno de Personalidad, en cuatro casos como diagnóstico principal y en tres como diagnóstico asociado. A pesar de estas cifras tan bajas, en algunos momentos el porcentaje de personas con ese diagnóstico dentro del recurso ha alcanzado el 20%. Esta situación no ha desbordado la capacidad de atención de la Miniresidencia gracias a la estrecha colaboración que hemos mantenido con los Servicios de Salud Mental y a que varios de esos usuarios llevan varios años en el centro y el equipo conoce bien las pautas de manejo de esos casos.

Lo más habitual es que las personas que acceden a la Miniresidencia no presenten ningún diagnóstico asociado, pero cuando lo presentan suele ser un problema de abuso de sustancias. En estos casos hemos podido contar con todo momento con el apoyo y colaboración de los Servicios de Salud Mental y otros dispositivos especializados que han ayudado al usuario a mantenerse abstinentes. Únicamente en un caso ha sido necesario gestionar la salida de la Miniresidencia debido a un consumo abusivo de alcohol no controlado.

El 98% de las personas que han accedido a la Miniresidencia a lo largo de 2010 ha tenido ingresos hospitalarios previos a su incorporación al recurso, únicamente 1 usuario de los 47 que han accedido, nunca ha precisado un ingreso psiquiátrico.

4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS.

Este apartado recoge información sobre los usuarios ingresados por motivos psiquiátricos y sobre los ingresos de este tipo producidos durante el año al que hace referencia la memoria.

Tabla 18. Ingresos psiquiátricos de los usuarios del centro durante el año

	n	%*
Nº de usuarios con ingresos	7	9%
Nº de ingresos	7	

*% sobre el total de usuarios atendidos

Comentario:

El número de usuarios que han precisado un ingreso psiquiátrico a lo largo del 2010 se ha reducido con respecto al año anterior. Si en 2009 10 personas necesitaron ingresos en las unidades de agudos de los hospitales de referencia, el 2010 ese número se ha reducido hasta 7. Este dato nos hace pensar que las distintas intervenciones para la prevención de recaídas que se diseñan y ponen en marcha en la Miniresidencia están siendo eficaces.

Debemos destacar que en todo momento hemos trabajado en coordinación con los Servicios de Salud Mental y hemos sido apoyados por ellos cuando ha sido necesario programar un ingreso involuntario o ante otras situaciones de urgencia.

La Tabla 30 no recoge datos sobre otras urgencias o ingresos médicos no psiquiátricos que se tienen que manejar en la vida cotidiana en una Miniresidencia.

5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.

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

5.1. Servicios básicos y generales.

La Miniresidencia prestará, al menos, los siguientes servicios e implementará cuantas acciones sean necesarias para el adecuado desarrollo de éstos:

- **Alojamiento y manutención.**

- La principal razón de ser de las Miniresidencias es ofrecer cobertura residencial a aquellas personas que por su deficitario nivel de funcionamiento, la carencia de vivienda propia, la ausencia de apoyo familiar o social, etc. necesiten un apoyo constante las 24 horas del día.
- Se ofrecerán cuatro comidas diarias (desayuno, comida, merienda y cena) equilibradas dietéticamente e intentando atender a los gustos de los residentes.
- Se facilitarán cuatro tipos de dieta para atender a las necesidades de regímenes especiales. Además de la dieta normal, dispondremos de dietas hipocalórica, hiposódica, blanda y vegetariana.
- Los residentes pueden comer fuera de las horas previstas si existe una causa justificada o tomarse un vaso de leche o similar al acostarse, todo lo que proceda según el sentido común.

- **Limpieza y mantenimiento de las habitaciones.**

- Se proporcionará una habitación individual con baño que reúna condiciones dignas de limpieza, higiene, intimidad y seguridad. La disposición y decoración de la habitación estará sujeta a los gustos de cada residente.
- Todos los días cada usuario realiza, con el apoyo educativo profesional que precisa, la limpieza del baño particular o de la habitación.

- Cada educador de referencia será el responsable de garantizar que cada residente recibe los apoyos individualizados que precisa para mantener el orden de la habitación y el armario.
 - El servicio de limpieza de la Miniresidencia garantiza el correcto estado de limpieza de cada habitación realizando limpiezas “a fondo” de las mismas con una periodicidad variable según de qué habitación se trate.
 - Se renovará la ropa de cama y de aseo en condiciones dignas al menos una vez por semana.
- **Lavado, planchado y cosido de la ropa.**
 - Una vez a la semana, tras la instrucción necesaria y con el apoyo profesional preciso, los usuarios pondrán la lavadora. También pueden lavar a mano o antes de la fecha programada si lo precisan. Disponen además de secadora.
 - Ellos se ocupan de planchar su ropa con la instrucción necesaria.
 - Ellos se ocupan de coserse la ropa y, si no supieran, los profesionales promueven intervenciones de ayuda mutua entre los residentes para que quién sí sabe enseñe como hacerlo a quién no sabe.
 - Se proporcionará ropa personal a aquellos usuarios que no dispongan de medios para conseguirla (dinero, familia,...).
- **Apoyo y soporte para la integración comunitaria.**
 - Se asegura que los usuarios cumplan con sus citas y realicen sus tareas programadas, así como que tengan un nivel de actividad general acorde a su estado y características.
 - Se asegurará el apoyo en la gestión de todos los trámites administrativos que deba realizar cada residente.
 - Quien lo precisa dispone de un calendario a la vista con sus actividades del día/ de la semana/ del mes, que es revisado en atención individual con los profesionales de la Miniresidencia. Todos tienen programadas sus actividades.

- Se realizan intervenciones estructuradas y transversales que buscan mejorar su competencia social en sus distintos entornos. Los usuarios participan activamente en la elección de las actividades destinadas a intervenir en éste área.
- Se aseguran unos mínimos de aseo personal compatibles con su bienestar psicológico, consensuados con los usuarios.
- Se les ayuda a alcanzar cuanto antes orientación en el entorno con mapas, actividades en compañía por los alrededores, salidas a los recursos comunitarios cercanos,...
- Para quienes tienen dificultades especiales para moverse por Madrid desde la Miniresidencia, se ha diseñado un Programa, con intervenciones individuales y en grupo, destinado a garantizar su orientación espacial.
- Desde la Miniresidencia se fomenta la realización de actividades fuera del recurso, ofreciendo los apoyos que sean necesarios.
- Todos los usuarios son responsables de alguna tarea que, ajustada a sus competencias, resulta necesaria para el funcionamiento de la Miniresidencia, buscando así ofrecerles un rol alternativo al de enfermo mental.
- Como regla general, se fomenta toda la participación posible de los familiares en la vida de la residencia, en concreto en lo que afecta a su familiar. Para que esto sea así, los profesionales tendrán al menos un contacto mensual con los familiares de cada usuario.

- **Apoyo emocional y psicosocial.**

- Se proporcionara el cuidado y el apoyo personal que cada residente necesite para conseguir la mayor satisfacción, calidad de vida y autonomía posible.
- En coherencia y en apoyo a las intervenciones de Salud Mental y otros dispositivos especializados de salud y rehabilitación, todos los usuarios tienen sesiones de apoyo psicosocial con la psicóloga, la terapeuta ocupacional y los educadores sociales de la Miniresidencia, así como un trato cálido y afectuoso.

- **Entrenamiento en hábitos de la vida diaria para la salud.**
 - Se asegurará la correcta administración de la medicación pautada por el psiquiatra del Servicio de Salud Mental que ha derivado al usuario a la Miniresidencia.
 - Semanalmente, los usuarios rellenan con la ayuda de un/a educador/a un cajetín con la medicación que toman a lo largo de la semana. En ese momento se revisa la actitud de cada usuario hacia la medicación y la información que maneja al respecto.
 - A la hora de las tomas, el tipo y grado de supervisión se ajusta a cada usuario, asegurando en todos los casos la toma de medicación prescrita.
 - Se organizan actividades destinadas a que los usuarios lleven un estilo de vida saludable.
 - Se realizan coordinaciones periódicas con los centros de Atención Primaria o de Especialidades para asegurar la correcta atención a la salud física de cada residente.
 - Se fomentará un estilo de vida activo, proponiendo distintas actividades en las que el ejercicio físico juega un papel esencial.

- **Otros servicios básicos:** Si es necesario, la Miniresidencia cubrirá también las siguientes necesidades:
 - Vestido y calzado para aquellos residentes sin recursos económicos propios y sin apoyo familiar.
 - Los trámites y gestiones necesarios en caso de fallecimiento para aquellos usuarios que carecen de familia o no pueden contar con su apoyo.

Los usuarios realizan, con la organización, supervisión y apoyo profesional preciso, muchas de las tareas necesarias para la organización de la convivencia en las condiciones adecuadas y para la prestación de los servicios básicos. De esta manera se trata de fomentar que cambien su rol de enfermos que están aquí sólo para recibir cuidados, por un rol más activo y productivo, lo cuál tendrá su repercusión no sólo en el nivel de autonomía de los residentes, sino en su estado de ánimo y su nivel de autoestima.

La Miniresidencia garantiza con sus propios recursos humanos, la limpieza y correcto estado de las cosas, tanto de los espacios comunes como privados, de los usuarios y profesionales. El estilo de supervisión por parte de los profesionales siempre se centra en lo positivo y tolera la mala práctica para primar la buena relación afectiva. El objetivo es que hagan las cosas porque le encuentren sentido y que reforzadores naturales sean los encargados de facilitar el mantenimiento, y no por obligación o miedo al castigo exclusivamente. Tratamos de que las conductas objetivo de cada usuario tengan sentido en sus vidas; es decir, que tengan una funcionalidad.

Para facilitar el uso de recursos comunitarios y el conocimiento del entorno, se cuenta con los usuarios "veteranos" para que ayuden a situarse a los más nuevos en el recurso. De esta forma intentamos fomentar sus contactos sociales y se naturalizan los apoyos que mutuamente precisan, no siendo solamente los profesionales los encargados de dar apoyo emocional y/o práctico.

Tan importantes como las intervenciones programadas son las transversales o espontáneas, fruto de la interacción presenciada por un profesional que da feedback en coherencia con los objetivos de cada usuario.

De igual forma, el trabajo con el ambiente y sus normas facilita que, de forma natural, surjan entrenamientos y conductas deseadas en los usuarios.

5.2. Atención psicosocial.

La atención en la Miniresidencia se articula a través de Planes Individualizados de Atención Residencial que se elaboran tras una evaluación multidisciplinar de cada residente. En esos planes, se detallarán y graduarán los objetivos que se plantea alcanzar durante la estancia del usuario y las intervenciones que se desarrollarán para alcanzarlos. Una característica fundamental de los Planes Individualizados de Atención Residencial es que siempre serán conocidos y estarán consensuados con el propio usuario e incluso con la familia si ésta tiene un papel importante en el proceso.

En el diseño del Plan Individualizado de Atención Residencial se cuidará con esmero que los objetivos planteados sean realistas y que tengan significado para el usuario. En la medida de lo posible se intentará que las intervenciones que se deriven de esos objetivos, estén integradas de una forma natural en la organización de la vida en la Miniresidencia y que el usuario encuentre sentido a las tareas y actividades que se le proponen. Muchos de los objetivos se trabajan por tanto mediante intervenciones transversales que se pueden poner en marcha en los distintos momentos que nos ofrece la vida diaria en la Miniresidencia y no mediante actividades programadas. Este estilo de trabajo, hace que el residente se sienta cómodo en el recurso en lugar de desbordado por las actividades programadas, las obligaciones y las normas, y de esta forma es mucho más fácil conseguir que esté motivado y se implique en su propio proceso de rehabilitación.

Los procesos básicos que articulan la atención psicosocial que se desarrolla en la Miniresidencia Hortaleza son los siguientes:

1. Derivación y Coordinación con los SSM.
2. Visita previa al acceso.
3. Acceso y acogida.
4. Evaluación inicial.
5. Evaluación Multidisciplinar: Psicológica, del Terapeuta Ocupacional y del Educador Social.
6. Diseño del Plan Individualizado de Atención Residencial.
7. Intervenciones Individuales.
8. Programas grupales de apoyo y soporte.
9. Programas grupales de entrenamiento en habilidades.
10. Contacto con las familias.
11. Intervenciones permanentes en la vida cotidiana.
12. Participación en la vida de la Miniresidencia: Las asambleas.
13. Apoyo y soporte emocional en situaciones de urgencia o necesidad.
14. Elaboración de informes, seguimiento y salida de la Miniresidencia.
15. Otras intervenciones.

1. Derivación y coordinación con los Servicios de Salud Mental.

- Una vez al mes tendrá lugar una Comisión de Derivación y Seguimiento a la que asisten los responsables de los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental y varios profesionales de la Miniresidencia. Es en estas comisiones donde tienen lugar las derivaciones al recurso.
- Después de hacer una breve descripción del caso que se presenta, los profesionales de la Miniresidencia aceptan el perfil clínico y conductual del usuario derivado por el Servicio de Salud Mental correspondiente.
- Se acuerdan los plazos de estancia del usuario.
- Se perfilan unos primeros objetivos de trabajo.
- Se establece el plazo aproximado para el acceso del usuario.
- Se realiza un seguimiento de los usuarios que en ese momento se encuentran en la Miniresidencia, informando al representante de los Servicios de Salud Mental que esté presente sobre los siguientes aspectos: la evolución del usuario, los objetivos que se están trabajando, las intervenciones que se han diseñado encaminadas a conseguir dichos objetivos, los posibles problemas que estén surgiendo, la previsión de estancia considerada ideal de acuerdo a la evolución, etc.

2. Primera Visita.

- Visita previa varios días antes del acceso definitivo. En la medida de lo posible, el usuario vendrá a conocer nuestro recurso acompañado de algún familiar.
- Le recibirá la directora del centro acompañada de algún otro profesional (preferentemente el educador social a quien se le ha asignado el caso).
- Confirmación de que el perfil y la situación general del usuario permiten el acceso en un breve espacio de tiempo.
- Domina el calor en el contacto y la flexibilidad para adaptarse a las dificultades prácticas que exponga el usuario.
- Es una aproximación a la vida en la Miniresidencia, se inicia la explicación de las rutinas y costumbres en el recurso.
- Después se le enseñará el centro y, siempre que sea posible, su futura habitación. Además se le presentará a algún otro residente que pueda darle una visión positiva del recurso que contribuya a disminuir la ansiedad inicial.

- Se entrega documentación básica informativa sobre la Miniresidencia.
- Si es posible se comunica la fecha del acceso que ya habrá sido acordada con el Centro de Salud Mental correspondiente.

3. Acceso y Acogida.

- El usuario llega a la Miniresidencia para quedarse.
- Será recibido por su educador de referencia y por la directora del recurso.
- Se le acompañará a su habitación y se le ofrecerá la ayuda necesaria para organizar sus objetos personales.
- El educador de referencia tendrá una breve sesión con él para aclarar todas sus dudas y darle información básica sobre la organización de la vida en la Miniresidencia.
- Se tratará de disminuir su ansiedad aportándole información tranquilizadora y ofreciéndole todo el apoyo que necesite.
- Durante los primeros días de estancia, no será responsable de demasiadas tareas y se hará todo lo necesario para facilitar su adaptación al recurso.
- Se dará especial importancia a que empiece cuanto antes a establecer contactos con otros usuarios, diseñando alguna tarea o actividad que fomente las relaciones.
- Se garantizará que un profesional u otro usuario se encargue de realizar todas las actividades necesarias para que el nuevo residente conozca cuanto antes el barrio y los recursos comunitarios que nos ofrece.

4. Evaluación Inicial.

- En la visita previa ya comienza un primer proceso de evaluación ya que es necesario disponer de cierta información antes del acceso definitivo del usuario.
- A través del Protocolo de Continuidad de Cuidados que se aporta desde el CSM, de la entrevista que se mantiene en la visita previa y de una breve entrevista que tendrá lugar el día del acceso, se recabarán al menos los siguientes datos:
 - Datos personales y sociodemográficos.
 - Área Clínica: Diagnóstico, pauta actualizada de medicación, adherencia al tratamiento y grado de supervisión necesario,...

- Indicaciones con respecto a la administración del dinero y el tabaco.
 - Aspectos legales (si está incapacitado o en proceso de tutela, curatela,...).
 - Área de Salud General: Datos sobre su Centro de Atención Primaria y su médico de cabecera, enfermedades físicas relevantes, cuidados especiales, necesidad o no de una dieta especial.
 - Área de productividad: Será necesario saber si realiza alguna actividad para ajustar los horarios de la Miniresidencia de forma que pueda continuar asistiendo sin dificultades.
 - Área cognitiva: Dificultades importantes en cuanto a la orientación en el espacio y en el tiempo, la memoria, etc.
- Se cumplimentará además el Protocolo de Protección de datos.
 - Se pone a disposición del usuario el Reglamento de Funcionamiento Interno, una vez lo ha leído se aclaran las dudas y se firma el protocolo correspondiente.

5. Evaluación Multidisciplinar.

- Durante las dos/tres primeras semanas de estancia, el usuario tendrá entrevistas con distintos profesionales de la Miniresidencia con el objetivo de recoger información exhausta de las siguientes áreas:
 - La Directora / psicóloga: Perfil y acogida del usuario y los familiares, situación psicopatológica, adherencia al tratamiento farmacológico, etc.
 - La Terapeuta Ocupacional: AVD´S , ocio y Productividad.
 - El Educador Social de referencia: Integración sociocomunitaria, relaciones familiares y red social.
- El educador de referencia y el psicólogo mantiene una entrevista con la familia.
- El educador de referencia o el psicólogo se coordinarán con el resto de recursos a los que asiste el usuario para recabar información sobre su funcionamiento cotidiano, los objetivos sobre los que están trabajando, su horario de actividades en el centro, etc.
- El resto de profesionales del recurso aportan observaciones.

- Una vez recogida toda esta información, tendrá lugar la Junta de Evaluación en la que se diseñara el PIAR de cada residente.

6. Elaboración de un Plan Individualizado De Atención Residencial (PIAR) para cada residente.

1. Hipótesis de la situación actual, de los objetivos, intereses, riesgos, etc. del residente y propuesta de actuaciones para cambiar las cosas.
2. Devolución al usuario de los objetivos y las acciones diseñadas par alcanzarlos, recogidos en su Plan Individualizado de Atención Residencial.
3. Negociación y consenso con el usuario ante dichos objetivos con el objetivo de conseguir su implicación y aumentar su motivación.
4. Sólo se trabajarán tres objetivos a la vez. Se trabajan en programas estructurados, en distintas actividades de apoyo y soporte, en acciones puntuales o en intervenciones transversales a lo largo de toda la convivencia diaria.
5. Todo el equipo conocerá tanto el PIAR de cada usuario, como los objetivos vigentes para ese mes.
6. Seguimiento / revisión **mensual** del PIAR con evaluación de objetivos y diseño de nuevas estrategias para alcanzarlos.
7. Se incluirán tareas comunes a realizar por el usuario en la Miniresidencia que podrán ir variando o ser estables a lo largo del tiempo.
8. Se diseñarán tareas de responsabilidad en la Miniresidencia que sean del interés del usuario y contribuyan a buscar una alternativa al rol de enfermo.
9. Presentación de toda esta información y al Servicio de Salud Mental correspondiente.

7. Atenciones individuales programadas.

- En los casos que se considera necesario, el psicólogo de la Miniresidencia diseñará distintas intervenciones individuales.

- En esta área, se prestará especial atención a las intervenciones que se estén llevando a cabo con el usuario en otros recursos de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera.
- Cada educador de referencia tendrá al menos una tutoría semanal con cada residente.
- Los educadores sociales de la Miniresidencia realizan intervenciones individuales centradas en los objetivos de sus usuarios de referencia.
- Algunas de estas intervenciones son comunes a todos los residentes, aunque su desarrollo práctico siempre difiere para poder dar una atención lo más individualizada posible y acorde con el momento del proceso de rehabilitación en el que se encuentra la persona.
- Algunas de estas intervenciones consisten en aportar supervisión, apoyo y entrenamiento en tareas como la limpieza de la habitación y el baño, el aseo personal, el cuidado de la ropa, la toma de medicación, etc.

8. Programas grupales de apoyo y soporte.

Estos programas tienen varios objetivos fundamentales:

- Ser un espacio donde los profesionales puedan trabajar hacia los objetivos marcados en el PIAR de cada residente de una forma menos directiva y más transversal.
- Ofrecer un espacio y un tiempo que ayude a que los residentes organicen su vida diaria y su tiempo de ocio cuando carecen de otras opciones más normalizadas.
- Fomentar la interacción y el establecimiento de relaciones positivas entre los residentes.

Todas estas actividades tienen carácter voluntario y es el usuario, apoyado por su educador de referencia, el psicólogo o el terapeuta ocupacional, quién elige aquellas que más le interesan.

Todos los usuarios deben elegir y acudir con cierta regularidad a alguno de los programas de apoyo y soporte. Los que se han puesto en marcha a lo largo del 2010 aparecen en la siguiente tabla.

Nombre del programa	Nº de grupos realizados	Nº Asistentes por grupo
Debate	2	11 usuarios
Radio	2	5, 6 usuarios
Cultura	1	12 usuarios
En Forma/Footing	3	8, 9 usuarios
Teatro	2	5, 6 usuarios
Artes Decorativas	2	6 usuarios
Cortometrajes	1	6 usuarios
Ocio	3	6,7, 5 usuarios
Yoga	2	6, 6 usuarios
El blog del otoño/invierno	2	16,16 usuarios
Bailes caribeños	1	7 usuarios
Paseo nocturno	2	8, 6 usuarios
Terraza de verano	1	10 usuarios
Nos vamos de tapas	1	7 usuarios
Aperitivo dominical	2	7, 6 usuarios
Bingo	1	4 usuarios
Piscina	1	4 usuarios
Conocer Madrid	1	8 usuarios
Informe semana (actualidad)	1	7 usuarios
Videoforum	1	5 usuarios
El musical	1	6 usuarios
Fotonovela	1	5 usuarios
Taller de los sentidos	1	8 usuarios

Inglés	1	6 usuarios
Percusión	1	6 usuarios
Juegos de mesa	1	4 usuarios
TOTAL	38 grupos	Media de asistentes: 8 usuarios

Muchos de los programas enumerados en el cuadro anterior, se han repetido durante varios años en la Miniresidencia, pero a lo largo de 2010, se han desarrollado varias actividades más novedosas cuyo funcionamiento y nivel de participación ha sido muy satisfactorio, por lo que pasamos a describirlas a continuación:

8.1. Taller de los Sentidos.

Las sensaciones que nos llegan a través de nuestros sentidos constituyen la fuente principal de nuestros conocimientos acerca del mundo exterior y de nuestro propio cuerpo, dándonos la posibilidad de orientarnos en el medio circundante y con respecto al propio cuerpo. Muchas veces pensamos en programas de rehabilitación enfocados a superar dificultades que plantea la enfermedad mental en las personas, pero casi siempre dejamos de prestar atención a la importancia de nuestros sentidos y todo lo que a través de ellos logramos. Este taller es una manera de pararnos a pensar en cada uno de ellos y ofrecer a los usuarios la posibilidad de detener su atención en la información que cada uno nos ofrece. También aprovechamos esta actividad para ponernos en el lugar de las personas que carecen de un sentido, como por ejemplo las personas ciegas y saber las dificultades con las que se encuentran a diario.

Los objetivos generales del taller fueron los siguientes:

- Conocer y diferenciar los distintos sentidos
- Disfrutar de cada sentido
- Estimular la memoria visual
- Estimular la agudeza visual
- Potenciar las relaciones sociales dentro del grupo.
- Favorecer la experimentación de emociones positivas.

- Disminuir la intensidad de emociones negativas como la ansiedad.
- Promover el trabajo en equipo
- Conocer las limitaciones de la falta de alguno de los sentidos

Con esta actividad se consiguió que cada usuario fuera consciente de las sensaciones positivas que se pueden obtener a través de cada uno de nuestros sentidos. De una manera lúdica, se trabajó para que centraran su atención en determinadas sensaciones corporales que conseguían provocar emociones positivas. La valoración de la actividad por parte de los usuarios fue muy positiva, haciendo especial hincapié en cómo habían conseguido disminuir la intensidad de emociones negativas (con ejercicios como centrar la atención en una música tranquila) o habían experimentado emociones positivas (visualización de escenas agradables, ejercicios para captar determinados sabores,...)

8.2. Percusión.

La música interesa a la mayoría de las personas, con o sin enfermedad mental. La percusión en concreto es una actividad musical atractiva, novedosa, sencilla y flexible de manera que puede adaptarse a las capacidades y gustos de cada usuario. Todo ello permite en una población en ocasiones tan heterogénea como la de este recurso, ofrecer un espacio donde cada individuo tenga cabida y todos puedan contribuir al grupo por igual.

Los objetivos generales que se trataban de trabajar mediante esta actividad fueron los siguientes:

- Tomar contacto con el propio cuerpo: ser conscientes del tono de nuestro cuerpo, conseguir alcanzar momentos de relajación, disfrutar con la danza y el movimiento y permitirnos una libre expresión corporal y musical.
- Fomentar las relaciones interpersonales: dirigirnos hacia los demás utilizando la percusión como medio de comunicación alternativa, formar un grupo y sentir que se pertenece a él, sentir la importancia que del papel que cada uno desempeña en el grupo.
- Desarrollar capacidades cognitivas superiores: atención, memoria, lenguaje y cálculo.

- Acercarse a una nueva actividad musical, la percusión, con todas las posibilidades de disfrute que conlleva tanto a nivel grupal como individual.

Todas las sesiones del programa tenían un esquema similar que se describe a continuación:

1. INTRODUCCIÓN: TRABAJO CORPORAL

Previo al trabajo con los instrumentos de percusión, dedicaremos unos minutos a intentar que cada participante sea consciente de su estado de ánimo y cómo se encuentra físicamente para comenzar a conectar mente y cuerpo.

- a) Ronda : Sentados en círculo, cada participante comentará cómo se encuentra, si le ha pasado algo en especial, si tiene o no ganas de llevar a cabo el taller...
- b) Estiramientos: De pie y en círculo, con música de fondo, realizaremos unos estiramientos suaves con todo el cuerpo e iremos buscando la activación motora.
- c) Ejercicio de psicomotricidad/ Baile o coreografía: En este apartado buscamos cierta desinhibición corporal, dejar de lado rigideces que habitualmente podemos tener (apretar la mandíbula, fruncir el ceño, apretar los brazos contra el tronco...) y sustituirlos por movimientos sencillos bien coordinados y siempre en un tono distendido y divertido.

2. PERCUSIÓN

- a) Percusión corporal: En este punto hacemos un suave traslado del movimiento y el baile a la percusión, para poco a poco pasar al trabajo con los instrumentos.
- b) Acercamiento a los instrumentos: En todas las sesiones seguiremos el mismo esquema; cada uno irá eligiendo un instrumento, sacándolo de la funda y empezaremos a calentar la piel del instrumento haciendo círculos con las palmas de las manos. Después, haremos una ronda para que cada uno golpee una vez su instrumento y otra para que se presente con sonidos, cantos, percusiones o como quiera.
- c) Ejercicios de repetición con los instrumentos: Irán variando de sesión en sesión. Tienen el objetivo de familiarizarse con los diferentes modos de tocar el instrumento, diferentes intensidades, velocidades, tocar con las dos manos, trabajar la coordinación, atención y memoria.

- d) Aprendizaje de ritmos: Constituye el grueso del taller. Se comenzará por ritmos africanos que cada vez irán siendo más complejos
- e) Improvisación: Cada día reservaremos un espacio para que cada componente del grupo pueda expresarse e improvisar con el instrumento, con la voz o como le apetezca.

3. CIERRE DE LA SESIÓN

- a) Escucha de música, respiración.
- b) Comentarios: Haremos una ronda para comentar ahora cómo se siente cada uno y observar los cambios que ha manifestado antes y después de la actividad.

Este programa sirvió para trabajar aspectos cognitivos de una manera lúdica donde los participantes se esforzaban sin ser muy conscientes de ello; supuso una apertura a la hora de escuchar activamente a sus compañeros y permitió a las personas con más dificultades de funcionamiento reconocer habilidades propias que sus compañeros o ellos mismos desconocían devolviéndoles un importante sentimiento de competencia.

8.3 El Blog del otoño.

Actualmente, las nuevas tecnologías juegan un papel fundamental en nuestra sociedad y se están incorporando a nuestra vida cotidiana de manera muy rápida. Existen distintos sectores de la población con menos posibilidades de acceder y aprender a utilizar estas herramientas, entre ellos están las personas con enfermedad mental, que habitualmente carecen de los medios y los conocimientos necesarios para usar los ordenadores y concretamente internet.

Creemos que las nuevas tecnologías son una herramienta para la comunicación muy poderosa, por eso nos planteamos programar alguna actividad específica para acercar internet y sus posibilidades a los usuarios que son atendidos en el recurso.

Se diseñó un programa con una duración inicial de cuatro meses ("el blog del otoño") a través del cual se perseguían los siguientes objetivos:

- Crear un blog con contenidos de ocio y de utilidad para usuarios y profesionales de la Miniresidencia Hortaleza.
- Lograr que los usuarios de la Miniresidencia adquieran algunos conocimientos básicos sobre informática.
- Fomentar el uso de los puntos de acceso a internet existentes en el recurso.
- Conocer el valor del ordenador como herramienta en la vida diaria.
- Fomentar la colaboración y la interacción entre los usuarios y ofrecerles una nueva herramienta de comunicación.
- Lograr la implicación de usuarios y profesionales tanto aportando información al blog como consultándola.

Se intento que el mayor número posible de usuarios de la Miniresidencia participara en esta actividad. Además de que cada usuario podía hacer aportaciones libremente, algunas personas eran las encargadas de realizar algunas tarea concretas como por ejemplo diseñar el logo para el blog o aportar fotografías de las salidas de fin de semana.

La experiencia de esta actividad ha sido muy positiva, el objetivo general de crear el blog se ha cumplido (puede consultarse en el siguiente enlace: www.elblogdelfinde.blogspot.com), aunque finalmente se ha hecho mayor esfuerzo por incluir contenidos de ocio que contenidos con otras utilidades.

La implicación de los usuarios ha sido muy buena, han mostrado mucho interés en la actividad y un número elevado ha participado con regularidad en la misma y ha demandado que se le de continuidad.

A lo largo de 2010 se ha puesto mayor hincapié en la elaboración de los contenidos del blog que en su incorporación y posterior consulta en Internet. Dado el éxito de la actividad, continuará desarrollando durante el primer semestre de 2011 para tratar de trabajar más sobre el objetivo relacionado el uso del ordenador como herramienta de gran valor en la vida diaria.

9. Programas grupales de entrenamiento en habilidades.

Además de las intervenciones individuales y de las intervenciones transversales realizadas a través de los Grupos de Apoyo y Soporte y en las oportunidades que nos ofrecen las interacciones en la vida cotidiana de la Miniresidencia, para aquellos usuarios que necesitan

un entrenamiento especializado se diseñan actividades grupales de entrenamiento en habilidades específicas.

Los programas que se han puesto en marcha dentro de este grupo a lo largo del 2010 se enumeran en la siguiente tabla:

Nombre del programa	Nº de grupos realizados	Nº de Asistentes por grupo
Estimulación Cognitiva	1	8 usuarios
Taller de hábitos saludables	1	10 usuarios
“Comunica-2” (Habilidades de comunicación y convivencia)	1	12 usuarios
Cocina Básica	1	7 usuarios
Cocina Avanzada	3	9, 7, 6 usuarios
“Sentirse bien” (Control de emociones y manejo de ansiedad)	1	8 usuarios
Informática (acercamiento a las nuevas tecnologías)	1	8 usuarios
TOTAL	9 grupos	Media de asistentes: 8 usuarios

De todos estos programas estructurados, por su eficacia y por la buena valoración que han recibido por parte de los usuarios, merece la pena detenerse un poco en los programas que denominamos “Comunica-2” y “Sentirse bien”.

9.1. “Comunica-2”.

En un recurso residencial la convivencia entre los usuarios no siempre resulta fácil. Día a día surgen pequeños conflictos entre los usuarios que no siempre saben resolver. En muchas ocasiones, los profesionales no pueden intervenir in situ sobre esos conflictos por lo que nos planteamos diseñar una actividad grupal con el objetivo de que los usuarios adquieran las

herramientas necesarias para poder afrontar este tipo de situaciones de forma constructiva y sin apoyo profesional.

Se diseñó un programa con el ánimo de crear un espacio de reflexión y auto evaluación en la que el propio grupo analice las situaciones cotidianas en las que se producen conflictos y entre todos busquemos la manera de resolverlas de forma adecuada y práctica. Se utilizó una metodología activa y participativa, tratando de que los usuarios “aprendan a partir de lo que hacen y de lo que piensan”.

Los objetivos generales de la actividad fueron los siguientes:

- Crear un espacio de reflexión donde analizar qué se puede hacer ante una situación de conflicto.
- Mejorar las relaciones con los demás.
- Adquirir herramientas para resolver las situaciones cotidianas problemáticas que se dan en el recurso.
- Aprender a generalizar lo aprendido a situaciones fuera de la Miniresidencia
- Mejorar la sensación de autoeficacia de los usuarios.

La valoración final del programa fue muy positiva. Los usuarios del grupo asistieron con regularidad y participaron activamente en cada una de las dinámicas propuestas, manifestando su interés por aprender nuevas formas de afrontar los conflictos. Varios de ellos utilizaron las herramientas que se habían entrenado en el programa para resolver conflictos posteriores con buenos resultados.

Los usuarios valoraron muy bien la actividad, señalando que les había ayudado a pensar en cómo actuar para que la convivencia en la Miniresidencia mejorara y para asumir que todos tenemos un papel en la resolución de los conflictos.

9.2. “Sentirse bien”

Durante el primer semestre de 2010 se intentó dar respuesta a diversas necesidades emocionales de los usuarios, desarrollando un programa integral que trabajará sobre el conocimiento y expresión de las emociones, el manejo de algunas emociones negativas como la ansiedad y la experimentación de emociones positivas que repercutan en el nivel de autoestima. Los objetivos de este programa eran los siguientes.

- Conocer cuales son las emociones básicas. Conocer su universalidad y reconocer su expresión facial.
- Conocer y normalizar las emociones básicas de alegría, tristeza, enfado y miedo
- Trabajar con la emoción secundaria o social de la culpa
- Trabajar el conocimiento de la ansiedad. Saber reconocerla. Relajación
- Reconocer que soy un ser humano valioso aunque con problemas
- Saber describir épocas de nuestra vida y luego valorarlas
- Reconocer nuestros puntos fuertes y débiles. ¿Es posible mejorar?
- Saber pedir ayuda. Cómo hacer y recibir críticas.

Se diseñaron un total de 18 sesiones con los siguientes contenidos:

Sesión 1: Introducción a las emociones, su expresión facial y su reconocimiento.

Sesión 2: Introducción de la alegría. Normalización de la emoción. Factores que influyen en mi percepción de alegría.

Sesión 3: El termómetro del estado de ánimo. Recetas para mejorar mi ánimo.

Sesión 4: Cuestionario sobre el enfado. Qué es y para que sirve el enfado. Importancia de la interpretación de la situación.

Sesión 5: Conductas para controlar el enfado. Importancia de expresar lo que sentimos.

Sesión 6: El miedo como emoción adaptativa. Tipos de miedo. Cómo afrontarlos.

Sesión 7: La culpa y sus funciones. La utilización de la culpa para controlar conductas. Reacciones ante la culpa y su procesamiento cognitivo.

Sesión 8: Ansiedad. Su relación con el miedo y el estrés. En que tipo de situaciones desarrollamos ansiedad.

Sesión 9: Relajación. Práctica de respiración diafragmática

Sesión 10: Relajación. Práctica de relajación muscular progresiva.

Sesión 11: Reconstrucción biográfica.

Sesión 12: Uso del lenguaje descriptivo y valorativo. Su influencia en las emociones.

Sesión 13: Poner en común nuestras fortalezas y debilidades. Reflexión sobre lo que nos ha costado más esfuerzo: saber lo que hacemos bien o mal.

Sesión 14-16: Autoestima.

Sesión 17: Conducta de pedir ayuda. Cómo lo hago. Qué creo que pongo en juego cuando pido ayuda. Importancia de la ecuación en las relaciones sociales.

Sesión 18: Hacer y recibir críticas. Ellos lo hacen y como lo hacen. Y qué pasa cuando me critican a mí.

La valoración final de esta actividad por parte de los usuarios y de los profesionales que la desarrollaron fue muy positiva. La mayoría de los objetivos planteados inicialmente se cumplieron y los usuarios reconocían como especialmente útiles las técnicas para el manejo de la ansiedad y los ejercicios sobre expresión de emociones. Todos los usuarios participaron activamente en las distintas actividades propuestas y se mostraron interesados y comprometidos con la actividad.

10. Intervenciones permanentes en la vida cotidiana.

- No todo el trabajo de rehabilitación se realiza mediante programas estructurados.
- La vida en la Miniresidencia está plagada de intervenciones sin un horario específico y sin un espacio asignado.
- Estas intervenciones siempre van encaminadas a alcanzar los objetivos que se detallan en el PIAR de cada usuario.
- Todos las personas que viven en la Miniresidencia tienen en cada momento tres objetivos vigentes (uno de ellos siempre tendrá relación con las Actividades de la Vida Diaria) que todos los profesionales conocen, de esta forma se aprovechará cualquier momento de la convivencia o cualquier actividad programada o no para intervenir hacia él.
- Esta forma de trabajar sobre los objetivos, permite que se establezca una relación positiva entre usuarios y profesionales que no esté basada únicamente en intervenciones muy directivas y rígidas.
- En el trabajo diario se deberá dar prioridad a la interacción con los usuarios frente a otras tareas como la cumplimentación de registros.
- Multitud de áreas se trabajarán a partir de las intervenciones desarrolladas en las distintas oportunidades que nos ofrece la vida cotidiana en al Miniresidencia.
- Manejo de medicación y adherencia al tratamiento: El momento de preparar el cajetín de medicación es idóneo para trabajar estos objetivos.

- Adquisición de habilidades sociales y resolución de conflictos en la convivencia. El educador social mediará siempre que sea necesario y utilizará técnicas de modelado para mejorar las competencias sociales de los residentes.
- Aspectos relacionados con el cuidado personal.
- Área de la alimentación y otros hábitos saludables.
- Área de autonomía doméstica.
- Área del ocio y organización del tiempo libre.

11. Contacto con las familias.

- Se favorecerá el contacto, apoyo y asesoramiento de la familia de los usuarios para facilitar posibles retornos al domicilio familiar y para no perder el vínculo familiar.
- Se promocionarán las visitas mutuas.
- Los educadores de referencia de cada residente tendrán al menos un contacto mensual con los familiares. El principal objetivo de estos contactos será tratar de implicar a la familia en el proceso de rehabilitación que se diseña con cada usuario y fomentar el mantenimiento de los lazos con su familiar mientras dure la estancia en la Miniresidencia.
- Cuando la salida del recurso se produce al domicilio familiar o siempre que el equipo de la Miniresidencia lo valore como necesario, se tendrá una entrevista de salida con el usuario y su familia en la que se les informará sobre la evolución del usuario en el recurso y se les proporcionarán todas las indicaciones necesarias para facilitar la generalización de los logros obtenidos.

12. Apoyo y soporte emocional en situaciones de necesidad.

- Cuando surge algún conflicto, la intervención de los profesionales siempre va dirigida a ofrecer al residente el apoyo emocional que necesita en ese momento.
- La empatía es una herramienta imprescindible y siempre presente en la interacción de los profesionales con los usuarios.

- Ante los diversos conflictos que pudieran surgir en la convivencia diaria, siempre hay un profesional presente que además de ofrecer apoyo emocional, trata de que de ese episodio se desprenda algún aprendizaje que pueda ser útil para que el residente sea cada vez más autónomo en la solución de sus problemas cotidianos.
- Cuando un residente tiene un problema, tratamos de no agravar más su situación con castigos y/o reproches.
- Además del apoyo que ofrecen los profesionales, tratamos de fomentar el establecimiento entre distintos usuarios de relaciones positivas en las que prime la ayuda y el apoyo mutuo.

13. Las Asambleas.

- Se realiza una asamblea a diario y la asistencia es obligatoria para todos los residentes.
- Es otro espacio al que los residentes pueden llevar sus quejas, dificultades, sugerencias, etc.
- Es el momento en el que se distribuyen las tareas comunes de la Miniresidencia entre los usuarios (tareas como poner las mesas, barrer y fregar el comedor, sacar la basura, etc.).
- Es un momento ideal para hacer partícipes a los usuarios de las cosas que van pasando en el lugar que en ese momento es su casa.
- Es un canal más de comunicación abierta con los profesionales y el resto de usuarios.
- Es un espacio muy útil para hacer partícipes a los residentes de distintos aspectos de la organización de la vida cotidiana.

14. Elaboración de informes, seguimiento y salida de la Miniresidencia.

- Durante la estancia de un usuario en el recurso, nos mantendremos en continua coordinación, telefónica o personal, con los profesionales de su Centro de Salud Mental o de otros recursos de rehabilitación a los que asista.

- Una vez acabe el proceso de evaluación del usuario y se elabore el Plan Individualizado de Atención Residencial, éste será enviado a los Servicios de Salud Mental que atienden a cada residente.
- Una de las funciones de la Comisión de Derivación y Seguimiento con lo Servicios de Salud Mental será prever las salidas de la Miniresidencia con la antelación suficiente para preparar bien este proceso.
- En este momento se prestará especial atención a la coordinación con otros recursos de Atención Social ya que serán ellos los que continúen la intervención con el usuario que se marcha de la Miniresidencia.
- Ante la salida de cualquier usuario de la Miniresidencia, se realizará un informe resumen de su estancia en el recurso.
- Este informe se entregará al profesional de los Servicios de Salud Mental que acude a la Comisión de derivación y seguimiento.
- Siempre que se considera necesario, además del informe destinado a los Servicios de Salud Mental, el equipo de profesionales prepara otro destinado a las familias. En él se detallan algunos consejos y pautas de actuación que pueden serles útiles para mejorar la convivencia.

16. Otras intervenciones

16.1. Grupo de Teatro de la Miniresidencia Hortaleza.

A lo largo de todo el 2010, una educadora social de la Miniresidencia se propuso crear un grupo de teatro compuesto íntegramente por usuarios, con el objetivo de escribir una obra teatral que pudiera contribuir a la lucha contra el estigma y representarla fuera del recurso.

El proyecto pretendía trabajar a través del teatro una serie de aspectos fundamentales para todo desarrollo humano como la comunicación, la cooperación, capacidad de esfuerzo, integración, etc. Además, se incorporaba una reflexión sobre la percepción social de la enfermedad mental, que está sesgada por el desconocimiento y la desinformación, e influye en el estigma y el aislamiento de las personas que la padecen.

Basándonos en que el silencio que rodea a cualquier problema de salud mental forma parte del problema este proyecto pretendía colaborar en la lucha contra el estigma y ayudar a modificar las actitudes sociales negativas.

Los objetivos generales de la actividad fueron los siguientes:

- Intervenir en los procesos de estigmatización.
- Modificar las actitudes sociales negativas.
- Acercar e integrar a las personas con enfermedad mental a la sociedad...
- Fomentar la expresión de sentimientos, emociones,....
- Desarrollar habilidades de comunicación verbal y no verbal.
- Entrenar el trabajo en equipo y la capacidad de esfuerzo.

Se creó un grupo de teatro en el que participaron 6 usuarios y que se bautizó con el nombre "Psicopeople". Escribieron una obra de teatro titulada "*Un día cualquiera*" en la que se representaban distintas escenas cotidianas en la vida de personas con enfermedad mental. A través de cada una de ellas, se podía observar cómo afectan las falsas creencias, el desconocimiento y los prejuicios en la vida diaria en el trato que se reciben las personas con este tipo de patologías.

Esta obra de teatro se representó dentro de la Miniresidencia, en la fiesta a la que acuden todas las familias con motivo de las celebraciones navideñas, y una la residencia de tercera edad "Los Nogales".

La experiencia fue muy enriquecedora tanto para los actores como para todas las personas que pudieron disfrutarla. El público coincidió en que era una obra de teatro que invitaba a la reflexión al estar basada en las experiencias personales de discriminación que muchos de nuestros usuarios han sufrido. Creemos que su objetivo principal está cumplido ya que provocó que el público analizara y modificara algunas de las falsas creencias que tienen sobre las personas con enfermedad mental.

16.2 Campaña de navidad.

Por sexto consecutivo, desde la Miniresidencia de Hortaleza se ha organizado una campaña navideña de ayuda a algún colectivo desfavorecido. El colectivo seleccionado este año ha

sido el mismo con el que colaboramos el año pasado, concretamente los usuarios decidieron colaborar con el Comedor Social del proyecto integral San Vicente de Paúl de las Hermanas de la Caridad, organizando en la Miniresidencia una campaña de recogida de alimentos.

Este comedor Social es un servicio destinado a cubrir las necesidades básicas de alimentación de personas extranjeras de todas las edades con carencia de recursos económicos, ofreciendo, además, un espacio digno que sirve de punto de acogida y referencia para un posterior seguimiento de cualquier intervención encaminada a la integración.

Un año más los usuarios de la Miniresidencia han sido los protagonistas de esta iniciativa, asumiendo la responsabilidad de seleccionar el colectivo con el que íbamos a trabajar, diseñar los carteles para difundir la campaña, encargarse de la recepción, organización y almacenaje de los productos que llegaron a la Miniresidencia, participar en la entrega de todo lo que se recogió, etc.

El principal objetivo de esta iniciativa es que las personas que viven en la Miniresidencia desarrollen un rol activo dentro de la comunidad y se sientan útiles realizando tareas que puedan ayudar a otras personas. La valoración por parte de los usuarios de esta actividad ha sido muy positiva, la mayoría del grupo ya ha participado en este tipo de iniciativas en años anteriores y ha manifestado su compromiso de seguir haciéndolo en el futuro.

Centramos nuestro trabajo en pocos objetivos, no demasiado ambiciosos y "con sentido" para el residente. Creemos que con esta forma de proceder, fomentamos la motivación de los usuarios y reducimos la ansiedad, la frustración y el malestar que podrían surgir ante objetivos demasiado elevados.

Cuando se detectan necesidad de instaurar competencias y/o realizar entrenamiento en habilidades, trataremos de poner en marcha la actuación de los recursos especializados (CSM, CRPS, CD, CRL,...) para hacer ese trabajo con el usuario, realizándolo nosotros sólo si no existe otra posibilidad o el tipo de objetivo hace que el contexto de la Miniresidencia sea el ideal para entrenarlo, como ocurre con objetivos relacionados con los autocuidados, hábitos de salud, instauración de rutinas y horarios regulares, cumplimiento de citas, manejo de la medicación,...

Los profesionales de la Miniresidencia tratan siempre de diseñar programas variados. Cambiamos el tipo de actividades que se programan al menos cuatro veces al año (programas de invierno, de verano, de otoño y de navidad) y antes de renovar las actividades, se utilizan canales de comunicación fluidos como la asamblea para solicitar a los residentes que nos hagan sugerencias sobre el tipo de actividades que les gustaría que se pusieran en marcha, tratando de atender en la medida de lo posible sus demandas.

Se evitará programar en exceso el tiempo de los residentes, intentando que ellos vayan decantándose por unas u otras actividades de las que les ofrece la Miniresidencia. Para esto es fundamental cumplir con uno de los objetivos generales de este recurso: crear un ambiente rico en oportunidades para el ocio, el desempeño de roles valorados socialmente, el establecimiento de relaciones interpersonales positivas y enriquecedoras, etc.

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. 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.

ÁREA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD	Nº de usuarios con ese objetivo en su PIAR	Éxito	No avances significativos
Aprender a identificar sus síntomas	1	1	
Mejorar sus habilidades para manejar sus síntomas	12	8	4
Mejorar su autonomía para describir sus síntomas en las citas psiquiátricas	1	1	
Conocer síntomas de recaída y saber actuar ante ellos	5	4	1
Asistir a las citas psiquiátricas	2	2	
Conocer la pauta de su medicación	1	1	
Recordar las tomas de medicación sin	6	4	2

apoyo de los profesionales			
Aprender a hacer el recuento de medicación de forma autónoma	3	2	1
Tomar la medicación de forma autónoma en las salidas a casa	2	2	
Aprender a rellenar/usar el cajetín de la medicación	4	3	1
Adquirir/mantener la adherencia al tratamiento	4	4	0
Conocer la función de los medicamentos que toma	4	3	1
Mejorar sus capacidades cognitivas	1		1

ÁREA DE SALUD GENERAL	Nº de usuarios con ese objetivo en su PIAR	Éxito	No avances significativos
Seguir una dieta equilibrada (cantidades adecuadas, alimentos saludables,...9	12	10	2
Acudir a los especialistas a realizar sus revisiones médicas	8	5	3
Reducir peso	7	4	3
Mantener el peso	10	7	3
Conocer y seguir la dieta prescrita por el médico	5	5	0
No consumir tóxicos	2		2
Mantener horarios de sueño regulares	9	7	2
Mantener unos horarios de alimentación regulares	2	2	0
Hacer ejercicio físico con regularidad	10	5	5
Conocer y seguir las prescripciones médicas para sus enfermedades orgánicas	4	3	1

Tener información sobre ETS y métodos anticonceptivos	1	1	0
Usar métodos anticonceptivos	2	2	0
Reducir el consumo de tabaco	1	1	0

ÁREA DE RELACIONES PERSONALES	Nº de usuarios con ese objetivo en su PIAR	Éxito	No avances significativos
Aprender y respetar convenciones sociales	2	2	0
Adquirir habilidades para relacionarse correctamente con familia	5	5	0
Que reduzca el contacto con el barrio.	1		1
Mantener el contacto con su familia	4	2	2
Reducir la dependencia de su familia y disminuir visitas	4	2	2
Incrementar sus interacciones con otros usuarios de la Miniresidencia	4	3	1
Participar en los grupos de la Miniresidencia de forma activa	3	3	0
Mejorar sus habilidades sociales para manejar conflictos	4	3	1
Mejorar su comunicación no verbal	1	1	0
Cambiar su estilo agresivo de relación por uno más asertivo	1	1	0

ÁREA NORMATIVA	Nº de usuarios con ese objetivo en su	Éxito	No avances significativos
----------------	---------------------------------------	-------	---------------------------

	PIAR		
Fumar sólo en los espacios destinados a tal fin	6	4	2
Respetar los horarios de silencio de la miniresidencia	2	1	1
Cumplir las tareas y horarios de la miniresidencia	12	11	1
Que no guarde comida en su habitación	3	2	1

ÁREA DE AUTONOMÍA E INTEGRACIÓN COMUNITARIA	Nº de usuarios con ese objetivo en su PIAR	Éxito	No avances significativos
Mejorar su autonomía en la administración del tabaco	4	3	1
Aprender a utilizar despertador.	1	1	0
Que mejore su autonomía en la administración del dinero	7	6	1
Adquirir la rutina de levantarse a la hora pautada	1	1	0
Conocer y utilizar los recursos culturales y deportivos del barrio.	4	3	1
Aprender un itinerario concreto en transporte público	1	1	0
Usar el transporte público sin apoyo profesional	1	1	0
Aprender a usar una agenda para recordar sus citas de forma autónoma	5	4	1
Planificar sus vacaciones de forma autónoma	1	1	0
Que equilibre sus áreas de desempeño (AVD's, trabajo, ocio)	1	1	0
Realizar trámites burocráticos pendientes	5	5	0

Aprender a pedir las citas médicas sin apoyo profesional	1	1	0
Aprender a acudir al médico/Psiquiatra sin apoyo profesional	2	2	0
Cumplir horarios dentro y fuera de la MR sin el recordatorio de los profesionales	4	3	1
Realizar las actividades necesarias para preparar su salida de la Miniresidencia	1	1	0
Aprender a usar el ordenador/Internet	3	2	1
Aprender a realizar tareas domésticas sencillas	6	5	1
Aprender a manejar distintos electrodomésticos (plancha, lavadora, microondas,...)	8	7	1

ÁREA DE CUIDADOS PERSONALES	Nº de usuarios con ese objetivo en su PIAR	Éxito	No avances significativos
Mejorar el cuidado y la higiene bucal	6	5	1
Utilizar ropa adecuada al clima / a la situación.	4	3	1
Aumentar la frecuencia de cambio de ropa	9	6	3
Aumentar la frecuencia de ducha	11	9	2
Mejorar el cuidado del cabello	4	3	1
Mejorar su higiene en relación a sus problemas de incontinencia	5	4	1
Que compre ropa que necesite	5	4	1
Mejorar la higiene íntima	2	2	0
Sincronizar la ducha y el cambio de ropa	5	4	2

Llevar la ropa en buen estado (limpia, sin roturas,...)	2	2	0
---	---	---	---

ÁREA DE PRODUCTIVIDAD	Nº de usuarios con ese objetivo en su PIAR	Éxito	No avances significativos
Aprender a cocinar	14	10	4
Hacer la cama a diario	6	5	1
Aprender a poner la lavadora	7	5	2
Hacer la compra sin apoyo profesional	1	1	0
Aprender a usar la plancha	2	2	0
Aprender a limpiar la habitación/baño	12	11	1
Mantener el armario adecuado	5	4	1
Responsabilizarse de las tareas asignadas en la Miniresidencia	2	1	1
Asistir puntual al CRPS /CRL/ CD/...	10	8	2
Asistir a los programas acordados en la Miniresidencia	15	12	3
Buscar información e inscribirse en cursos que resulten de su interés	1	1	0
Hacer búsqueda activa de empleo	2	1	1
Retomar la realización de tareas del hogar	2	2	0
Mantener su habitación ordenada	3	2	1
Realizar planes de futuro realistas.	5	4	1
Buscar actividades para hacer un voluntariado	1		1

	Nº de usuarios con		No avances
--	--------------------	--	------------

ÁREA DE OCIO	ese objetivo en su PIAR	Éxito	significativos
Participar en las actividades de ocio que se organicen en la MR	3	2	1
Realizar al menos una actividad de entretenimiento al día.	4	2	2
Retomar aficiones pasadas.	2	2	0
Planificar de manera autónoma sus actividades de ocio.	2	1	1
Explorar intereses de ocio	1	1	0
Planificar y realizar actividades de ocio fuera de la Miniresidencia	1	1	
Participar en el grupo de ocio de la Miniresidencia	5	3	2

ÁREA EMOCIONAL	Nº de usuarios con ese objetivo en su PIAR	Éxito	No avances significativos
Aumentar la implicación en su proceso de rehabilitación	1		1
Aprender estrategias para manejar sus niveles de ansiedad.	5	2	3
Mejorar su nivel de autoestima	1	1	0
Mejorar la expresión de emociones	9	7	2
Aprender estrategias para manejar la ira y el enfado.	3	2	1
Mejorar el control de impulsos	2	2	0
Que mejore su estado de ánimo	1	1	0

Un año más, las áreas sobre las que más se ha trabajado y en las que más éxito se ha obtenido, son aquellas en las que el trabajo desde un contexto residencial nos da la oportunidad de

intervenir in situ y aprovechando las oportunidades que nos brinda la vida cotidiana en el recurso, como el área de los autocuidados o de la autonomía e integración comunitaria.

Con respecto al área clínica, el grupo de objetivos sobre los que más se ha trabajado ha estado relacionado con todos los aspectos implicados en la adherencia al tratamiento y el manejo autónomo de la medicación. El 32% de los usuarios atendidos en la Miniresidencia a lo largo de 2010, tenían presentaban dificultades para recordar las tomas de medicación, conocer la pauta o función de los medicamentos prescritos, mantener la adherencia al tratamiento o organizar su medicación semanalmente. Este tipo de dificultades se ha trabajado a nivel individual en todos los casos obteniéndose una mejora significativa de las habilidades para el manejo autónomo del tratamiento en un 80% de los casos.

Un segundo bloque de objetivos trabajados con mucha frecuencia en el área clínica, es el relacionado con el manejo de síntomas y el conocimiento de pródromos, dos aspectos fundamentales en la prevención de recaídas. El 29% de los usuarios atendidos este año tenía en su PIAR algún objetivo relacionado con estos aspectos y se consiguieron mejoras significativas en el 66% de los casos.

El éxito de las intervenciones en este área ha contribuido a que en 2010 únicamente el 9% de los usuarios atendidos hayan precisado un ingreso hospitalario, el resto de situaciones en las que se ha producido un incremento de la sintomatología, se ha conseguido controlar a nivel ambulatorio.

Otra de las áreas donde el trabajo desde un contexto residencial es especialmente eficaz, es la relacionada con la salud general. La mayoría de los objetivos trabajados se centran en tres grupos de objetivos:

- *Objetivos relacionados con la regularidad de horarios*: 11 de los usuarios atendidos en 2010 tenían unos horarios de sueño, alimentación,... muy desestructurados. La propia estructura de la Miniresidencia ayuda a adquirir unas rutinas más saludables, pero en algunos casos ha sido necesario diseñar intervenciones individualizadas. Los resultados han sido muy positivos, obteniendo un porcentaje de éxito de más del 80%
- *Objetivos relacionados con el estilo de vida saludable*: En más del 60% de los usuarios atendidos ha sido necesario intervenir para que redujeran o mantuvieran su peso, cumplieran la dieta prescrita por su médico de referencia o incluyeran algo de ejercicio físico en sus rutinas cotidianas. En el 77% de los casos se han conseguido mejoras

significativas en esta área, siendo los objetivos relacionados con ejercicio en los que se ha conseguido menos porcentaje de éxito.

- Objetivos relacionados con el cuidado de patología no psiquiátricas: Desde la Miniresidencia se ha fomentado que los usuarios se sometan a las revisiones médicas que necesitan, conozcan las patologías orgánicas que padecen, los cuidados que precisan y sigan las prescripciones médicas. Se han trabajado este tipo de objetivos en 12 casos, consiguiéndose cambios que se mantendrán sin apoyo de los profesionales en un total de 7.

En el área de las relaciones personales resulta especialmente más complejo intervenir y se requiere un trabajo más a largo plazo. Muchos de los usuarios atendidos en la Miniresidencia, verbalizan entre sus expectativas el deseo de ampliar su red social o de establecer relaciones de amistad con otros residentes. Además de haber diseñado actividades estructuradas para mejorar las habilidades sociales de los usuarios, es fundamental aprovechar las interacciones espontáneas que se producen durante la vida en el recurso para trabajar sobre éste área y conseguir cambios que se mantengan a largo plazo.

En 8 casos se ha trabajado a nivel grupal para conseguir una mejora de las habilidades sociales (conocer convenciones sociales y seguirlas, aprender estrategias de resolución de conflictos, mejorar habilidades de comunicación,...) y se han conseguido avances significativos en 6 casos, que han ayudado a la prevención de algunos conflictos de convivencia.

Mediante intervenciones transversales desarrolladas en la vida cotidiana del recurso, se ha perseguido que un 10% de los usuarios atendidos interactúen más con otros residentes y establezcan relaciones más estrechas, se han conseguido cambios importantes en el 90% de los casos, y la mejor muestra del éxito de estas intervenciones la encontramos en el hecho de que varias personas continúan visitando la Miniresidencia y compartiendo actividades de ocio con otros usuarios, varios meses después de haber salido del recurso.

En el área de las relaciones personales también incluimos el trabajo que se hace desde el recurso para mejorar las relaciones familiares. Si atendemos a que más del 50% de las personas que salen de la Miniresidencia vuelven a convivir con sus familiares, se hace necesario aprovechar la estancia para tratar de mejorar las relaciones entre el usuario y la familia. Con casi el 20% de los usuarios atendidos ha sido necesario diseñar intervenciones con este objetivo,

habiéndose conseguido una mejora de las relaciones percibida por ambas partes en el 69% de los casos.

Uno de los principios fundamentales del estilo de intervención en la Miniresidencia Hortaleza tiene que ver con el **área normativa**. Consideramos que las normas deben ser un elemento facilitador de la convivencia y que cuantas menos haya y más hayan participado los residentes en su elaboración, mayor será el compromiso para cumplirlas y menores las dificultades en éste área.

La mayoría de las dificultades relacionadas con el cumplimiento de las normas del recurso las hemos encontrado para conseguir que los residentes respeten algunos horarios básicos del recurso, cumplan con las tareas comunes del centro y respeten las zonas de fumadores y de no fumadores.

El 16% de los usuarios atendidos ha tenido dificultades con el cumplimiento de los horarios y las tareas básicas. La actitud flexible, abierta y negociadora de los profesionales, consiguió que en el 90% de los casos desaparecieran las dificultades y aumentara grado de cumplimiento de las normas del centro relacionadas con estos dos aspectos.

Más del 12% de los usuarios ha incumplido reiteradamente normas relacionadas con el respeto de los espacios de fumadores y no fumadores. La intervención en estos aspectos ha sido especialmente difícil y finalmente sólo en el 66% de los casos se consiguió que los usuarios sólo fumaran en las zonas habilitadas para tal fin.

El área de la **autonomía e integración comunitaria** es sobre la que se trabaja con más frecuencia en la Miniresidencia, ya que más de un 37% de las derivaciones están motivadas por la necesidad de los usuarios de mejorar su nivel de funcionamiento para realizar distintas tareas de la vida cotidiana. Del total de usuarios atendidos a lo largo del 2010, el 77% tenía en su PIAR objetivos relacionados con esta área y se consiguieron avances significativos en el 80% de los casos.

Los objetivos trabajados con más frecuencia tienen que ver con la autonomía para realizar distintas tareas domésticas (avances significativos en el 80% de los casos), para manejar el tabaco y el dinero (avances significativos en el 85% de los casos), mejorar las habilidades de los usuarios para organizar citas y cumplir horarios dentro y fuera del recurso (avances significativos

en el 70% de los casos) y la adquisición de habilidades para realizar distintos trámites y usar recursos comunitarios (avances importantes en más del 70% de los casos).

En un porcentaje muy elevado, los usuarios que acceden a la Miniresidencia presentan diversas dificultades en el área de autocuidados, en concreto, a lo largo de 2010 se han incluido objetivos relacionados con éste área en el PIAR del 74% de los usuarios atendidos. Creemos que un recurso residencial es un contexto ideal para diseñar intervenciones individuales centradas en esta área.

En la Miniresidencia de Hortaleza no existen normas relacionadas con una frecuencia mínima de ducha o de cambio de ropa, el recurso favorece que los usuarios se responsabilicen de las tareas relacionadas con el cuidado personal y se permite que participen en decisiones relacionadas con aspectos como la frecuencia mínima de ducha semanal, atendiendo siempre a la línea base de la que partimos y a las habilidades que presenta el usuario para el desempeño de estas tareas.

La supervisión de AVD'S forma parte de la rutina cotidiana de la Miniresidencia, a lo largo de 2010 se ha intervenido en múltiples ocasiones para que los usuarios mejoren la frecuencia de ducha o de cambio de ropa, su higiene bucal o el cuidado de su pelo. En más del 75% de los casos se han conseguido mejoras significativas en los objetivos planteados, estos avances unas veces han estado relacionados con el incremento de la frecuencia de la ejecución de una conducta y en otros con la adquisición de las habilidades necesarias para ponerla en marcha de forma autónoma.

El área de la **Productividad** es una de las que ocupa un papel fundamental en la planificación de las intervenciones en la Miniresidencia, por sus importantes repercusiones en multitud de aspectos como la percepción de calidad de vida de los usuarios o su nivel de autoestima. La mayoría de las intervenciones están encaminadas a que el rol de enfermo no sea el que defina la identidad de la persona y a que organicen su tiempo equilibrando actividades de ocio y actividades productivas.

El principal rol ocupacional de muchos de los usuarios atendidos en la Miniresidencia es el de cuidadores del hogar, este hecho es congruente con el dato que indica que la mayoría de los objetivos de este área están relacionados con el aprendizaje y realización de diversas tareas

domésticas. Más del 65% de los usuarios atendidos tenían en su PIAR objetivos como retomar la realización de tareas domésticas, aprender a cocinar o a hacer la compra sin apoyo profesional. La Miniresidencia ofrece un escenario ideal para trabajar todos estos aspectos y en el 78% de los casos los avances de los usuarios en este tipo de actividades son muy significativos.

Otro gran bloque de objetivos trabajados dentro del área de la productividad es el relacionado con motivar a los usuarios para que acudan a sus actividades en otros recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y duradera, asistan y participen activamente en los programas de la Miniresidencia o participen de otras actividades y cursos en recursos normalizados de la comunidad, obteniéndose avances significativos en casi el 80% de los casos.

Trabajar sobre el Ocio es uno de los grandes retos que nos planteamos desde la Miniresidencia ya que suele ser un área en la que los usuarios tienen graves carencias, que además les provocan un importante malestar. Son muchos los usuarios que llegan al recurso verbalizando que no saben qué hacer con su tiempo libre o que han abandonado todos sus hobbies del pasado y actualmente son incapaces de determinar qué actividades les resultan gratificantes.

En función del nivel de funcionamiento, los gustos e intereses de los usuarios y el uso previo que hacían de su tiempo de ocio, se han organizado actividades dentro y fuera del recurso, además de trabajar en algunos casos para fomentar el buen uso del tiempo de ocio en solitario.

En más del 65% de los casos en los que se han trabajado objetivos de este área se han conseguido avances significativos, es decir, se logró que los usuarios participaran en las actividades de ocio organizadas dentro del recurso, comenzaran a realizar actividades en recursos comunitarios o retomaran la realización de aficiones pasadas.

El último área al que nos referiremos será la emocional. Con más del 30% de los usuarios atendidos, se ha trabajado directamente en la mejoría de distintos aspectos emocionales. Se han diseñado tanto intervenciones individuales como grupales dirigidas a mejorar el estado de ánimo, disminuir los niveles de ansiedad, mejorar la expresión de emociones o adquirir habilidades para manejar la ira o el enfado. Estas intervenciones han conseguido mejorías significativas en más de 68% de los casos, siendo las fuentes que se han usado para valorar dicha mejoría tanto las distintas mediciones y observaciones realizadas por los profesionales, como los autoinformes de los propios usuarios.

Además de la importancia de las intervenciones estructuradas, creemos que esta es un área especialmente sensible al ambiente que se exista en el recurso. Conseguir que los usuarios se sientan cómodos, puedan expresar sus emociones a los demás, puedan tomar parte de muchas de las decisiones que se toman en el recurso, etc. fomenta que mejore su estado de ánimo y disminuyan sus niveles de ansiedad. Consideramos que un estado emocional positivo es el preámbulo necesario para trabajar muchos otros objetivos de rehabilitación, por ello los profesionales de la Miniresidencia prestan un interés especial a las emociones de los residentes y se esfuerzan por comprenderlas y atender al bienestar psicológico de cada persona.

6.2. Uso de recursos comunitarios.

Tabla 19. Uso de recursos comunitarios por parte de los usuarios del centro durante el año

Nº de usuarios que han participado en:	n	%*
Recursos de ocio, cultura y deporte	38	52%
Recursos educativos (formales)	1	1.4%
Recursos laborales y formativos (relacionados con el empleo)	5	7%

*% sobre el total de usuarios atendidos

Comentario:

En el apartado "Recursos de ocio, cultura y deporte" únicamente se ha contabilizado a aquellos usuarios que realizan alguna actividad con cierta sistematicidad y continuidad, independientemente de necesitar o no apoyo profesional. Las actividades de este tipo más frecuentes realizadas por los usuarios atendidos en 2011 han sido:

- Participación en el grupo de ocio de la Miniresidencia Hortaleza.
- Hacerse socio de gimnasios y asistir a los mismos con regularidad.

- Uso regular de bibliotecas Municipales.
- Asistencia regular a la filmoteca o el cine.
- Participación continua en actividades de los Centros Culturales de los distintos distritos.
- Realización de actividades de ocio con alguna asociación.
- Asistencia a la Escuela Municipal de Malabarismo.
- Visitas regulares a museos y exposiciones.
- Participación en ligas deportivas.

Al margen de estos datos, debemos destacar que el 100% de los usuarios de la Miniresidencia hacen uso habitual de otros recursos de ocio del barrio como son los bares y cafeterías, cines, etc.

En el apartado "Recursos educativos formales" se ha incluido a un usuario matriculado en un módulo de Fontanería.

Por último, en el apartado sobre "Recursos laborales y formativos" se ha incluido a varios usuarios que están inscritos en el INEM y han realizado algún curso de formación.

6.3. Cuestionarios globales de evaluación.

6.3.1. Satisfacción

Tabla 20. Aplicación del cuestionario de satisfacción a los usuarios del centro durante el último año

	n	%
Nº de usuarios a los que se ha aplicado el cuestionario	83	96.5%

	n	%
para la evaluación de la satisfacción		
Usuarios a los que no se les ha aplicado		
Nº total de usuarios a los que no se les ha aplicado	3	3.5%
Motivos:		
La persona no está en condiciones de contestar el cuestionario	1	33.3%
No sabe leer	0	**
No aceptan	2	66.7%
Otros	0	**

*% sobre el total de usuarios atendidos durante el año

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

Comentario:

El cuestionario de satisfacción se ha aplicado a todos los usuarios que estaban en la Miniresidencia a 31 de Diciembre de 2010 (30 personas) y a 53 de las 56 salidas que se han producido a lo largo del año. De las 3 salidas restantes, en 2 ocasiones los usuarios se negaron a cumplimentar el instrumento y en 1 ocasión el usuario ingresó en el hospital y no pudo rellenar la prueba.

Tabla 21. Datos sobre los ítems del cuestionario de satisfacción

	Media ítem
¿Está usted satisfecho...	
en general, con los servicios que presta este Centro?	4.57
con el tutor que le atiende en este Centro?	4.68
con las actividades en las que participa cuando acude a este Centro?	4.53

	Media ítem
¿Está usted satisfecho...	
con la comida?	4.61
con la limpieza e higiene de este Centro?	4.90
con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales que trabajan en este Centro?	4.64
con la temperatura habitual que hace en este Centro?	4.58
con los objetivos y metas que se persiguen con las actividades que lleva a cabo en este Centro?	4.51
con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?	4.71
con las instalaciones de este Centro?	5.06
con los horarios de este Centro?	4.66
con los profesionales que le atienden en este Centro?	4.82
con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?	4.94
con el nivel de participación que le permiten en este Centro? (p.e. dar su opinión sobre determinadas cuestiones, acudir al Centro sin estar citado, etc.)?	4.57

Tabla 22. Datos sobre las subescalas del cuestionario de satisfacción

	Media
Satisfacción con la intervención	4.56
Satisfacción con los profesionales	4.71
Satisfacción con las instalaciones	4.87

Comentario:

Los datos obtenidos en el cuestionario de satisfacción son muy positivos. Todas las puntuaciones están por encima del 4.5, tanto en cada uno de los ítems del cuestionario, como en las tres subescalas generales.

Las puntuaciones más altas, las encontramos en aquellos ítems relacionados con la limpieza, las instalaciones y el espacio y la luminosidad del Centro. Son muchos los esfuerzos que se ponen en marcha para garantizar que el recurso sea un lugar agradable para vivir, y parece que todos esos cuidados son apreciados y reconocidos por los usuarios que pasan por la Miniresidencia.

De la misma manera, ponemos mucho empeño en que el trato que se da a los residentes sea cálido y afectuoso, basado en la empatía y el diálogo, por ello no es de extrañar que el siguiente aspecto mejor valorado es aquel que tiene que ver con los profesionales que atienden el centro, el tutor que les ha sido asignado y los servicios que se prestan.

6.3.2. Calidad de vida.

Nº de personas evaluadas en CDV	18
---------------------------------	----

Comentario:

El cuestionario de calidad de vida se utiliza en tres momentos distintos del proceso de atención en la Miniresidencia:

- En el momento de la entrada: Lo han rellenado 56 usuarios.
- En el momento de la salida si se han pasado en el recurso tres meses o más: 28 personas salieron del recurso después de un mínimo de 3 meses de estancia, pero sólo lo cumplimentaron 27 porque una persona se negó.
- A finales de año se realiza una aplicación rutinaria a todos aquellos usuarios que llevan en el recurso 3 meses o más. En estas condiciones había 18 personas en diciembre de 2010 y los datos de la tabla anterior y de la que presentamos a continuación corresponden a este grupo de usuarios.

--

Tabla 23. Puntuación en el cuestionario de calidad de vida de los usuarios en atención a 31 de diciembre

	Media
¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:	
a su vida en general?	4
a su hogar / piso / lugar de residencia?	4.5
a su barrio como un sitio para vivir?	3.71
a la comida que come?	4.94
a la ropa que lleva?	4.71
a su salud general?	4.28
a su forma física?	4.61
a su estado de ánimo?	4
a la tranquilidad que hay en su vida?	4.28
a su problema / trastorno de salud mental?	4.12
a las personas con quien convive?	4.41
a sus amigos?	4.82
En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir esto?	3.71
a su relación con su familia?	4.17
a su relación con su pareja?	4.22
En caso de no tener pareja ¿qué cara se siente acerca a cómo le hace sentir esto?	4.81
a su vida sexual?	4.28
a su relación con otras personas?	4.33
a su trabajo o actividad laboral?	3.67
En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿qué cara le hace sentir eso?	4.06

	Media
¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:	
a los estudios o cursos de formación que realiza?	4
a sus actividades de ocio?	4.78
a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	4.78
a su situación económica?	3.33
a sí mismo?	4.78
a su vida en general?	4.5
Puntuación media total	4.29

Comentario:

Las puntuaciones más altas en el cuestionario de Calidad de vida se han obtenido en aquellos ítems que hacen referencia a la cobertura de necesidades básicas (satisfacción con el lugar de residencia, los servicios del barrio, la comida y la ropa que llevan), la forma física y las actividades de ocio que realizan. En todos estos ítems las puntuaciones obtenidas son iguales o superiores a 4.5 puntos.

De la misma manera, aquellos usuarios que tienen amigos o pareja, valoran esto con gran satisfacción. Disponer de una red social adecuada es fundamental para estar más predispuesto a realizar actividades de ocio y usar las distintas instalaciones que nos ofrece la comunidad, en los ítems que aluden a estos aspectos, de ahí que encontramos grados de satisfacción similares a los encontrados al preguntar por los amigos.

Los mayores niveles de insatisfacción (en todos los casos con puntuaciones inferiores a 4), los encontramos en los ítems que aluden a su situación de inactividad laboral, al hecho de no tener amigos y a su situación económica.

6.3.3. Funcionamiento

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

Nº de personas evaluadas en DAS-I	18
-----------------------------------	----

Tabla 24. Puntuación en el DAS-I de los usuarios en atención a 31 de diciembre

Puntuación media en Cuidado personal	2.11
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Puntuación media en Ocupación	3
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Puntuación media en Familia y hogar	2.89
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Puntuación media en funcionamiento en el contexto social	2.67
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Duración total de la discapacidad	
Menos de 1 año (nº de usuarios)	0
Un año o más (nº de usuarios)	18
Desconocida (nº de usuarios)	0

Comentario:

- El DAS-I se utiliza en tres momentos distintos del proceso de atención en la Miniresidencia:

- o En el momento de la entrada: Tenemos los datos relativos a las 56 entradas producidas en 2010.

- En el momento de la salida si se han pasado en el recurso 1 mes o más: Disponemos de los datos de las 42 personas que han salido de la Miniresidencia cumpliendo este requisito de temporalidad..
 - A finales de año se realiza una aplicación rutinaria a todos aquellos usuarios que llevan en el recurso 3 meses o más. En estas condiciones había 18 personas en diciembre de 2010 y los datos de las dos tablas anteriores se corresponden a este grupo de usuarios.
- Para evitar sesgos como la tendencia a puntuar de manera más positiva del educador de referencia, se ha asignado la tarea de cumplimentar este cuestionario a dos profesionales fijos del equipo. Creemos que esto permite obtener datos más fiables al favorecer que los profesionales se familiaricen con el instrumento.

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

Nº de personas evaluadas en EEAG	18
----------------------------------	----

Tabla 25. Puntuación en el EEAG de los usuarios en atención a 31 de diciembre

	Media
Puntuación media total en el EEAG	38.44

Comentario:

- El EEAG se cumplimenta en tres momentos distintos del proceso de atención en la Miniresidencia:

- En el momento de la entrada: Tenemos los datos relativos a las 56 entradas

producidas en 2010.

- En el momento de la salida si se han pasado en el recurso 1 mes o más: Disponemos de los datos de las 42 personas que han salido de la Miniresidencia cumpliendo este requisito de temporalidad.
- A finales de año se realiza una aplicación rutinaria a todos aquellos usuarios que llevan en el recurso 3 meses o más. En estas condiciones había 18 personas en diciembre de 2010 y los datos de las dos tablas anteriores se corresponden a este grupo de usuarios.

- El procedimiento para cumplimentar esa prueba es similar al que ya se ha descrito en el caso del DAS-I.

7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.

El *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica* 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 de Plan durante el año al que hace referencia la memoria. 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 26. Utilización de otros recursos del Plan por parte de los usuarios durante el último año

Usuarios atendidos que a la vez eran usuarios de:	n	%*
Centros de Rehabilitación Psicosocial	14	19.4%
Centros de Rehabilitación Laboral.	9	12.5%
Plazas de pensiones supervisadas	0	0%
Pisos supervisados.	1	1.4%
Centros de día.	17	24%
Otros recursos del Plan (especificar):. EASC	6	8.3%

*% sobre el total de usuarios atendidos

Comentario:

Más del 65% de los usuarios atendidos en la Miniresidencia Hortaleza a lo largo de 2009, eran atendidos también en otros recursos de rehabilitación. Este hecho debe hacernos reflexionar sobre la importancia del trabajo coordinado, sólo así se evitará la duplicidad en las intervenciones y se asegurará que cada persona recibe el apoyo que necesita de cada recurso y que los Planes de Rehabilitación que se diseñan son concordantes.

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

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

Recursos ajenos a la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera	Nº de Usuarios que lo han utilizado
Centros de Día Ajenos al Plan (vinculados al CSM)	4
CAID	2
AVANTIA (Asociación de ocio y tiempo libre)	1
Asociación de Sordos de Madrid	1
AFAEM	1
Asociación de afectados por Polio y Síndrome Post-polio	1

8. OTRAS ACTIVIDADES DE LA MINI-RESIDENCIA.

En este caso 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 continua del personal, las actividades de divulgación y 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 dirigida a recoger información sobre actividades relacionadas con el voluntariado, con la evaluación de la calidad, etc.

8.1. Actividades de coordinación.

Tabla 27. Coordinaciones realizadas

	n
Nº de coordinaciones con:	
S.S.M.	
Con las Áreas de referencia	15
Otras	11
Recursos del Plan de Atención Social	29
Agencia Madrileña de Tutela	2
Otras	15

Comentario

- Todos los datos de la tabla anterior se refieren a coordinaciones cara a cara. Al margen de éstas, debemos decir que se realizan coordinaciones telefónicas con mucha frecuencia y que los canales de comunicación son muy fluidos.

- En relación a las coordinaciones con los Servicios de Salud Mental, en el apartado "Con las áreas de referencia" se han contabilizado las Comisiones de Derivación y Seguimiento que tienen lugar una vez al mes y que se destinan a intercambiar información sobre la evolución de cada usuario y el estado de la lista de espera.
- En el apartado "Otras coordinaciones con SSM" se incluyen las Comisiones de Rehabilitación del Área 4.
- En las coordinaciones con otros recursos de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera se incluyen coordinaciones con el CRPS y CRL de Hortaleza, el CRPS de La Elipa, el CRPS, EASC y CD de Barajas, el CRL de San Blas, Los CD de Ciudad Lineal y Hortaleza, y los EASC de San Blas Ciudad Lineal, Hortaleza y Barajas.
- En el apartado "Otras" se recogen coordinaciones con los siguientes dispositivos:
 - La Unidad de Agudos de Hospital Ramón y Cajal.
 - Unidad Hospitalaria de Cuidados Psiquiátricos Prolongados del Hospital Dr. Rodríguez Lafora.
 - Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación de la Clínica San Miguel.
 - La participación de la Miniresidencia en la reunión mensual de Mesa Social del distrito de Hortaleza. En esta reunión se intercambia información sobre las iniciativas de distintas asociaciones y servicios del distrito, dirigidas a distintos colectivos.
- En la tabla anterior no se recogen las coordinaciones con las familias. Éstas tienen lugar al menos una vez al mes y las realizan los educadores de referencia de cada usuario. Además, se organiza anualmente un encuentro con todas las familias, coincidiendo con las fiestas navideñas.

8.2. Actividades de formación y docencia.

FORMACIÓN	ENTIDAD	PROFESIONALES QUE ASISTEN
Jornadas estatales de TO en SM y Exclusión Social	APETO (Asociación española de terapeutas ocupacionales)	1 profesional
Jornadas Psiquiatría Infantil	Fundación Hospital Alcorcón y URJC	3 profesionales
Las Psicosis: su trato y su conocimiento	Fundación Manantial	2 profesionales
Técnicas de Regulación Emocional para el autocuidado y la atención en contextos de rehabilitación	Fundación Manantial	2 profesionales
VIII Congreso Internacional de Trastornos de Personalidad	Departamento de psiquiatría y psicología médica del Hospital Clínico San Carlos	2 profesionales
Gestión del tiempo	Fundación Manantial	1 profesional
Jornada: "La aplicación de la convención sobre los derechos de las personas con enfermedad mental en el ordenamiento español"	Futupema	6 profesionales
Sistema de Gestión de Calidad	Fundación Manantial	8 profesionales
Diseño y evaluación de Planes Individualizados de Atención en Salud Mental	Fundación Manantial	8 profesionales
Una experiencia de Terapia Asistida con Animales en la Miniresidencia Hortaleza	Fundación Manantial	1 profesional
Trastornos de la Personalidad	Fundación Manantial	2 profesionales

Psicopatología y Farmacología Básica	Fundación Manantial	2 profesionales
Prevención de los trastornos alimentarios	Escuela de animación	2 profesionales

Además, distintos profesionales de la Miniresidencia Hortaleza han participado en 2010 en las actividades de Docencia que se describen a continuación:

- Formación de alumnos de la Diplomatura en Educación Social de la Universidad Complutense de Madrid.
- Formación de alumnos de la Diplomatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Rey Juan Carlos.
- Formación de Alumnos del Master de Psicología Clínica de Nexo.
- Docente en el curso "Intervención en crisis en el trabajo con personas con enfermedad Mental", impartido en la Miniresidencia de Camarena (Toledo), gestionada por AFAEM - DESPERTAR.
- Docente en la Sesión Técnica impartida en Fundación Manantial con el Título "Una experiencia de Terapia Asistida con Animales en la Miniresidencia Hortaleza"

8.3. Visitas de otras entidades.

A lo largo de 2010 la Miniresidencia Hortaleza ha recibido la visita de distintas entidades interesadas en conocer nuestra estructura y nuestro modelo de trabajo. En la siguiente tabla se describen las entidades que nos visitaron y el objetivo de cada visita:

ENTIDAD	OBJETIVO DE LA VISITA
---------	-----------------------

<p style="text-align: center;"><u>2. A Vía</u></p> <p>Asisten la visita dos socias de la asociación y un miembro de departamento de gestión</p>	<p>Nos visitan 2.A Vía, una cooperativa de iniciativa social de Zaragoza. Tienen como proyecto la puesta en marcha de de algunos recursos residenciales y quieren conocer nuestro modelo de atención.</p>
<p><u>Servicios de Salud Mental de Salamanca (Castilla y León).</u></p> <p>Nos visitan el director de los Servicios de Salud Mental y el director de enfermería.</p>	<p>Tras el cierre del Hospital Psiquiátrico de Salamanca, está proyectada la construcción de un recurso residencial similar a una Miniresidencia que estaría en funcionamiento en un año. Los que serán responsables de dicho recurso, se ponen en contacto con nosotros para visitar la Miniresidencia de Hortaleza y conocer nuestro modelo de trabajo, puesto que no existen recursos similares en la provincia.</p>

8.4. Otras actividades.

A) Fiestas y celebraciones.

Como viene siendo habitual desde la apertura de la Miniresidencia, varias veces al año se organizan celebraciones a las que se invita a las familias y/o a antiguos residentes.

En la organización de estas celebraciones, los usuarios más veteranos tienen un peso especial, ayudados por el resto de residentes asumen muchas de las tareas implicadas en la puesta en marcha de cada fiesta y son los responsables de tomar muchas decisiones sobre cómo se llevarán acabo.

Algunas de las que se han organizado a lo largo del 2010 se detallan a continuación:

- Fiesta de carnaval.
- Fiesta de "bienvenida a la primavera".
- Fiesta navideña con las familias.
- Fiesta de nochebuena y baile de nochevieja.
- Baile de la noche de reyes.

B) Salidas Comunitarias organizadas.

En la tabla siguiente se recogen todas las salidas organizadas desde la Miniresidencia a lo largo del 2010 y el número de usuarios que participaron en cada una.

ACTIVIDAD	Nº DE ASISTENTES
Salida al Parque Natural de Peñalara	9 usuarios
Salida al Monasterio El Paular y	11 usuarios
Salida a Rascafría	8 usuarios
Visita al Planetario	10 usuarios
Parque Quinta de los Molinos	10 usuarios
Museo Reina Sofía	9 usuarios
Salidas al Cine	Se organizan periódicamente con una asistencia media de 4 usuarios
Salida al Retiro y Casa de Velázquez	10 usuarios
Concierto de Música Barroca en el Centro Cultural	4 usuarios
Visita al Museo del Traje	4 usuarios
Teatro en el C.C. Hortaleza (asistencia a la representación del CRPS Hortaleza)	6 usuarios
Espectáculo de Danza en la Sala Mirador	4 usuarios
Visita al Ayuntamiento de Madrid, la Catedral de	6 usuarios

la Almudena y el Palacio Real	
Teatro en el C.C. Carril del Conde "El perro del Teniente)	8 usuarios
Feria de la Dieta Mediterránea (IFEMA)	7 usuarios
Aperitivo dominical	Se organizan periódicamente con una asistencia media de 5 usuarios
Teatro en el C.C. Villa de Barajas "Alejo en el más allá o acá"	10 usuarios
Comidas fuera de la mini	Se han organizado en dos ocasiones y han asistido 11 y 9 usuarios respectivamente
Ruta de los Belenes	6 usuarios
Mercadillos navideños	7 usuarios
Chocolatada Navideña	5 usuarios
Visita a la Plaza Mayor	6 usuarios

C) Vacaciones Miniresidencia Hortaleza.

Muchos de los residentes de la Miniresidencia Hortaleza, tienen pocas posibilidades de disfrutar de unos días de vacaciones fuera de Madrid en compañía de sus familiares o amigos. La dificultad para poder realizar este tipo de actividades se explica por distintos factores como las dificultades económicas, los problemas de autonomía para realizar un viaje de estas características sin apoyo o la carencia de red social.

A lo largo de 2010, en varias ocasiones los usuarios han expresado su malestar por no tener la posibilidad de realizar una salida de más de un día durante el verano, para atender a esta demanda se decidió un viaje a Gandía en el mes de Junio con un precio muy ajustado.

El viaje tuvo una duración de 4 días, asistieron cinco usuarios de la Miniresidencia y 3 de los Pisos Supervisados, acompañados por dos profesionales.

Se buscó en todo momento la participación activa de los usuarios para decidir las fechas del viaje, el destino, las actividades a realizar allí,... para lo cual fue necesario que los usuarios

de los Pisos Supervisados acudieran a varias reuniones en la Miniresidencia. Estas reuniones previas posibilitaron que las personas de ambos recursos se conocieran entre sí y empezaran a establecer lazos que durante el viaje se fueron estrechando.

Finalmente, el viaje se desarrolló sin ningún incidente y la valoración por parte de los usuarios fue muy positiva, lo que nos anima a continuar con esta iniciativa en años posteriores.

D) Programa de Ocio y Voluntariado de la Fundación Manantial.

Gracias al programa de Ocio y Voluntariado de la Fundación Manantial, los usuarios de la Miniresidencia han podido participar los **viajes y salidas** que se enumeran a continuación:

- Viaje a la Costa del Sol: Asistieron 2 usuarios.
- Viaje a Cantabria: Asistió 1 usuario.
- Viaje a Cullera: Asistió 1 usuario.
- Viaje a Granada: Asistió 1 usuario
- Senderismo en la Cascada del Purgatorio: Asistió 1 usuario.

Además, hemos podido contar en la Miniresidencia de Hortaleza con un total de 5 **voluntarios** que han acudido al recurso con regularidad a realizar las siguientes actividades:

- Dos voluntarias desarrollaron un taller de Artes Decorativas que comenzó en octubre de 2009 y que continuó a lo largo de todo 2010.
- Durante el año se ha alternado la presencia de 3 voluntarios que han colaborado en la organización de actividades de ocio durante los fines de semana.

9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.

Este caso se realiza la valoración general sobre el funcionamiento del centro a lo largo del año al que hace referencia la memoria y sobre todo hará referencia al cumplimiento de los objetivos propuestos en la memoria del año anterior.

1. Continuar en la línea de diseñar actividades que contribuyan a disminuir el estigma que existe hacia las personas trastornos mentales graves y persistentes, realizando distintas actividades en la comunidad.

Para trabajar sobre este objetivo, se han desarrollado varias líneas de trabajo que se describen a continuación:

A) Hacer alguna actividad contra el estigma fuera de la Miniresidencia: Como ya se ha descrito anteriormente en esta memoria, hemos conseguido montar y representar en una residencia de 3º edad una obra de teatro llamada *“Un día cualquiera”*. En ella tratábamos de mostrar cómo puede ser un día en la vida de diferentes personas con enfermedad mental, centrándose en cómo les afectan las falsas creencias y prejuicios, que sólo contribuyen a su exclusión en la sociedad.

B) Organizar jornadas de intercambio de experiencias con otras poblaciones (3ª Edad): el colectivo de la 3ª edad es uno de los que presenta menor nivel de información sobre las personas con enfermedad mental, lo que provoca que entre este grupo de población existan muchas ideas erróneas que llevan al prejuicio. Nos propusimos crear espacios de encuentro con esta población para que conocieran más de cerca al colectivo de personas con enfermedad mental y accedieran a información que desmontará sus ideas erróneas.

Establecimos contacto con personas de la 3ª edad residentes en los Pisos Tutelados de Torrejón de Ardoz y realizamos dos actividades conjuntamente:

- Se organizó un encuentro en los Pisos Tutelados al que asistieron un total de 8 usuarios de la Miniresidencia. Además de conocer aquel recurso e intercambiar multitud de experiencias sobre la vida, nuestros usuarios tuvieron la oportunidad de

charlar sobre la realidad que viven actualmente las personas con enfermedad mental.

- o Se organiza un nuevo encuentro, en esta ocasión en la Miniresidencia. Once usuarios de los Pisos Tutelados junto con la Trabajadora Social y la Directora del centro acuden a conocer la Miniresidencia y aprovechamos la ocasión para grabar programa de Radio especial donde entrevistamos a los mayores.

C) Continuar dando un papel preponderante a la lucha contra el estigma en los programas que emitimos en Radio Enlace: *Radio Enlace (107.5 FM; www.radioenlace.org)* es una radio comunitaria que emite en el distrito de Hortaleza con la que llevamos varios años colaborando. Los usuarios de la Miniresidencia emiten un programa quincenalmente, en el que se han tratado distintos contenidos relacionados con la verdadera realidad de las personas con enfermedad mental grave y duradera.

D) Difundir más información sobre el colectivo de personas con trastornos mentales graves y persistentes a asociaciones que trabajen con otros colectivos (jóvenes, inmigrantes...): Gracias a la participación de la Miniresidencia en la Mesa Social del distrito de Hortaleza, hemos podido hacer llegar información sobre nuestro colectivo a entidades que trabajan con menores, inmigración, mayores, etc. Algunas de las entidades y profesionales que asisten a esa mesa son: Secretariado Gitano, diversas asociaciones que trabajan con menores en riesgo de exclusión, profesionales de la Agencia para el Empleo, Agentes de Igualdad del Ayuntamiento de Madrid, orientadoras de los Institutos del distrito, Fundación Impulso Solidario (personas sin hogar), etc.

2. Mejorar el proceso de evaluación en el caso de las estancias cortas.

Debido a que el 30% de las atenciones realizadas en la Miniresidencia Hortaleza se corresponden con estancia cortas, nos planteábamos mejorar el proceso de evaluación en estos casos.

En 2010 conseguimos diseñar y empezar a utilizar un protocolo de evaluación específico adaptado a este tipo de estancias, que nos ha permitido recoger mucho más ágilmente la

información básica que necesitamos para comenzar cuanto antes a planificar las intervenciones con estos usuarios.

3. Mejorar el proceso de acogida elaborando un “Cuaderno de Bienvenida”.

Atendiendo a la importancia que tiene para nosotros el proceso de acogida, nos planteábamos crear un “Cuaderno de Bienvenida” que recogiera la siguiente información básica sobre nuestro recurso: Presentación del equipo, horarios generales del recurso, horario de talleres, menú básico de servicios, reglamento de Funcionamiento interno, direcciones y números de teléfono importantes (CSM, CAP, recursos comunitarios,...), objetos que es necesario traer a la Miniresidencia y planos de ubicación del recurso y de los medios de transporte público cercanos.

Esta herramienta se elaboró en el primer trimestre del año y nos ha servido para dos objetivos fundamentales:

- Ayudar a los usuarios a tener clara y asimilar información básica sobre el recurso más fácilmente.
- Al no ser necesario dar toda la información verbalmente, hemos podido dedicar más tiempo en el momento de la acogida a aspectos tan importantes como presentar al nuevo usuario a otros residentes, dar una vuelta para conocer el entorno, escuchar las inquietudes iniciales del usuario,... En definitiva, hemos podido dedicar más tiempo a hablar con los usuarios recién incorporados y empezar a establecer un trato más que un tratamiento.

Tras nueve meses utilizándolo, nuestra valoración de esta herramienta es muy positiva y además hemos recibido felicitaciones tanto de los propios usuarios, como de otros recursos.

4. Poner en marcha el proyecto de Terapia Asistida con Animales en colaboración con la Fundación Bocalan y obtener resultados sobre la eficacia de esta herramienta.

A largo de 2010 hemos desarrollado un programa de Terapia Asistida con Animales con varios usuarios de la Miniresidencia. La intervención se diseñó siguiendo todos los criterios

metodológicos que exigen las investigaciones científicas, para tratar de obtener datos sobre la eficacia de esta herramienta.

Pretendíamos evaluar la efectividad de un programa de Terapia asistida con Animales en personas con enfermedad mental grave y duradera, en relación a variables de estado de ánimo y ansiedad estado/rasgo. De manera secundaria pretende comprobar si modifica variables como la ansiedad social, la calidad de vida o el funcionamiento global. Para esto se realizó un estudio randomizado, simple ciego, con dos grupos (experimental y control), durante tres meses de tratamiento y otros tres meses de seguimiento. Se seleccionaron aquellos pacientes de la Miniresidencia Hortaleza que con un diagnóstico de psicosis iban a permanecer en el recurso al menos 6 meses. La muestra final fue de once usuarios.

Se asignó aleatoriamente a los once participantes a un grupo control que se sometió a su programa de rehabilitación habitual, y a un grupo experimental que mantendrá su programa habitual y además participará en un programa de Terapia Asistida con Animales (TAA). Dicho programa consistió en 24 sesiones de una hora de duración, dos veces a la semana. Todos los participantes en el estudio pasaron por una evaluación pre y post a la intervención, realizada por un evaluador ciego a la asignación de grupo. Posteriormente, se realizará un seguimiento de 12 semanas, para comprobar la perdurabilidad de los efectos conseguidos con la herramienta (TAA).

Todavía no contamos con los datos del análisis estadístico de las medidas, pero hemos hecho comparaciones de las puntuaciones directas de los cuestionarios, por lo que sí podemos describir qué tendencia tienen las puntuaciones:

- Hay una mejora en el estado de ánimo en ambos. La mejora no se mantiene en el tiempo, aunque con diferencias en ambos grupos:
 - El grupo experimental no vuelve a los valores iniciales.
 - El grupo control está peor que en la línea base.
- En ambos grupos existe una mejora en cuanto a los niveles de ansiedad entre la línea base y la medida post intervención. Sin embargo, el grupo experimental (TAA) presenta una mejora mucho más elevada que el grupo control.
- No hay cambios en las variables Ansiedad Social y Calidad de vida antes y después de la intervención.

5. Continuar con la Implantación de un Modelo de Gestión por Calidad.

La Asociación Española de Normalización y Certificación ([AENOR](#)) certificó durante el año 2010 la conformidad del sistema de gestión de los recursos de rehabilitación gestionados por Fundación Manantial con la norma UNE-EN ISO 9001:2008.

Este certificado acredita que la Fundación Manantial ha desarrollado un servicio de referencia que incluye compromisos de calidad muy concretos y específicos en distintos ámbitos que afectan directamente a los usuarios y usuarias de nuestros recursos.

El alcance del certificado ISO 9001 cubre los servicios prestados por la Fundación a personas con trastornos mentales graves y persistentes: Miniresidencias, Pisos Supervisados, Centros de Rehabilitación Laboral, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día, Equipos de Apoyo Social Comunitarios, Tutela, Servicio de Ocio, Servicio de Voluntariado y Programa de Apoyo y Mediación Comunitaria en el Ámbito Penitenciario. Este proceso de certificación evidencia el compromiso de Fundación Manantial con la mejora continua y supone una apuesta por la calidad de los servicios que se prestan.

10. OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE.

Para finalizar la memoria este apartado recoge los objetivos propuestos por el centro para el año siguiente.

1. *Difundir los resultados obtenidos en el estudio de Terapia Asistida con Animales fuera de la Fundación Manantial.*

A lo largo de 2010 se desarrolló un programa de Terapia Asistida con Animales con varios usuarios de la Miniresidencia Hortaleza. Al finalizar el año, ya contábamos con algunos resultados preliminares que se difundieron dentro de la Fundación Manantial en una sesión técnica. En 2011 nos proponemos realizar el análisis estadístico de los datos y tratar de difundirlos entre la comunidad científica.

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR
Difundir los resultados del estudio sobre Terapia Asistida con Animales	<ul style="list-style-type: none"> - Tras finalizar el análisis estadístico de los datos, se redactará un artículo. - Con la ayuda de un experto, se seleccionará alguna publicación a la que enviarlo. 	Conseguir publicar el estudio en una revista científica

2. *Crear un espacio de intercambio de experiencias y reflexión entre las distintas Miniresidencias de la Fundación Manantial.*

En el año 2009 el equipo de la Miniresidencia Hortaleza decidió promover reuniones con los equipos de las otras dos Miniresidencias gestionadas por Fundación Manantial, con el objetivo de discutir sobre casos complejos, conocer las pautas de actuación ante situaciones difíciles, compartir información sobre actividades grupales exitosas,... La experiencia fue muy positiva pero no tuvo continuidad en 2010, por lo que nos proponemos retomarla para este año con el objetivo de intercambiar experiencias y enriquecernos de las cosas que funcionan bien en cada residencia.

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR
----------	-------------	-----------

4. Crear espacios de participación de los usuarios para acordar normas de convivencia que disminuyan algunos conflictos.

En el día a día de la Miniresidencia, surgen conflictos de convivencia recurrentes que creemos que se reducirían si los propios usuarios fueran partícipes de la creación de unas "normas de convivencia". Creemos que esforzarnos para que los usuarios participen de la elaboración de ese espacio normativo, fomentará su implicación con el cumplimiento de los acuerdos a los que se llegue y puede ayudar a disminuir algunos conflictos.

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR
<p>Crear un espacio donde los usuarios puedan participar en el establecimiento de algunas normas de convivencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se creará un espacio destinado a que los usuarios participen en el debate y consenso de algunas normas de convivencia que ayuden a prevenir o resolver los conflictos más habituales. - Se llevarán a debate al menos los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> *Uso de la TV. *Uso del ordenador. *Limpieza y orden del comedor. *Uso de espacios comunes. - Los usuarios tendrán el papel protagonista en la elaboración de las normas. - Esas normas estarán claramente expuestas en el recurso. - Todas normas acordadas serán revisables siempre que los usuarios lo demanden. 	<p>Nº de áreas en las que se han acordado normas con la participación de los usuarios</p> <p>(al menos en las 4 áreas propuestas)</p>

5. Crear una "Red Social" con usuarios de otros recursos.

La falta de red social es uno de los aspectos que más insatisfacción provoca entre los usuarios que atendemos. Analizando los datos del cuestionario de Calidad de Vida que han cumplimentado todos los usuarios atendidos en 2010, encontramos que el ítem que se puntúa

con mayor grado de insatisfacción es el que está relacionado con cómo se sienten ante el hecho de no tener amigos. Como respuesta a esta situación, nos proponemos tratar de promover que los usuarios de la Miniresidencia Hortaleza tengan la oportunidad de conocer a usuarios de otros recursos y puedan mantener el contacto a través de internet para compartir información y actividades de ocio fuera de los centros.

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR
Crear una "Red Social" con usuarios de otros recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales de la Miniresidencia Hortaleza se coordinarán con otros recursos para dar a conocer esta iniciativa y solicitar el apoyo de los profesionales. - Cada usuario se creará un correo electrónico para poder intercambiar información con usuarios de otros recursos. - Se promoverán encuentros para que los usuarios conozcan el proyecto y se conozcan entre ellos. - Después de estos encuentros, trataremos de que intercambien información sobre alternativas de ocio y que algunas de estas actividades las realicen juntos con o sin apoyo profesional. 	Nº de actividades de ocio compartidas con otros recursos (al menos 4)

6. Organizar un viaje de vacaciones en el verano de 2011.

Muchos de los usuarios atendidos por la Miniresidencia tienen dificultades para organizar una salida vacacional sin apoyo profesional.

Además, muchos usuarios han demandado que se organicen excursiones de más de 1 día de duración que puedan compartir con aquellas personas del recurso con las que han establecido relaciones de amistad y esto no siempre es posible en los viajes organizados fuera del centro.

En 2009 y 2010 hemos conseguido organizar dos viajes a la playa con unos precios muy asequibles. Ambas salidas fueron muy positivamente valoradas por los usuarios por lo que nos planteamos dar continuidad a esta actividad en 2011.

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR
Organizar una salida de vacaciones con la participación activa de los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Se ofertará a los usuarios la posibilidad de realizar un viaje en verano. - Las personas interesadas, participarán en la elección de destino y el proceso de organización del viaje. - Acompañarán en la salida al menos dos profesionales de la Miniresidencia. 	Realizar un viaje de al menos 3 días de duración

7. Sistema de gestión de calidad.

OBJETIVOS	METODOLOGÍA	INDICADORES
Consolidar el Sistema de Gestión de Calidad (SGC)	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión del Sistema (procedimientos, indicadores, registros, etc.) - Realización de auditorías piloto - Procedimentar las áreas que faltan (DAF, selección, etc.) - Realización de auditorías de seguimiento de la Certificación según la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 	<p>Existencia de nuevas ediciones de procedimientos, indicadores, registros, etc.</p> <p>Nº de auditorías piloto realizadas (una por cada recurso)</p> <p>% de áreas procedimentadas (100% de la Fundación)</p> <p>Renovación de la Certificación UNE-EN ISO 9001:2008</p>
Consolidar y mejorar la acreditación de Fundación Lealtad	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación y envío de la documentación necesaria para el cumplimiento de los nuevos Principios - Revisión del informe y aporte de sugerencias/observaciones. 	Nº de incumplimientos del informe (menos de 3)