

CENTRO CONCERTADO CON



Comunidad
de Madrid

Dirección General
de Atención a Personas
con Discapacidad

CONSEJERÍA DE FAMILIA
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



MANANTIAL
GESTIÓN

MEMORIA 2024

Residencia “Torrejón de Ardoz”

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



EN-6100:2017



INDICE

1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA RESIDENCIA.....	3-11
2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN.....	12
2.1 Movimiento asistencial.....	12-19
2.2 Datos por tipo de estancia prevista y duración de la estancia.....	19-24
3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.....	25
3.1 Datos Sociodemográficos.....	25-36
3.2 Perfil Psiquiátrico.....	36-39
4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS.....	39-40
5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.....	40
5.1 Servicios básicos y generales.....	40-44
5.2 Atención Psicosocial.....	44-61
6. RESULTADOS.....	61
6.1 Datos sobre mejora de la autonomía y funcionamiento psicosocial.....	62
6.2 Uso de recursos comunitarios.....	62
6.3 Cuestionarios globales de evaluación.....	62-68
7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.....	69
7.1 Utilización de otros recursos del Plan de Atención Social. Uso de Recursos Comunitarios.....	69
7.2 Utilización de otros recursos Ajenos al Plan de Atención Social.	70
8. OTRAS ACTIVIDADES DE LA MINI-RESIDENCIA.....	82
8.1 Actividades de coordinación.....	71-73
8.2 Actividades de formación y docencia.....	73-76
9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.....	77-84
10. OBJETIVOS PARA EL AÑO 2024.....	85-87

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA RESIDENCIA

1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

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

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

La Residencia está ubicada en un edificio situado en la Calle Boyeros nº 3 del municipio de Torrejón de Ardoz.

El teléfono de contacto es el 91 888 18 04 y el fax es el 91 883 39 46.

El número de plazas concertadas del 1 de enero al 1 de septiembre de 2023 fue de 30, y desde esa fecha fue de 35, aunque el edificio tiene una capacidad para 40 residentes. Esto implica que en la actualidad existen 5 plazas a la espera de concierto por la Comunidad de Madrid, y que están disponibles en régimen de contratación privada.

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

La Residencia es un edificio de cuatro plantas, en el que se parte de una zona de sótano donde se ubica la lavandería y los cuartos de calderas, una planta baja donde se ubican las zonas comunes y los despachos profesionales (comedor, cocina, salones de televisión, salas de estar, etc.) y dos plantas de habitaciones. Cada planta está preparada para albergar a 20 personas, de forma que aunque existe capacidad para 40 residentes en la actualidad tendríamos 35 habitaciones ocupadas en régimen de plaza concertada y 5 a la espera de concierto, que a lo largo del 2024 han estado disponibles en régimen privado para particulares con perfil de acceso y/o en concierto con otras entidades, como ACCEM a través del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, dando atención a personas migrantes con problemas de salud mental incluidas en el Programa de Protección Internacional. También en este año se ocupan estas plazas por personas derivadas de otros servicios de salud mental y de la propia Red con la finalidad de pasar a ser en un futuro plaza pública o por una necesidad temporal concreta.

Estas 5 plazas se encuentran a la espera de ser concertadas con la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, y a pesar de haber estado ocupadas a lo largo del año, no reflejan datos de atención en esta memoria.

1.3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA.

La Residencia de Torrejón funciona como un recurso de naturaleza social, en cuyo desarrollo y funcionamiento se trabaja en estrecha colaboración y coordinación con el sistema público de atención, tanto con los servicios sanitarios de salud mental y primaria, como con Servicios Sociales generales, y otros agentes sociosanitarios y comunitarios susceptibles de coordinación, a través de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera.

La selección y derivación de usuarios para su acceso a la Residencia se realiza desde los Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz.

Los Servicios de Salud Mental valoran y seleccionan de entre las personas atendidas con un diagnóstico psiquiátrico, y generalmente incluidas en los Programas de Continuidad de

Cuidados (PCC), a aquellos que cumpliendo el perfil general establecido puedan necesitar o requerir los servicios y atención especializada que ofrece la Residencia.

Los candidatos propuestos se presentan por parte del CSM y se valoran conjuntamente en la Comisión de Seguimiento y Derivación que a tal efecto se establece con los municipios de Alcalá de Henares y de Torrejón de Ardoz. En dicha Comisión se evalúa la idoneidad de las derivaciones, se organiza la lista de espera y se prioriza el acceso de unos u otros candidatos según las necesidades. Estos encuentros tienen una frecuencia mensual.

Los Servicios de Salud Mental presentan sus propuestas a través de Hoja de Derivación establecida e Informe de Continuidad de Cuidados. Es deseable también el envío de otros informes, como los Informes Sociales a cargo del Trabajador/a Social del CSM.

Una vez que se formaliza la derivación, y en función de la lista de espera, cuando existe una plaza disponible y el CSM selecciona al candidato/a de dicha lista para entrar al recurso, el usuario/a accede a la Residencia. A partir de ese momento empieza un período de acompañamiento y vinculación al recurso, así como una evaluación por parte de los profesionales del equipo (directora, psicóloga, terapeuta ocupacional, y educadores/as sociales), que cristaliza en el Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR) y los objetivos de rehabilitación contruidos en consenso con el usuario/a, donde se recogen las necesidades y acciones encaminadas al trabajo de rehabilitación en el Centro.

Este documento de evaluación se basa en la construcción conjunta por áreas/disciplinas de trabajo (Educación Social, Terapia Ocupacional y Psicología) realizadas por cada uno de los profesionales involucrados de manera directa en la atención del usuario a su entrada al centro, y presenta como punto de partida los objetivos de derivación recogidos en el informe presentado al inicio desde el Centro de Salud Mental, más los acordados tras el trabajo de evaluación del equipo multidisciplinar, y el consenso con el usuario.

Estos objetivos se clasifican por áreas de intervención y se empezarán a trabajar de manera sistemática y operativa, aprovechando las dinámicas de vida cotidiana. Estos objetivos se revisarán de acuerdo a la programación planteada en los planes de intervención por los

profesionales de referencia del residente, la psicóloga, la terapeuta ocupacional y la dirección del centro.

Para llevar a buen término la consecución de estos objetivos y propiciar su idoneidad a las características del usuario y al tiempo que permanecerá en la Residencia, se lleva a cabo la coordinación con los recursos de atención (centros de salud mental, centros de rehabilitación psicosocial, centros de rehabilitación laboral, etc.) que estén implicados en el proceso de rehabilitación del usuario y se establece un diálogo fluido para asegurar la complementariedad de las intervenciones, de manera que no se dupliquen servicios y se ofrezca una línea de intervención coordinada desde los distintos dispositivos.

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

En aquellos casos en los que los usuarios cuenten con el apoyo de familiares y siempre que el usuario se muestre de acuerdo, se establece con ellos un contacto estrecho, para lograr mejoras que sean más fácilmente generalizables a la vida cotidiana a su salida al centro.

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

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

En esta línea de fomentar la autonomía, es filosofía del recurso rescatar las potencialidades de los residentes, de modo que se intentará que la rutina diaria esté basada en el apoyo de unos residentes a otros como primera opción de ayuda y no en la búsqueda sistemática y depositación de la responsabilidad en los profesionales. En este sentido, por ejemplo, si un residente conoce el barrio y otro no, la primera opción de trabajo será que sea éste quien enseñe el barrio a la persona que acaba de incorporarse, dotándolo de un papel fundamental como anfitrión del recurso.

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

Las decisiones que se toman en dichos espacios asamblearios tienen carácter vinculante, teniendo los residentes la posibilidad, dentro de los marcos normativos de referencia del recurso, de modificar algunas de las normas que regulan la convivencia.

Los horarios de funcionamiento diario se organizan de un modo flexible, de manera que permiten ajustarse a las diferentes necesidades y actividades individuales y grupales a desarrollar en la Residencia, y posibilitar el acceso de los residentes a los Servicios de Salud Mental, Centros de Rehabilitación Psicosocial, recursos comunitarios, empleo, etc. Existen también espacios y se priorizan actividades de ocio, contacto con familiares y amigos y el uso de recursos recreativos comunitarios, etc.

Existe un Reglamento de Funcionamiento Interno que regula las normas básicas de convivencia y funcionamiento de la Residencia, y en el que se incluyen además los derechos y deberes de los residentes. Este reglamento es entregado y explicado a los usuarios a su llegada al centro y el usuario se compromete con su cumplimiento a través de la firma del Contrato de Estancia.

Los **objetivos generales** de la Residencia son los siguientes:

- Asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte.
- Ofrecer el cuidado y apoyo personal y social que los usuarios necesiten para mejorar su situación y calidad de vida.
- Favorecer la mejora de la autonomía personal y social de los residentes de tal forma que les permita un funcionamiento lo más normalizado posible.
- Posibilitar el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de dignidad y calidad de vida.
- Favorecer de forma progresiva la integración social de los usuarios residentes.

Las **características principales del recurso** y desde donde se abordan los objetivos es:

- Creando un espacio normalizado de alojamiento y convivencia.
- Generando un contexto que favorezca la rehabilitación y la integración comunitaria de los usuarios.
- Brindando un sistema de apoyo y supervisión flexible que asegure respuestas ágiles y rápidas a las necesidades de cada uno de los usuarios.
- Fomentando la participación activa y autónoma de los usuarios en su organización y en el desarrollo de las tareas domésticas.
- Ofreciendo atención y apoyo psicosocial orientados a mejorar la autonomía e independencia del usuario, promover el desempeño de roles sociales significativos y normalizados, que faciliten la progresiva integración comunitaria.
- Trabajando en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental de referencia, con otras Residencias, recursos de rehabilitación, Servicios Sociales Generales y cuantos otros dispositivos socio-comunitarios sean necesarios para asegurar una atención integral a los usuarios.

Las **principales funciones del Equipo de Profesionales de la Residencia** son:

- Participar en las Comisiones de Derivación y Seguimiento que tienen lugar mensualmente con el Servicio de Salud Mental de Alcalá de Henares y Torrejón, para hacerse partícipe de la primera valoración, las derivaciones que se plantean y ofrecer

información sobre evolución y estrategias de intervención de casa uno de los usuarios a los responsables de Continuidad de Cuidados de cada caso.

- Mantener coordinaciones frecuentes con otros recursos implicados en el proceso de rehabilitación de cada usuario.
- Mantener coordinaciones con las familias y personas significativas en la vida del usuario, que acompañen a su proceso de rehabilitación.
- Realizar intervenciones encaminadas a lograr el nivel de autonomía necesario de los usuarios derivados.
- Coordinar procesos de adaptación y evolución de cada usuario en la Residencia.
- Realizar las evaluaciones específicas de las distintas áreas de trabajo en rehabilitación a fomentar en cada usuario en su estancia en la Residencia.
- Participar en el Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR) de todos los usuarios que ocupan plaza en la misma.
- Diseñar y poner en marcha distintas estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos acordados en el PIAR de casa usuario.
- Colaborar en el diseño e instauración de programas grupales de áreas de atención e intervención psicosocial.
- Supervisar, apoyar y acompañar en el reparto y organización de las distintas tareas domésticas de las que se responsabiliza cada residente.
- Colaborar en la elaboración de normas de convivencia que estructuran la vida de la Residencia.
- Diseñar distintas intervenciones dirigidas a garantizar la integración comunitaria de los usuarios en el barrio y su vecindario.
- Supervisar y fomentar la autonomía en el seguimiento y asistencia de las citas médicas y el tratamiento correspondiente con su CSM de referencia.
- Colaborar en la evaluación global del funcionamiento de la Residencia, de cada usuario y de la convivencia entre ellos, acuerdo a las directrices establecidas por la Consejería.
- Organizar y realizar espacios asamblearios semanales en la Residencia para fomentar la participación y compromiso de los residentes en la organización, cuidado y uso de los espacios, en las relaciones de convivencia y en compartir intereses.

- Apoyar e intervenir ante diferentes dificultades o problemas que puedan surgir en el funcionamiento y/o convivencia, así como en las situaciones de crisis psicopatológicas.
- Realizar actividades en el entorno comunitario destinadas a reducir o eliminar el estigma que sufren las personas con diagnósticos en trastorno mental grave

EQUIPO HUMANO DE LA RESIDENCIA:

El personal de la residencia lo componen:

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

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

Los datos, referentes a la sectorización establecida para las 35 plazas de la residencia quedan reflejados en la siguiente tabla:



ÁREAS Nº de habit.	Nº total de plazas.	Nº de plazas estancia indefinida.	Nº de plazas estancia transitoria.	Nº de plazas estancia Corta.
Distritos de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz 18-65 años	35 Plazas	9 Plazas	21 Plazas	5 Plazas

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

PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN.

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

Específicamente el perfil a atender sería:

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

2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN

En este apartado se recogen datos sobre diversos aspectos de la atención llevada a cabo por el centro durante el año 2024: derivaciones, atenciones, lista de espera, incorporaciones y salidas producidas.

2.1. Movimiento asistencial.

2.1.1. Lista de espera en el último año.

Tabla 1. Personas en lista de espera.

Personas en lista de espera a 01/01/2024	13
Personas en lista de espera a 31/12/2024	12

2.1.2. Tiempo en lista de espera de las personas incorporadas

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

Tiempo medio en lista de espera de la personas incorporadas en 2024
28

2.1.3. Derivaciones recibidas en el último año.

Tabla 3. Derivaciones recibidas en el último año.

Área 3	Alcalá de Henares	Torrejón de Ardoz	Total
Nº Derivaciones	12	9	21
Nº Personas derivadas	12	9	21

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

Nº de personas trasladadas a la residencia de Espartales Sur	1
Nº de personas no aceptadas	0
Nº de usuarios retirados de la lista de espera por su S.S.M	3

El número de personas derivadas en 2024 a lo largo del año es de veintiún personas, de las cuales nueve son del SSM de Torrejón de Ardoz y doce de los SSM de Alcalá de Henares. El tiempo de espera de las personas derivadas varía. Esta cifra se explica porque los centros de salud mental gestionan la lista de espera, no respetando el orden de derivación, de forma que cuando hay una plaza vacante, dicha plaza se ocupa con el candidato más urgente y no con el que lleva más tiempo en lista.

Merece especial análisis el hecho de que al contar el área con dos Residencias (Alcalá de Henares), la lista de espera es compartida entre ambas, de modo que muchos de los pacientes oscilan de la lista de espera de una a la de otra, en función de las plazas vacantes disponibles.

Destacar como dato relevante que en este año no se ha rechazado ninguna derivación, cuestión que viene a hablar de la adecuada coordinación al respecto de los perfiles de atención realizado entre el recurso y los agentes derivantes (Servicios de Salud Mental de Torrejón y Alcalá de Henares).

2.1.3. Entradas a la residencia.

Tabla 5. Entradas producidas durante el año.

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

Entradas producidas durante el año

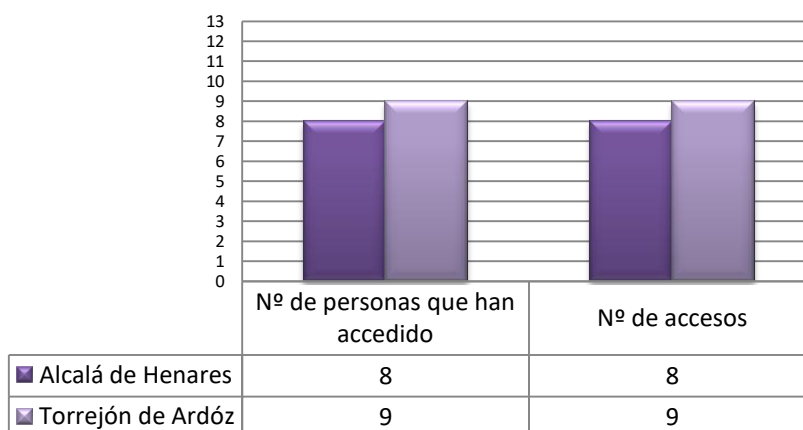


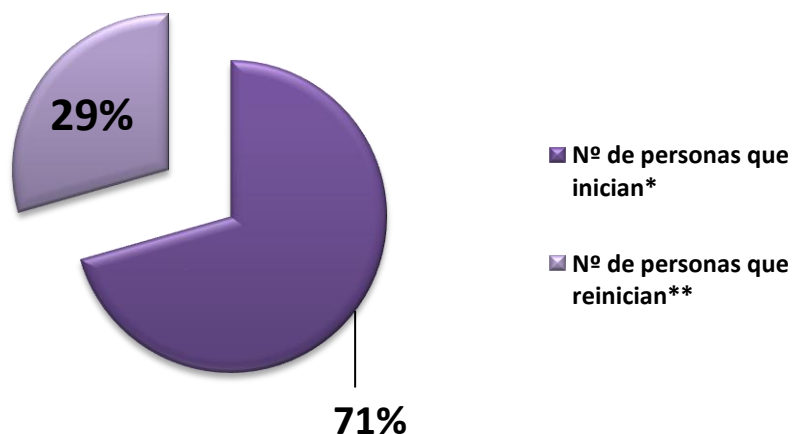
Tabla 6. Personas que han entrado en el centro durante el año.

	N	%*
Nº total de personas que han accedido al centro	17	100
Nº de personas que inician*	12	70,6
Nº de personas que reinician**	5	29,4
Nº de usuarios que han entrado durante el año atendidos previamente en la Residencia desde el comienzo de su funcionamiento	5	29,4
Nº de usuarios que han reiniciado en el año al que se refiere la memoria	0	0
Nº de reinicios	0	0

* Nº de usuarios que han accedido a la 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

Personas que han entrado en el centro durante el año.



Durante el año 2024, diecisiete personas se han incorporado a la Residencia, estando en una proporción del 71% reinicios, lo que se explica porque la movilidad de plazas permite que se utilice el recurso con temporalidades limitadas que ayudan a las personas en su proceso de rehabilitación sin que permanezcan en el centro sin fecha de finalización de estancia. Esta movilidad enriquece el dispositivo y permite al centro usarse como herramienta de rehabilitación.

El 29% de personas que han entrado al dispositivo ocupa plaza por primera vez en el centro, lo cual nos indica que ha sido elevado el número de pacientes derivados por primera vez desde los Centros de Salud Mental, siendo la Residencia un recurso valioso y que desde los derivantes contemplan como recurso de potencial ayuda para sus pacientes, ampliando el número de personas que se valoran susceptibles de hacer uso del servicio.

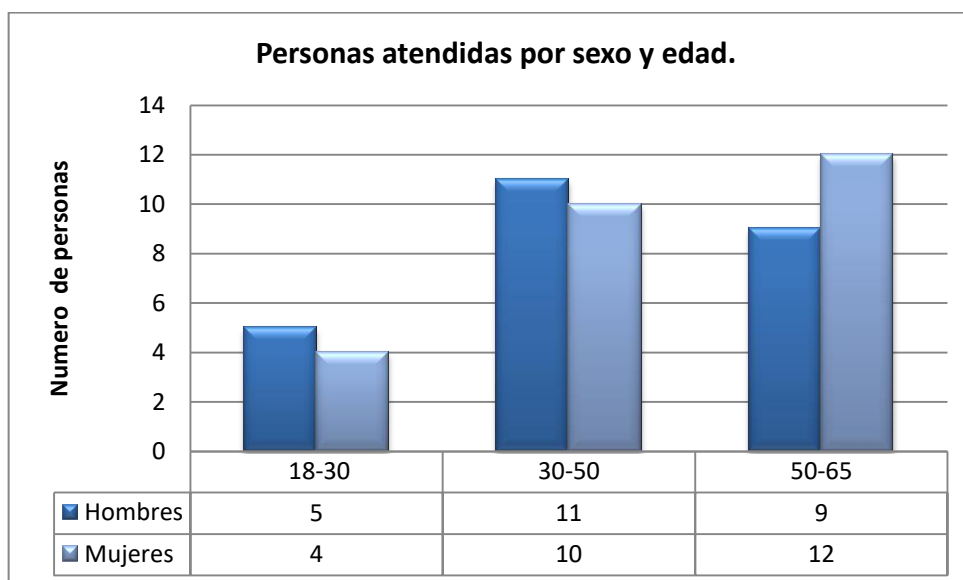
2.1.4. Atenciones en el último año.

Tabla 7.a. Atenciones realizadas durante el año.

Nº atenciones realizadas	52
Nº de personas atendidas	51
Usuarios en atención 31/12	35

Tabla 7b. Personas atendidas por sexo y edad.

Edad	Hombres	Mujeres	Total
18-30	5	4	9
31-50	11	10	21
51-65	9	12	21
Total	25	26	51



El perfil de usuario al que se ha atendido en la residencia a lo largo de este año está bastante equilibrado en cuanto a la distribución de género (25 hombres, frente a 26 mujeres) y la franja de edad tampoco es significativamente mayor entre los 31-50 años que los 18-30 años.

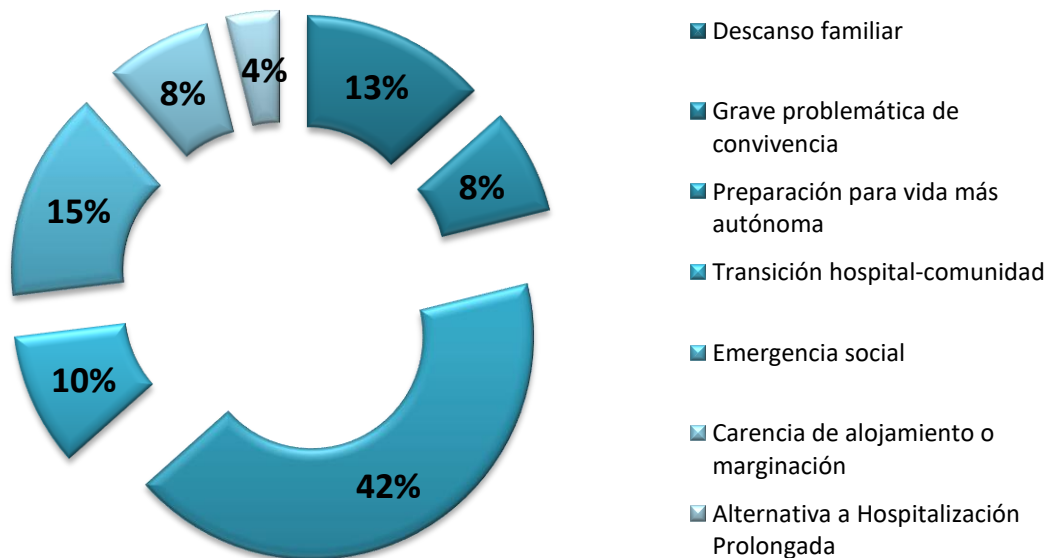
2.1.5. Motivos planteados por el S.S.M. para la entrada en la Residencia.

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

Motivos para la derivación a la Residencia	N	%*
Descanso familiar	7	13,5
Grave problemática de convivencia	4	7,7
Preparación para vida más autónoma	22	42,3
Transición hospital-comunidad	5	9,6
Emergencia social	8	15,4
Carencia de alojamiento o marginación	4	7,7
Alternativa a Hospitalización Prolongada	2	3,8
Otros (Espera a UCPP La Fora)	0	0
Total accesos	52	100



Motivos para la derivación a la Residencia de las incorporaciones



Durante el 2024 los motivos más frecuentes que contemplan las derivaciones al recurso son situaciones en las que la persona puede hacer un trabajo de aumento de autonomía, estabilizarse en el medio tras un período de hospitalización o cuando a causa de su malestar psíquico se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social.

2.1.6. Salidas de la residencia.

Tabla 9. Salidas producidas durante el año.

Personas que han salido	17
Salidas producidas	17

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

Motivos de finalización de la intervención:	nº salidas	% salidas
<i>Altas (1)</i>	10	58,8
<i>Bajas (2)</i>	7	41,2
Baja por:		
Abandono voluntario	2	28,6
Derivación a otro recurso**	0	0
Fallecimiento	1	14,3
No adecuación al recurso***	1	14,3
Expulsión	3	42,8
Otros	0	0
Total	17	100

*% sobre el total de salidas producidas

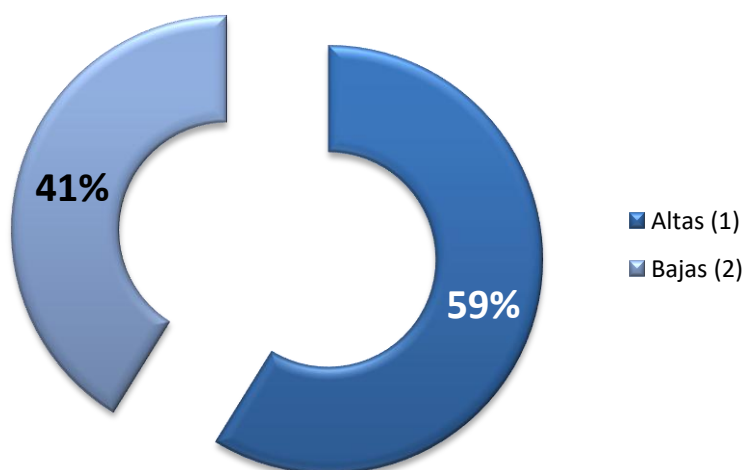
** Incluye hospital u otra MR

***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

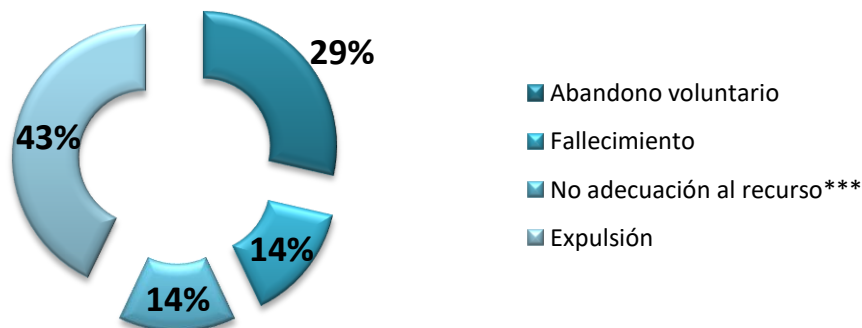
(2) Baja: Finalización de la intervención por un motivo diferente al cumplimiento de objetivos.

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





Motivos de las bajas



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

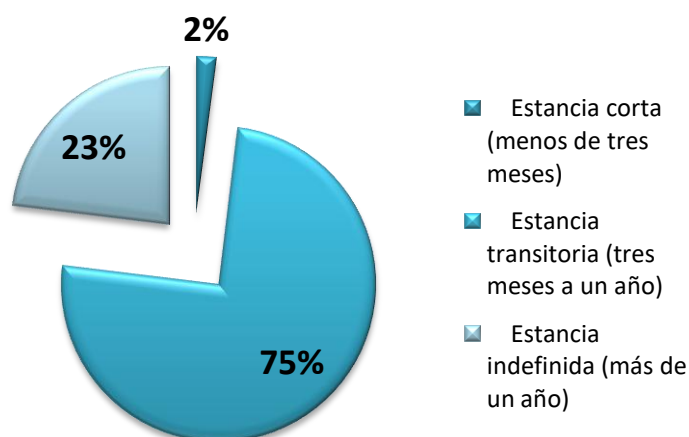
2.2.1. Número de atenciones realizadas según estancia prevista.

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

Nº de atenciones previstas de:	n	%*
Estancia corta (menos de tres meses)	1	1,9
Estancia transitoria (de tres meses a un año)	39	75
Estancia indefinida (más de un año)	12	23,1

*% sobre el total de atenciones

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



2.2.2. Duración de la estancia.

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

Duración de la estancia de los residentes en atención a 31/12	N	%
< 1mes	0	0
1mes a 6 meses	6	17,1
6 meses a 12 meses	6	17,1
1 año a 2 años	8	22,8
2 años a 3 años	6	17,1
3 años a 4 años	0	0
4 años a 5 años	4	11,4
>5 años	5	14,3
Total	35	100

*% sobre el total de residentes a 31/12

Como puede observarse por los datos, existe una diferencia muy significativa entre el porcentaje de usuarios que han sido derivados al centro con estancias transitorias, encontrándonos con un 75% y los que son derivados con estancia corta. Esta cuestión está relacionada con el objetivo de resultar un recurso transitorio de mejora de la autonomía y preparación para vida más autónoma.

Las plazas indefinidas, se mantienen prácticamente igual que el año pasado y siguen siendo plazas ocupadas por usuarios de muy difícil salida, que no tienen recursos económicos para un proyecto de vida en la comunidad, que las familias de origen plantean muchas resistencias para su retorno al domicilio o que están esperando por edad una plaza en residencia de mayores tras la tramitación del certificado de dependencia.

Duración de la estancia de los residentes en atención a 31/12

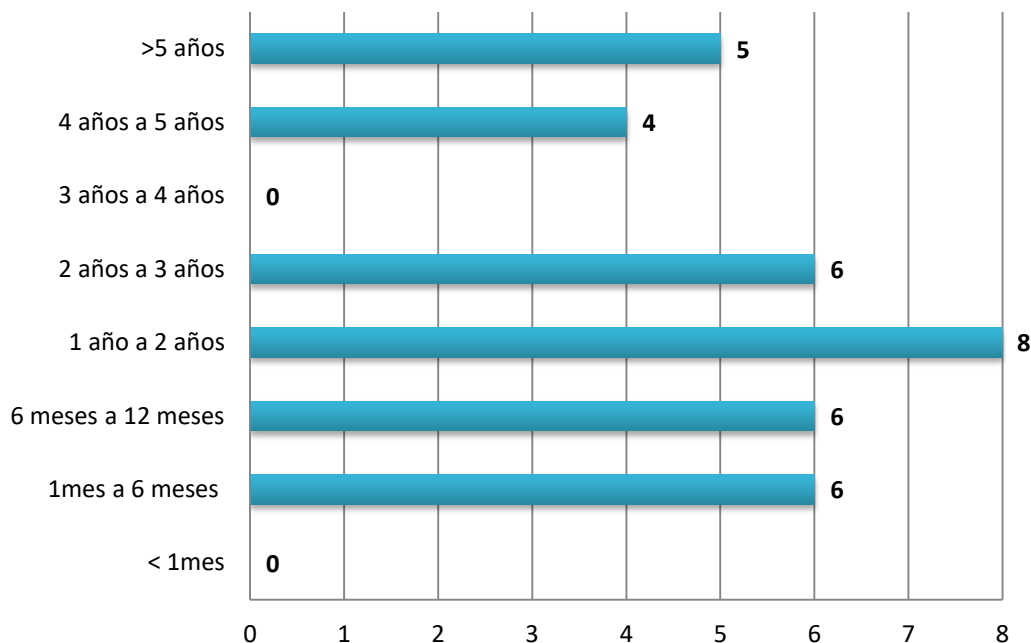
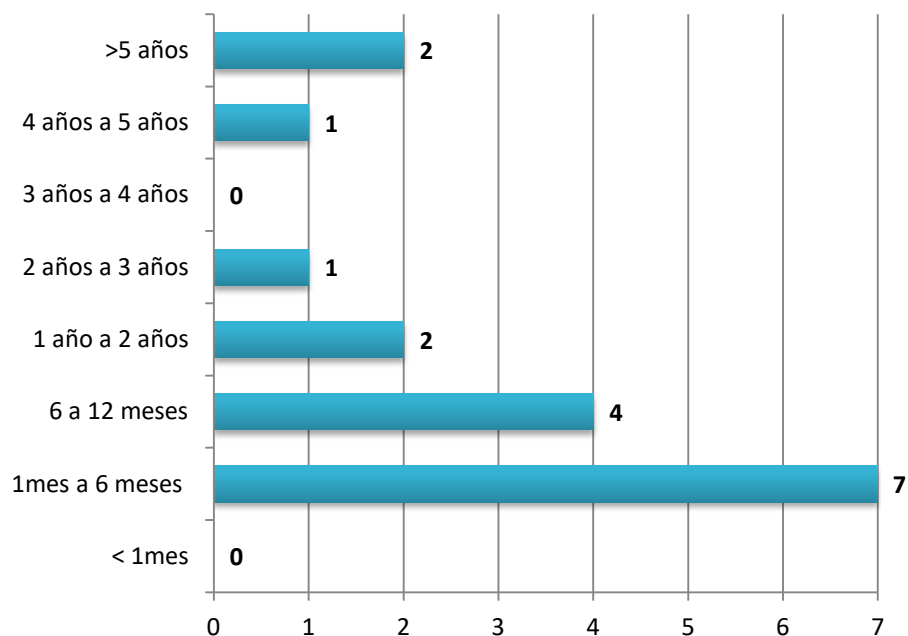


Tabla 13. Duración de la estancia de los usuarios que han salido durante el año.

Duración de la estancia de las salidas producidas durante el año	N	%
< 1mes	0	0
1mes a 6 meses	7	41,2
6 a 12 meses	4	23,5
1 año a 2 años	2	11,8
2 años a 3 años	1	5,9
3 años a 4 años	0	0
4 años a 5 años	1	5,9
>5 años	2	11,8
Total	17	100

*% sobre el total de salidas producidas durante el año

Duración de la estancia de las salidas producidas



Los datos nos indican que los usuarios que han accedido al centro en 2024 han venido con objetivos de trabajo bien definidos y se ha trabajado con todos ellos para facilitar su salida del recurso. De esta forma el trabajo desarrollado en el centro se muestra como exitoso, facilitando el escenario de salida del recurso en aquellos usuarios que presentan capacidades para vivir de forma autónoma.

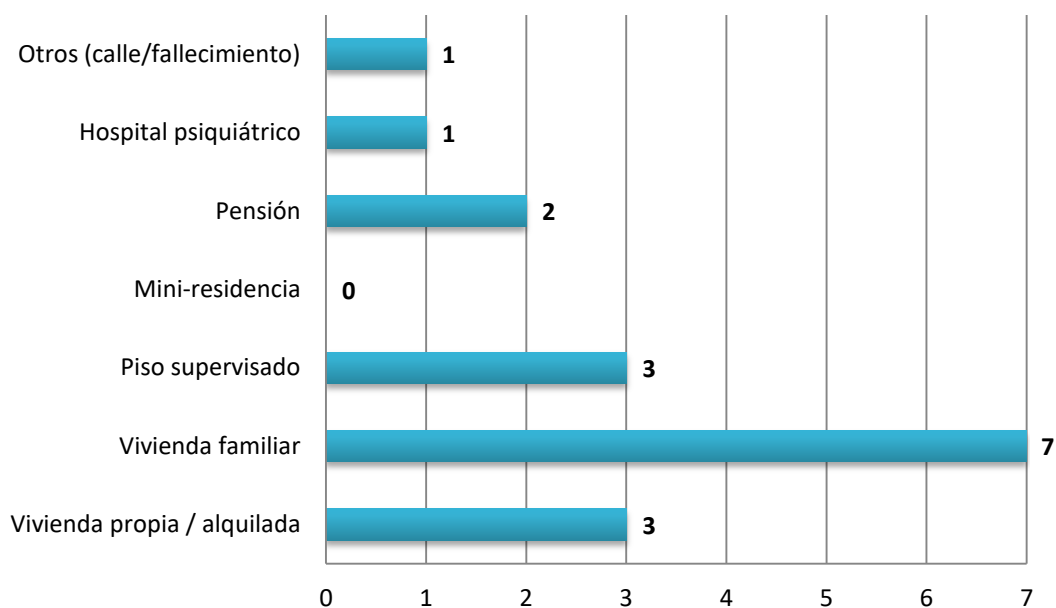
2.2.3. Situación residencial a la que han pasado los usuarios que finalizan su estancia en la residencia.

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

Situación residencial de los usuarios cuando finalizan su estancia en la MR	n	%*
Vivienda propia / alquilada	3	17,6
Vivienda familiar	7	41,2
Piso supervisado	3	17,6
Mini-residencia	0	0
Pensión	2	11,8
Hospital psiquiátrico	1	5,9
Otros (calle/fallecimiento)	1	5,9
Total	17	100

*% sobre las salidas totales

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



El hecho de poder construir alternativas domiciliarias con los usuarios para que puedan marcharse fuera del centro, demuestra el carácter transitorio de un recurso como el nuestro y refuerza la idea de que la mirada técnica a la hora de enfocar los procesos de rehabilitación debe estar en el afuera. Existe un gran esfuerzo por parte del equipo de la Residencia para trabajar para dotar a nuestros residentes de alternativas en comunidad.



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 2024.

3.1 Datos sociodemográficos:

Tabla 15. Sexo de las personas atendidas durante el año.

Sexo	N	%
Hombres	25	49
Mujeres	26	51
Total	51	100

Sexo de las personas que se han atendido durante el año.

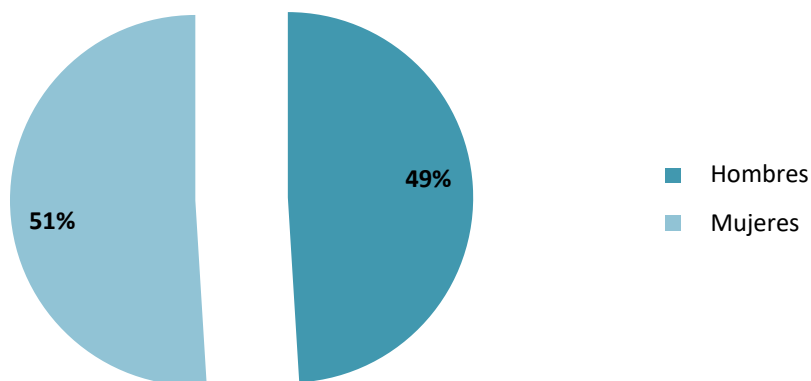
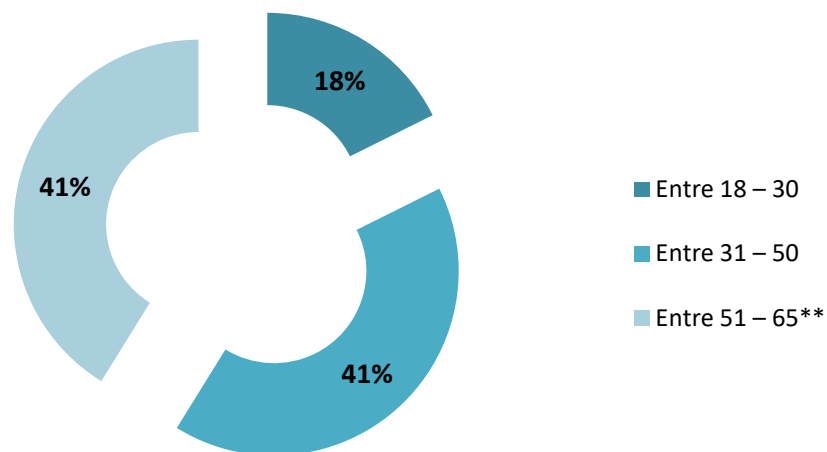


Tabla 16. Edad de los usuarios atendidos durante el año

Edad	N	%
Entre 18 y 30	9	17,6
Entre 31 y 50	21	41,2
Entre 51 y 65	21	41,2
Total	51	100

*Ha habido una persona atendida que supera los 65 años y estaba a espera de alternativa residencial de la Red de Mayores.

Edad de los usuarios atendidos durante el año



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

Estado civil	N	%*
Solteros	41	80,4
Casados / pareja de hecho	1	2
Separados o divorciados	8	15,6
Viudos	1	2
No se conoce	0	0
Total	51	100

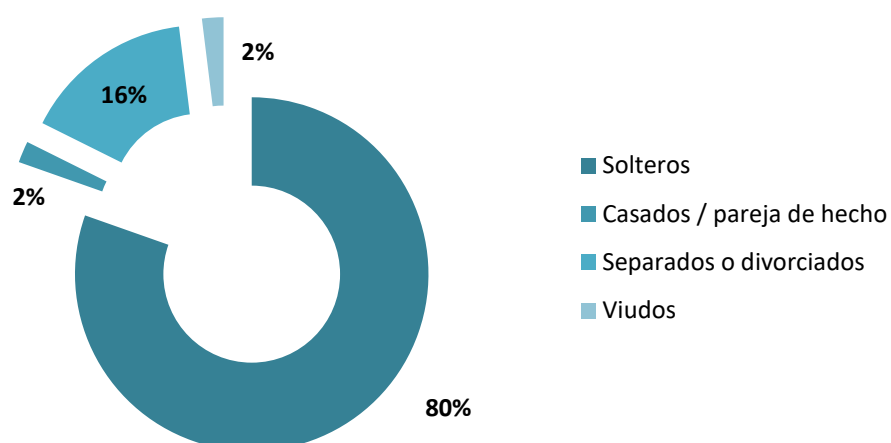
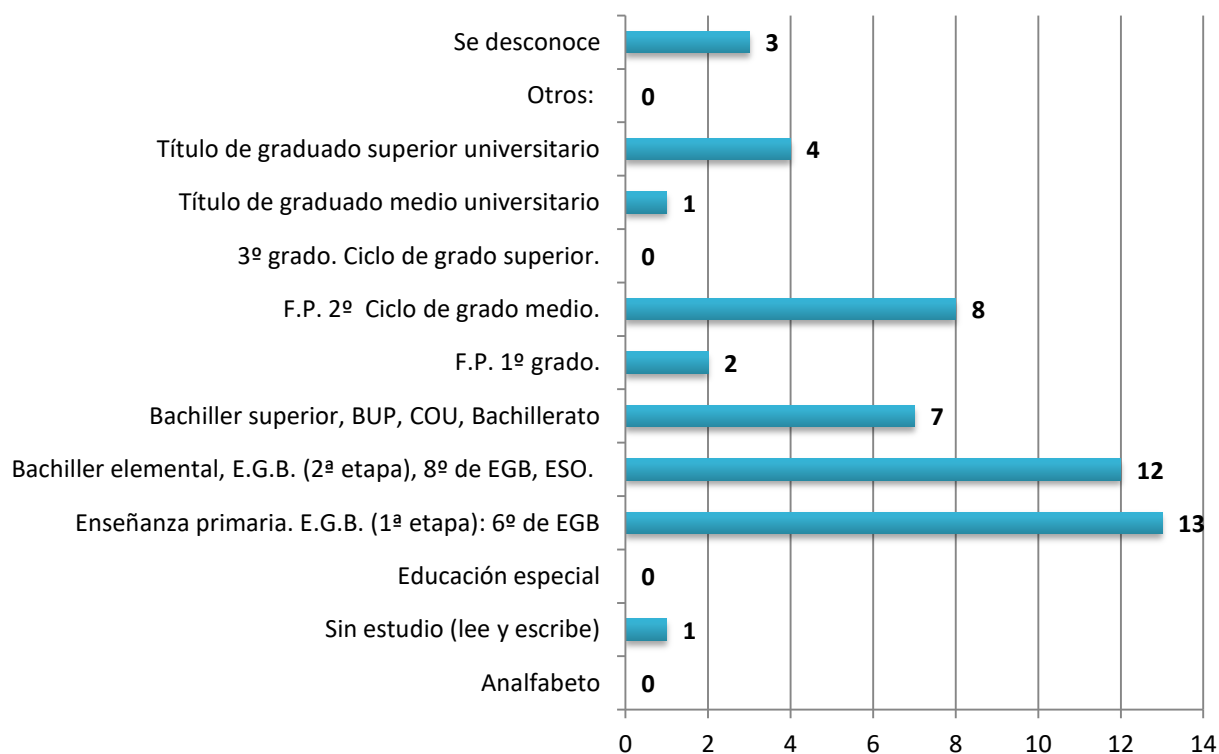
Estado civil de los usuarios incorporados

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

Nivel educativo**	N	%*
Analfabeto	0	0
Sin estudio (lee y escribe)	1	2
Educación especial	0	0
Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB	13	25,5
Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB, ESO.	12	23,5
Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato	7	13,7
F.P. 1º grado.	2	3,9
F.P. 2º Ciclo de grado medio.	8	15,7
3º grado. Ciclo de grado superior.	0	0
Título de graduado medio universitario	1	2
Título de graduado superior universitario	4	7,8
Otros:	0	0
Se desconoce	3	5,9
Total	51	100

* Se refiere a estudios terminados

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



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

Tipo de convivencia***	N	%*
Solo	5	9,8
Con el cónyuge	1	2,0
Con padres	5	9,8
Con padre o madre	3	5,9
Con otros familiares	4	7,8
Con los hijos	1	2,0
Miniresidencia, piso protegido o pensión (supervisada)*	24	47,1
Otros (Pensión pública servicios sociales /situación de calle/prisión)	5	9,8
Habitación en piso compartido	1	2,0
Servicios de hospitalización, UHTR, UCPP, u otros)	2	3,9
Total	51	100

* 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

Tipo de convivencia de los usuarios incorporados durante el año

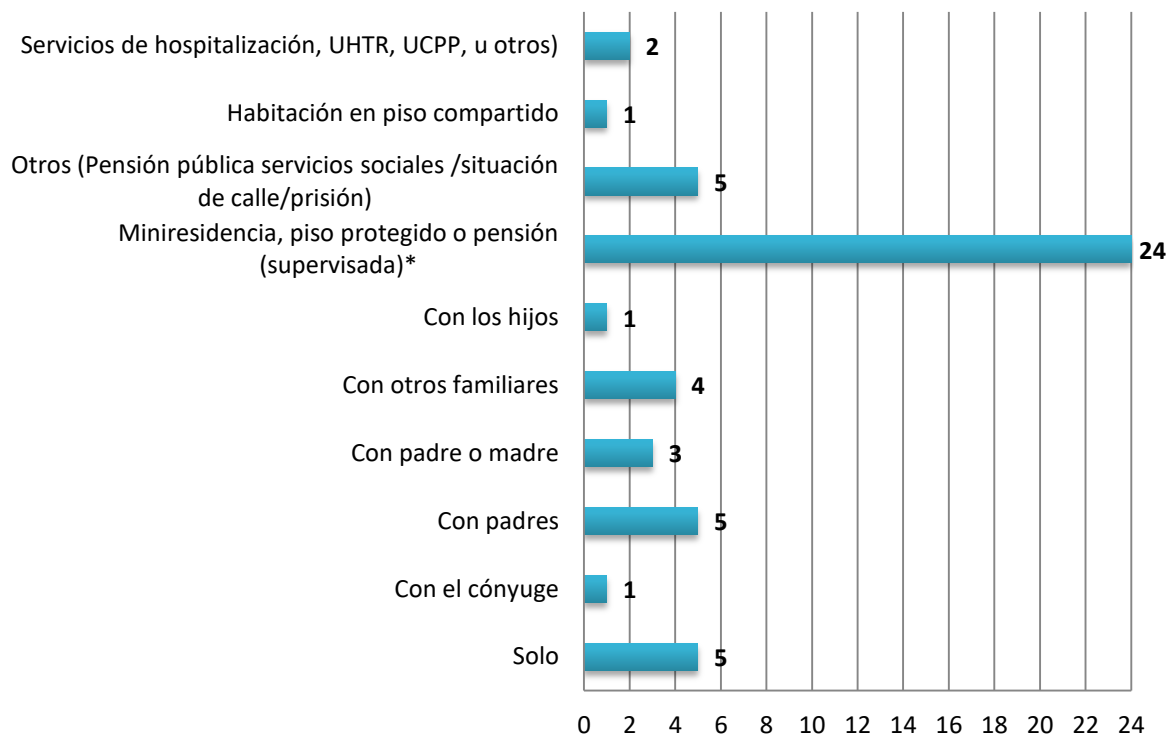
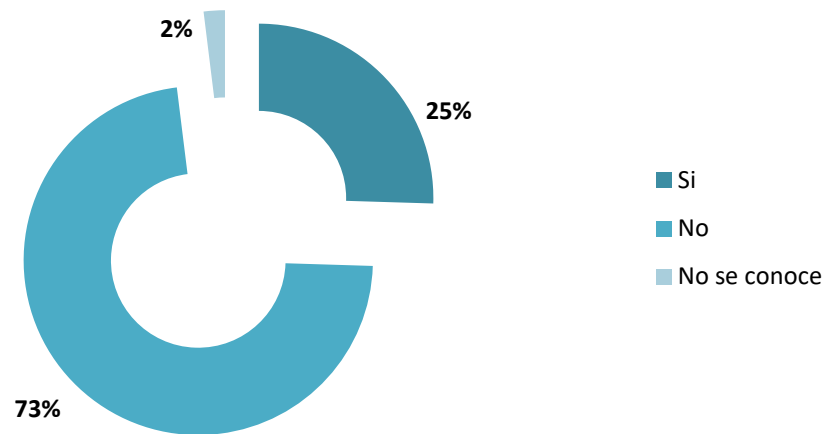


Tabla 20. Usuarios con hijos entre los atendidos durante el año.

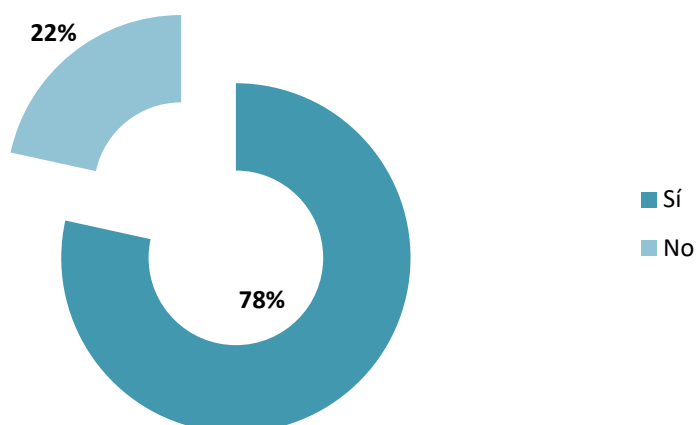
Usuarios con hijos	N	%
Si	13	25,5
No	37	72,5
No se conoce	1	2
Total	51	100

Usuarios con hijos entre los incorporados durante el año

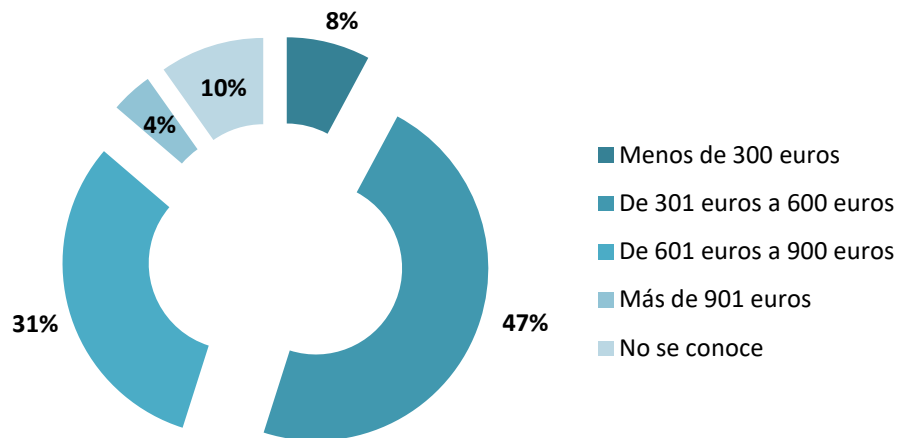


**Tabla 21. Situación económica de los usuarios atendidos durante el año.**

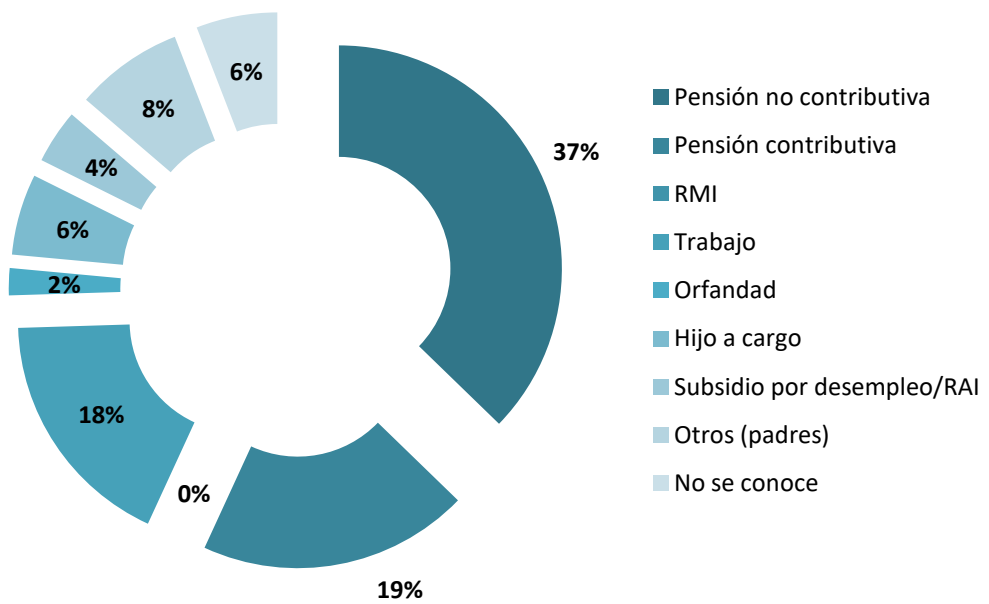
	n	%*
Usuarios con ingresos propios		
Sí	40	78,4
No	11	21,6
Nivel de ingresos		
Menos de 300 euros	4	7,8
De 301 euros a 600 euros	24	47,1
De 601 euros a 900 euros	16	31,4
Más de 901 euros	2	3,9
No se conoce	5	9,8
Procedencia de los ingresos		
Pensión no contributiva	19	37,3
Pensión contributiva	10	19,6
RMI	0	0
Trabajo	9	17,6
Orfandad	1	2,0
Hijo a cargo	3	5,9
Subsidio por desempleo/RAI	2	3,9
Otros (padres)	4	7,8
No se conoce	3	5,9
Total	51	100

Usuarios con ingresos propios

Nivel de ingresos



Procedencia de los ingresos



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

Profesión		%*
Sin profesión	6	11,8
Trabajadores no cualificados	19	37,3
Trabajadores cualificados	8	15,7
Estudiantes	3	5,9
Amas de casa	4	7,8
Ocupaciones marginales	0	0,0
Jubilado, pensionista	6	11,8
Otros	1	2,0
No se conoce	4	7,8
Total	51	100

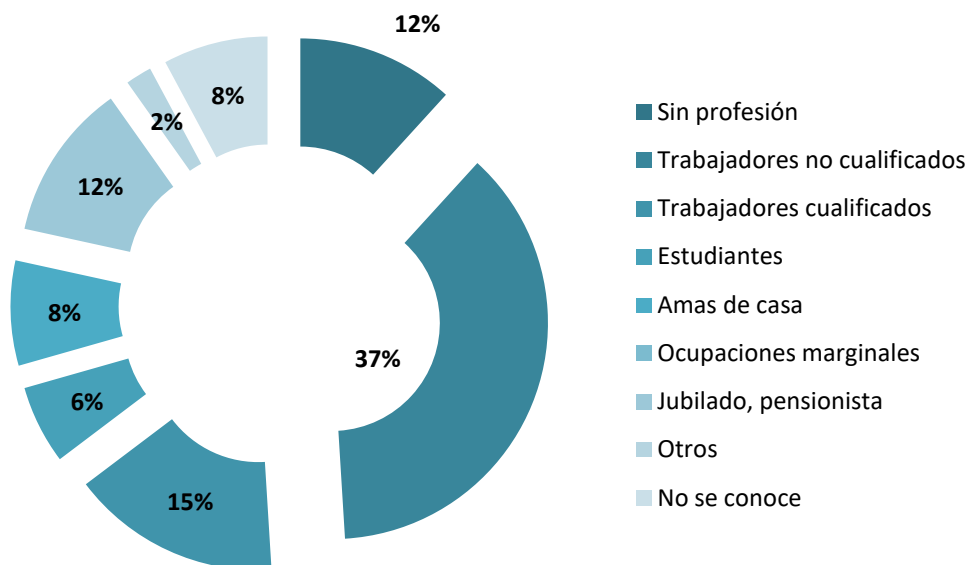
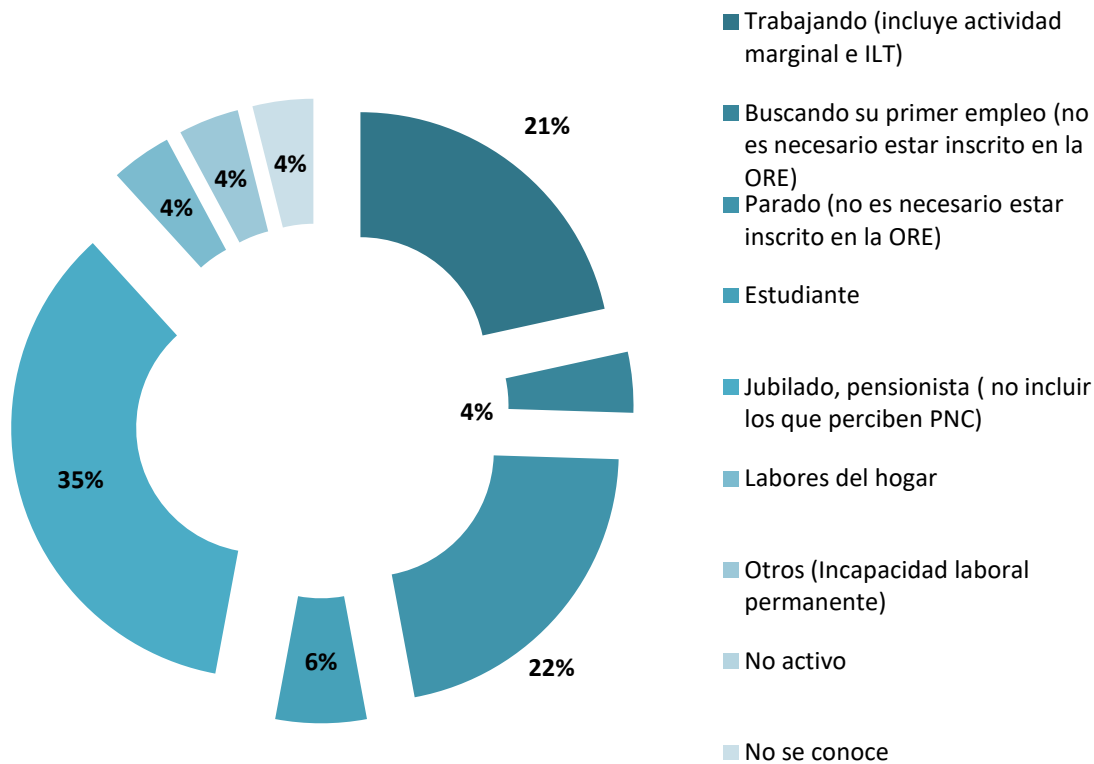
Profesión de los usuarios atendidos durante el año

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

Situación Laboral	Nº	%
Trabajando (incluye actividad marginal e ILT)	11	21,6
Buscando su primer empleo (no es necesario estar inscrito en la ORE)	2	3,9
Parado (no es necesario estar inscrito en la ORE)	11	21,6
Estudiante	3	5,9
Jubilado, pensionista (no incluir los que perciben PNC)	18	35,3
Labores del hogar	2	3,9
Otros (Incapacidad laboral permanente)	2	3,9
No activo	0	0
No se conoce	2	3,9
Total	51	100

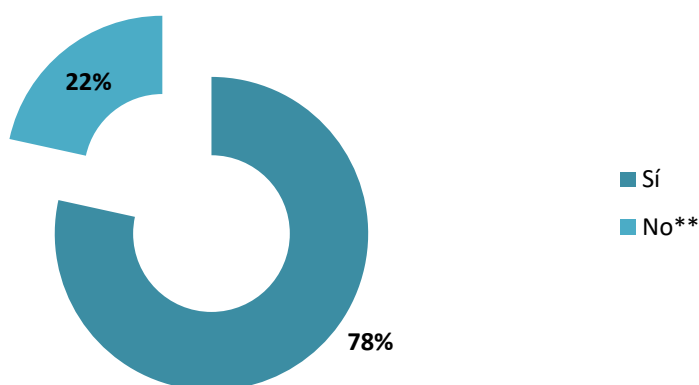
Situación laboral de los usuarios atendidos durante el año



**Tabla 24. Discapacidad entre los usuarios atendidos durante el año**

Declaración de discapacidad	N	%*
Sí	40	78,4
No**	11	21,6
No se conoce	0	0
Total	51	100

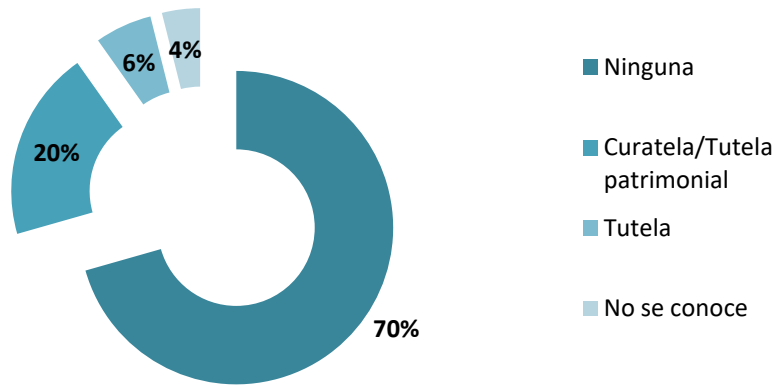
* Incluye los que la están tramitando

Discapacidad entre los usuarios atendidos**Tabla 25. Situación jurídica de los usuarios atendidos durante el año.**

Situación jurídica	n	%*
Ninguna	36	70,6
Curatela/Tutela patrimonial	10	19,6
Tutela	3	5,9
No se conoce	2	3,9
Total	51	100

*Sobre el total de usuarios atendidos durante el año (no sobre el total de entradas)

Situación jurídica de los usuarios incorporados



3.2 Perfil psiquiátrico.

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

Diagnóstico principal	N	%*
Esquizofrenia	13	25,5
Esquizofrenia Paranoide	6	11,8
Trastorno bipolar	6	11,8
Trastorno delirante	7	13,7
Otras psicosis	8	15,7
Trastorno de personalidad	9	17,6
Trastornos de ansiedad o del estado de ánimo	1	1,9
Otros (especificar) (tno somatomorfo)	1	1,9
No disponible	0	0
Total	51	100

Diagnóstico principal de los usuarios atendidos a lo largo del año

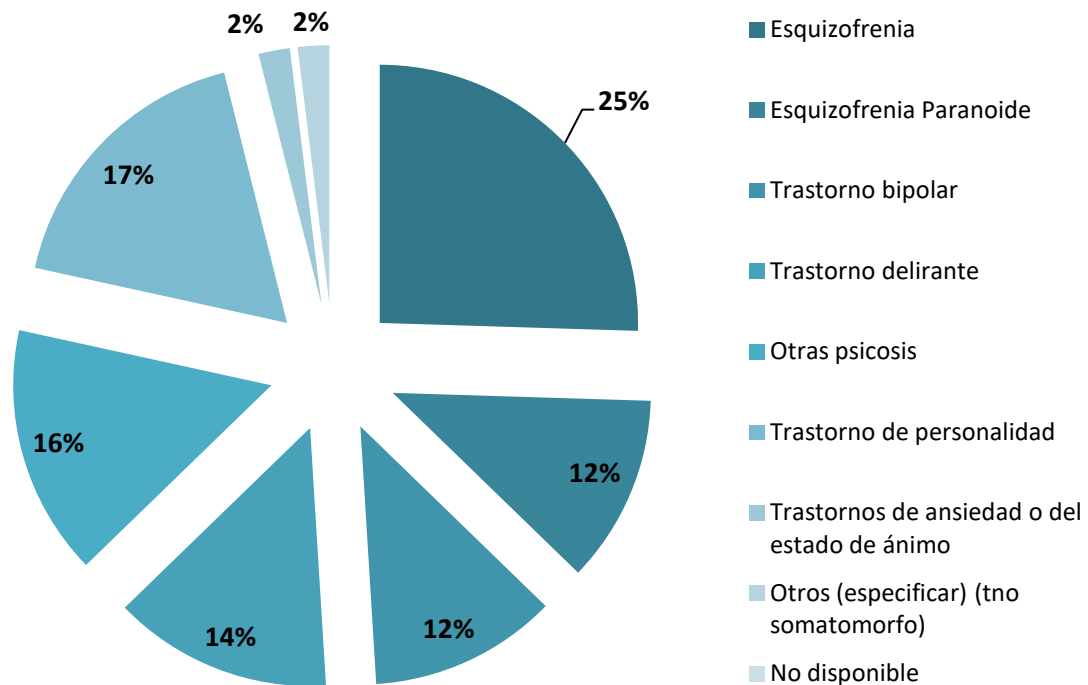
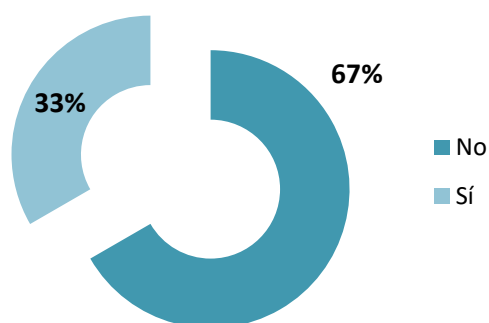


Tabla 27. Diagnóstico asociado de los usuarios atendidos a lo largo del año

Diagnóstico asociado	Nº	%*
No	34	66,6
Sí	17	33,3
Trastorno de la personalidad	0	0
Episodio psicótico	0	0
Retraso mental	2	11,8
Abuso de sustancias	13	76,5
Alcohol	2	11,8
Otras	0	0
Total	51	100

Diagnóstico asociado de los atendidos



Tipos de trastornos asociados

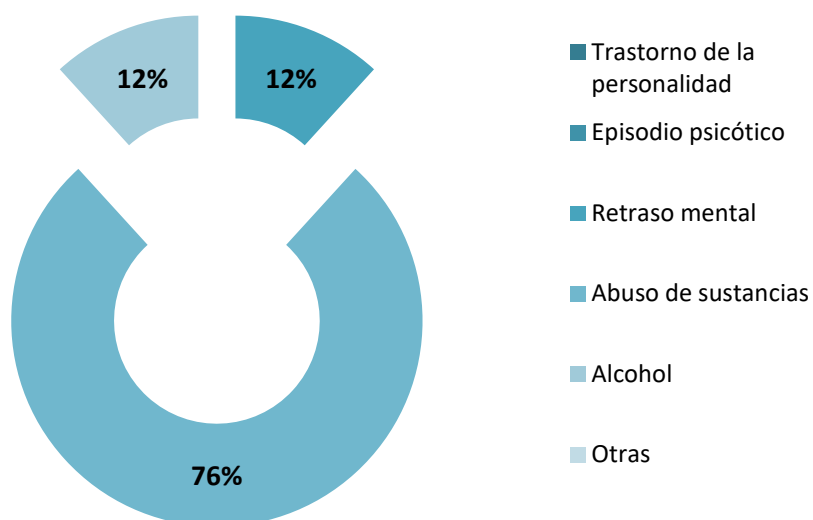
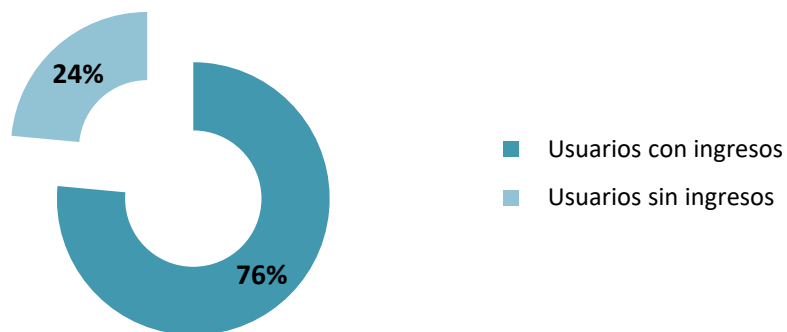


Tabla 28. Ingresos previos a la incorporación al centro de los usuarios atendidos a lo largo del año

Ingresos previos	Nº	%
Usuarios con ingresos	39	76,5
Usuarios sin ingresos	12	23,5
Total	51	100



Ingresos previos a la incorporación al centro de los usuarios atendidos a lo largo del año



4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS.

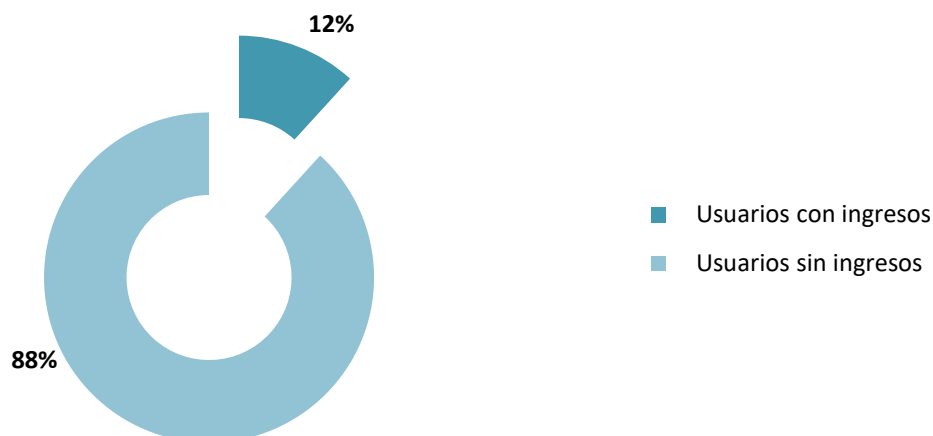
Este apartado recoge información sobre los usuarios ingresados por motivos psiquiátricos y sobre los ingresos de este tipo producidos durante el año 2024.

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

Ingresos en el año	Nº	%
Usuarios con ingresos	6	11,8
Usuarios sin ingresos	45	88,2
Número de ingresos	9	
Total	51	100

*% sobre el total de usuarios atendidos

Ingresos psiquiátricos de los usuarios del centro durante el año



Con respecto a los ingresos hospitalarios en 2024 se mantienen los datos en relación a los ingresos hospitalarios en 2024, no habiéndose producido más que 9 ingresos por descompensación psicopatológica a lo largo del año, siendo del 88% el dato de los residentes que no han requerido de ingresos psiquiátricos. Esto viene a hablar de cómo el recurso tiene una función de apoyo a la estabilidad psicopatológica y cómo los procesos de rehabilitación suponen una pieza fundamental en los tratamientos de las personas atendidas.

5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.

En este apartado se describen en primer lugar los servicios básicos prestados por la Residencia a lo largo del año. 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.

a. Alojamiento y manutención.

La principal razón de ser de las residencias es ofrecer cobertura residencial a aquellas personas que, por su deficitario nivel de funcionamiento, carencia de vivienda propia,



ausencia de apoyo familiar o social, etc. hacen que sea necesario un apoyo estructurado en un dispositivo residencial 24hr.

Son cinco las comidas que se ofrecen en la Residencia (desayuno, comida, merienda, cena y recena/zumo). Para cada una de ellas existe un calendario de turnos que indica a qué residentes les corresponde su organización, el poner la mesa, quitarla, etc.

Las comidas principales corren a cargo de un servicio de catering contratado (MANANTIAL INTEGRA), que sirve un menú de dos platos y postre. En las ocasiones en las que hay algún tipo de intolerancia o problema médico determinado se dispone de un menú adaptado para cada caso. Todos los menús están diseñados y aprobados por una persona titulada en nutrición y dietética.

Se establecen franjas horarias para los desayunos, comidas y cenas, mostrando flexibilidad en el uso del espacio del comedor para compartir tiempos fuera de estas franjas tomando algo, tratando de fomentar un ambiente familiar y más hogareño.

b. Limpieza y mantenimiento de las habitaciones.

Cada usuario dispone de una habitación individual provista de medidas higiénicas, de intimidad y seguridad reglamentarias. La disposición y decoración de la habitación está sujeta a los gustos de cada persona.

Dependiendo del nivel de autonomía y con el apoyo profesional correspondiente, el usuario es el responsable de mantener su habitación y baño en las condiciones óptimas, programándose para ello las actividades de limpieza de los mismos.

El equipo de educadores sociales y la terapeuta ocupacional son los responsables de garantizar que cada usuario recibe los apoyos individualizados que precisa para mantener el orden la habitación.

El servicio de limpieza de la Residencia garantiza el correcto estado de limpieza de cada habitación realizando limpiezas “a fondo” de las mismas con una periodicidad estable basada en necesidades individuales de cada residente.

Se renueva la ropa de cama y de aseo en condiciones dignas al menos una vez por semana. Pero esta norma está sujeta a cambio, se puede aumentar la frecuencia si la persona lo precisa para garantizar las medidas higiénicas.

c. Lavado y planchado de ropa.

Se garantiza el lavado de ropa a través de una sala de lavandería ubicada en la planta sótano, en la que el usuario tiene a su disposición una lavadora, una secadora doméstica y tendederos.

La frecuencia de lavado se establece en función de la demanda planteada por el usuario y la necesidad detectada por el equipo. Los usuarios hacen uso de la lavadora doméstica de la Residencia, tras la instrucción necesaria y con el apoyo profesional si es preciso. Además, se trata de concienciar al usuario del uso racional y eficiente de los recursos, el ahorro energético, la conciencia medio-ambiental en el marco de referencia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Los días de lavadora se organizan en turnos para optimizar el servicio de lavandería del recurso. También pueden lavar a mano si así lo precisan los usuarios. Los usuarios se ocupan de recoger su ropa tras el lavado y secado de esta, y guardarla en sus habitaciones, con apoyo si existe necesidad.

d. Apoyo, soporte y acompañamiento para la integración social.

Se llevan a cabo todas las acciones de seguimiento, apoyo y acompañamiento necesarios a los usuarios para que cumplan con sus citas y realicen sus tareas programadas, así como que tengan un nivel de actividad general acorde a su estado y características.

Seguimiento y apoyo en la gestión de todos los trámites administrativos que deba realizar cada usuario.

Para quienes tienen dificultades especiales para moverse por los alrededores próximos o lejanos, se les da apoyo por parte de los profesionales en forma de acompañamiento o planificación de la ruta, incluso es posible realizar el acompañamiento en vehículo de empresa si es imposible que el usuario se desplace en transporte público.

Se realizan intervenciones tanto estructuradas en sus objetivos, como transversales en la vida diaria de la Residencia, con el fin de fomentar la cooperación, convivencia y la participación social en sus distintos entornos.

El equipo de profesionales trata de potenciar un proceso dinámico entre el usuario y el entorno comunitario donde reside, un espacio comunitario propio e individual de cada persona en pro de la recuperación de vínculos sociales mediante la participación.

Se fomenta la participación dentro y fuera del espacio de la Residencia, teniendo al dispositivo como otro espacio social de convivencia en la comunidad.

Todos los usuarios son responsables de tareas que, ajustadas a sus competencias, resultan necesarias para el funcionamiento de la Residencia, además promuevan ofrecer un rol alternativo al de enfermo mental y facilita a una participación activa y más comprometida en la convivencia.

Desde el inicio se propicia la participación en la Residencia de los apoyos y la red social que la persona dispone. La familia tiene un lugar en la Residencia, y junto al usuario (siempre que éste se muestre de acuerdo), el equipo trabaja en conjunto las relaciones entre ellos que vayan a facilitar el desarrollo de la autonomía de la persona. En este sentido desde la Residencia se llevan a cabo las intervenciones de apoyo y acompañamiento a las familias en este proceso, atendiendo a sus necesidades.

e. Apoyo emocional y psicosocial.

Se fomentan espacios y momentos de intervención, tanto individuales como grupales, dirigidos a la expresión y reconocimiento de estados emocionales, a través de los cuales se brindan elementos de apoyo social y terapéutico para disminuir, compartir, expresar y elaborar de otro modo el malestar emocional.

Los profesionales trabajan hacia el desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, manejo del estrés, conocimiento y responsabilidad sobre su tratamiento, que favorezcan que los usuarios aumenten su cuidado.

Por un lado el equipo ejerce sus funciones desde una escucha activa y atenta, ofreciendo una presencia implicada y comprometida ante el sufrimiento emocional. Y por otro, apostando por un trabajo dirigido al fortalecimiento de la persona, que reafirma su valor como ser humano, de manera que recupere la autoestima y confianza en sus propios recursos.

f. Entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria y salud.

Se asegura la supervisión para una adecuada administración de la medicación pautada por el psiquiatra del Servicio de Salud Mental que ha derivado al usuario a la Residencia.

De forma individual y en función de las necesidades, capacidades y/o dificultades, se establece un seguimiento, apoyo y/o entrenamiento a la elaboración de cajetín de medicación a lo largo de la semana, la previsión de necesidad de recetas, anticipo de citas con su psiquiatra, etc.

Se trabaja además junto al usuario el conocimiento, manejo y uso de su pauta, fomentando la autonomía y responsabilidad en su tratamiento.

A la hora de la toma de medicación, el tipo y grado de supervisión se ajusta a cada usuario, asegurando en todos los casos la toma de medicación prescrita. Es importante conocer la relación que el residente presenta con su tratamiento para abordar las necesidades que cada uno de ellos pueda presentar de forma individual.

Se organizan actividades destinadas a que los usuarios lleven un estilo de vida saludable (consumo de tóxicos, tabaco, alimentación, higiene del sueño, etc).

Se realizan seguimientos periódicos para conocer y abordar necesidades de los usuarios que tengan que ser atendidas desde los centros de Atención Primaria o de Especialidades, con el fin de asegurar la correcta atención a la salud física de cada usuario.

Desde la Residencia se fomenta un estilo de vida activo, proponiendo distintas actividades en las que el ejercicio físico juega un papel esencial.

g. Otros servicios básicos.

Si es necesario, la Residencia cubrirá también las siguientes necesidades:

- Vestido y calzado para aquellos residentes sin recursos económicos propios y sin apoyo familiar.
- Cobertura del pago de aquellas medicaciones pautadas por los facultativos para el mantenimiento de los tratamientos necesarios para el óptimo estado de la salud.
- Cobertura del pago del transporte necesario de cara a emprender acciones de integración comunitaria.
- Los trámites, gestiones y cobertura necesarios en caso de fallecimiento para aquellos usuarios que carecen de familia o no pueden contar con su apoyo.

5.2. Atención psicosocial.

La atención integral en la Residencia se articula a través de Planes Individualizados de Atención Residencial. Estos son elaborados tras una evaluación interdisciplinar de cada usuario. En esos planes, se detallan y gradúan los objetivos que se plantea alcanzar durante la estancia del usuario y las intervenciones que se desarrollarán para alcanzarlos, así como la metodología. 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. Los Planes Individualizados de Atención Residencial se revisarán con una periodicidad que viene marcada por las necesidades del usuario, el seguimiento y las re-valoraciones de los profesionales que están interviniendo y el grado de cumplimiento de los objetivos inicialmente marcados. Estas revisiones se planifican en un calendario, siendo revisadas según necesidad y al menos cada 6 meses.

En el diseño del Plan Individualizado de Atención Residencial se cuida con esmero que los objetivos planteados sean ajustados a las necesidades del usuario y resulten significativos para él/ella. En la medida de lo posible se intenta que las intervenciones resultantes de esos objetivos estén integradas de una forma natural en la organización de la vida en la Residencia 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 de la cotidianidad de la vida de la Residencia. Este estilo de trabajo, hace que el usuario se sienta cómodo en el recurso, siendo mucho más fácil conseguir que esté motivado y se implique en su propio proceso de rehabilitación. Además, hay programas de intervención en los que se intenta trabajar varios objetivos con un grupo reducido de personas e intervenciones individuales en las que la persona trabaja un objetivo con el profesional o profesionales que se valore según el objetivo, la necesidad y situación del usuario. Los procesos básicos que articulan la atención psicosocial que se desarrolla en la Residencia Torrejón son los siguientes:

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

Una vez al mes tiene lugar una Comisión de Derivación y Seguimiento a la que asisten los referentes del Programa de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental y por parte de la Residencia, la Dirección del recurso. Es en estas comisiones es donde tienen lugar las derivaciones al servicio, con la entrega de la documentación necesaria para la derivación (Propuesta de Derivación e Informe de Continuidad de Cuidados). También se realizan presentaciones y derivaciones fuera de este espacio, si existe necesidad. Estos espacios se realizan de manera virtual.

Después de hacer una breve descripción del caso que se presenta, conociendo la propuesta de objetivos de derivación así como la previsión de estancia en la Residencia, se acuerda la aceptación del caso (o rechazo de la derivación), y si entra en el recurso o se queda en lista de espera (en función del estado de la ocupación del recurso en ese momento).

b. Primera visita.

La visita previa tiene lugar unos días antes del acceso definitivo, siempre que sea posible. Se concierta una cita con el usuario para que venga a conocer nuestro recurso acompañado de algún familiar o allegado si así lo desea, o en ocasiones acompañado por profesionales del CSM que actúan como facilitadores en el acercamiento al recurso.

Le recibe la dirección del centro acompañada de algún otro profesional (preferentemente el educador social de referencia). Si no pudiese estar la directora le recibirán otros profesionales del equipo.

En este contacto se priorizará que el usuario conozca el recurso, las dinámicas de convivencia y aspectos básicos del reglamento de funcionamiento interno, y comience a crear vínculo con algunos de los profesionales y compañeros. Es por eso por lo que se procurará que sea una entrevista distendida y cercana.

Después se le enseñará el centro y, siempre que sea posible, su futura habitación.

Destacar por último que en la visita previa se hará entrega del “Cuaderno de Acogida” de la Residencia. Esta documentación consiste en un folleto informativo sobre el recurso, donde el residente puede encontrar información básica en relación a horarios, el equipo técnico, actividades, enseres, objetos personales y de aseo básicos para su acceso al recurso y medios de transporte. El objetivo es que este breve folleto informativo facilite el acceso cuando la persona se vaya a incorporar al recurso.

En la visita previa se intentará cerrar la fecha de entrada definitiva, o en su defecto se acordará la vía de comunicación para establecerla si la persona necesita tiempo para valorar y tomar decisión al respecto de si entra en el recurso.

c. Acceso y acogida.

El día que se acuerda la entrada el usuario éste llega al recurso para quedarse. Será recibido por el equipo de profesionales en turno en ese momento (preferiblemente el educador social de referencia y siempre que sea posible la dirección del recurso), quienes ya se habrán organizado para realizar la acogida.

Se le acompañará a su habitación y se le ofrecerá la ayuda necesaria para organizar sus objetos personales, brindando también acompañamiento emocional en el acercamiento y vinculación al recurso.

El profesional que realiza la acogida tendrá una breve sesión con él para acompañar, aclarar dudas y darle información básica sobre la organización de la vida en la Residencia. El educador social recogerá alguna información importante como el grado de autonomía del usuario, expectativas de este sobre el recurso, necesidades especiales del usuario en cuanto a su adaptación, etc. Con esta información el educador social rellena la ficha de acogida del usuario.

En esta primera fase de acogida, el usuario también dispone en el centro de un espacio grupal asambleario, “Espacio de Encuentro”, donde el resto de residentes realizan su acogida grupal a la persona recién llegada, dando importancia a las relaciones de apoyo entre iguales desde el inicio de la incorporación.

Durante los primeros días de estancia será responsable de tareas relacionadas con su espacio y/o cuestiones comunitarias del recurso muy básicas, el educador social de referencia y el equipo estarán más próximos y disponibles, acompañando a la persona en estos primeros días de adaptación y vinculación.

Se dará especial importancia a que la persona tenga posibilidad de establecer contactos con otros usuarios, aprovechando las tareas de funcionamiento de la Residencia que fomenten las relaciones.

Un profesional y/o un compañero residente siempre que sea posible, se encargará de facilitar todas las actividades necesarias para que el nuevo usuario conozca cuanto antes el

barrio y los recursos comunitarios que nos ofrece. Para ello el papel de los otros residentes es crucial, participando en esta tarea de apoyo y acercamiento del nuevo residente al nuevo espacio vecinal.

Se cumplimentará y firmará el Contrato de Estancia, donde el usuario se compromete al conocimiento y cumplimiento del Reglamento de Funcionamiento Interno de la Residencia. Éste se pone a disposición del usuario y una vez lo ha leído se aclaran las dudas que puedan aparecer al respecto.

Destacar que cabe la posibilidad de realizar entradas a través de acercamientos progresivos, ya que a veces la persona necesita o requiere otros tiempos, por lo que se pueden ofrecen espacios grupales (participación en actividades grupales o salidas) e individuales (citas con profesionales) previos, sin pernoctar, de forma que se vaya trabajando la entrada de manera progresiva y ajustada a las necesidades de vinculación de la persona.

d. Evaluación inicial.

Este proceso de evaluación comienza desde la presentación del caso y entrega de documentación en la Comisión de Derivación, y se va completando ya desde la visita previa al recurso.

A través del Informe de 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:

- Expectativas y necesidades respecto al recurso.
- Datos personales básicos y datos sociodemográficos.

- Necesidades y capacidad para el autocuidado, actividades de la vida diaria, responsabilidad para con el tratamiento psiquiátrico, relaciones personales, ocio y tiempo libre, integración comunitaria, red de apoyo, y relaciones con la familia.

e. Evaluación interdisciplinar y elaboración del PIAR.

Una vez incorporado a la Residencia y tras unos primeros días de adaptación del usuario al recurso, se inicia la evaluación de las diferentes áreas: clínica, manejo del estrés, salud general, autonomía e integración comunitaria, actividades de la vida diaria, autocuidados, relaciones personales, ocio y ocupación, emocional, adaptación a las normas y convivencia.

La evaluación se realiza a través de la observación directa y espacios de seguimiento/evaluación acordados con el usuario. En esta etapa de evaluación se recoge la información necesaria para elaborar la posterior propuesta de objetivos individualizados. Se incluirán en esta fase de evaluación encuentros con familiares y allegados que el usuario contemple como significativos en su proceso.

La psicóloga, Terapeuta Ocupacional y Educador/a Social de referencia realizan la evaluación de las áreas asignadas a sus funciones, desde una perspectiva interdisciplinar.

El tiempo de evaluación es de 45 desde el momento de la incorporación del usuario, siempre con la flexibilidad necesaria para adaptarnos a las características individuales de cada persona. El usuario durante ese periodo mantendrá entrevistas de evaluación con la Psicóloga y la Terapeuta Ocupacional, además de con su Educador/a Social de referencia. El objetivo es disponer del PIAR elaborado en los tiempos marcados por el Servicio de Calidad (y en respuesta a los requerimientos de Consejería).

Una vez transcurrido el tiempo estimado de evaluación, el equipo técnico se reúne para hacer una valoración del caso y pensar conjuntamente en la propuesta de intervención y composición del mini-equipo de referencia, que se trasladará al usuario en la Junta de Evaluación. En ese espacio se redacta y diseña el PIAR en consenso con el usuario, en pro de que éste esté involucrado en la construcción de sus objetivos de trabajo en el recurso, siempre

que sea posible, ya que los objetivos son una herramienta a disposición del usuario para la elaboración de su proyecto vital. Tras el consenso, el usuario junto al equipo, firma sus objetivos.

En ese momento se inician las intervenciones dirigidas a la consecución de objetivos, manteniendo encuentros de seguimiento y supervisión de estos, de forma continua y adaptando la metodología e intervenciones programadas a la vida cotidiana del usuario y posibles necesidades que aparezcan en el transcurso de la intervención. Para el desarrollo y seguimiento de estos objetivos se mantiene coordinación con el CSM de referencia y los agentes socio sanitarios y de rehabilitación implicados en el proceso del usuario.

Los objetivos del PIAR serán revisados al menos cada seis meses junto al usuario, y siempre que la intervención lo requiera, permitiendo adaptar o modificar las intervenciones y el trabajo personal de cada usuario para el logro de su proyecto vital. Aquí también el usuario firma el documento con el resultado de sus nuevos objetivos.

Los objetivos establecidos en la elaboración del PIAR y sus posteriores revisiones son comunicados al Centro de Salud Mental de manera puntual.

f. Atención individual.

Las intervenciones realizadas desde la Residencia Torrejón están dirigidas al seguimiento y consecución de los objetivos establecidos y acordados con cada usuario en su PIAR. En estas intervenciones no solo se centra la mirada en el trabajo operativo de los objetivos consensuados y reflejados en el PIAR, sino que se incluyen todos los aspectos transversales que van a estar presentes en la vida cotidiana del usuario y que se van a presentar como dificultades o como facilitadores activos en el proceso de la persona.

Para el equipo de la Residencia la intervención trata de ponerse a disposición de todo aquello (individual, grupal, familiar, social y comunitario) que la persona necesite.

Para el desarrollo de las intervenciones el equipo trabaja con una metodología que nos permita intervenir, acompañar y apoyar desde lo individual y singular de cada persona hacia lo común y compartido con sus compañeros, familiares y entorno comunitario. Combinamos espacios y tiempos programados con encuadres más delimitados (citas, supervisiones, acompañamientos, etc), con intervenciones abiertas, espontáneas y dinámicas que aparecen en día a día de la persona y son fuente de oportunidades de trabajo.

En la programación de las intervenciones individuales, el usuario tendrá los seguimientos individuales (con la psicóloga, educador/a social de referencia y terapeuta ocupacional) que sean necesarios para el desarrollo de los objetivos de su PIAR.

Las intervenciones individuales se centran fundamentalmente en las siguientes áreas:

- ✓ **Área clínica y de tratamiento:** Se supervisa y se realiza seguimiento y apoyo en todo aquello vinculado a la salud psíquica y tratamiento establecido para ello desde su CSM. Se mantienen seguimientos sobre sus citas y seguimientos con SSM, supervisión y autonomía del tratamiento farmacológico, manejo de situaciones vitales estresantes, desarrollo de habilidades y herramientas de protección, prevención y cuidado, así como fomento de activos personales para la salud. El objetivo es acompañar a la persona en la elaboración, desarrollo y mantenimiento de un plan de cuidado personal sobre su salud emocional y mental.
- ✓ **Autocuidados y salud:** Se abordan y refuerzan las prácticas cotidianas dirigidas a cuidarse, fortalecer o restablecer la salud. Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, modos de vida saludables, mantenimiento de citas y controles médicos necesarios, higiene del sueño, ritmo de actividad diario, tiempos para el ocio y disfrute saludable, etc.
- ✓ **Apoyo emocional:** La misión principal para el equipo es trabajar desde un enfoque que facilite la consolidación de vínculos sanos y relaciones de confianza. Entendemos la intervención como un proceso de VINCULACIÓN donde no solo tenemos ante nosotros a una persona con dificultades y necesidades “receptora de ayuda”, sino que se trata de alguien con una serie de características individuales propias que la hacen

única. El profesional representa un rol de apoyo, acompañamiento y contención contribuyendo a la madurez en el desarrollo emocional y psicosocial del usuario

- ✓ **Actividades de la vida diaria:** Damos a estas actividades diarias un lugar importante dentro de la vida cotidiana. Estas intervenciones suponen una oportunidad para el auto-cuidado, para el desarrollo de capacidades, y el compromiso con el espacio donde se vive, las personas con las que se convive y el entorno social. Las actividades de la vida diaria, como cuidado de ropa o pertenecías, cocinar, realizar la compra, gestionar la economía, mantener el espacio personal cuidado, utilizar el transporte, los recursos del barrio, etc, son una fuente potente de estimulación para los usuarios. Auto-percibirse suficientes y capaces en el día a día permite que los residentes construyan de forma más segura y afianzada un proyecto de vida. El equipo mantiene un seguimiento y apoyo individualizado para cada una de los residentes en pro de favorecer esta área.



- ✓ **Relaciones interpersonales/familiares:** Entendemos la rehabilitación como la reconstrucción del lazo social, por lo que la participación en la comunidad, la participación en la familia y la participación con compañeros y amigos resultan un área fundamental del trabajo a realizar en la Residencia. La propia Residencia es un espacio comunitario donde se establecen diferentes y diversos tipos de relaciones, por lo que se convierte por naturaleza en un espacio potencialmente terapéutico en sí mismo. Se propicia, además, el fomento de relaciones de convivencia que partan de la cooperación, la participación, compromiso con el grupo, el respeto y el apoyo mutuo. Estas relaciones sociales proporcionan un espacio de intercambio e interacción con personas emocionalmente significativas en el que se encuentra soporte y apoyo emocional y sentimientos de filiación. Desde el inicio de la incorporación de la persona se inicia un trabajo individual junto al usuario en relación a sus vínculos sociales y familiares, manteniendo encuentros con la familia y/o allegados significativos, según el momento y necesidades de intervención, y siempre contando con la aceptación de la persona al respecto.
- ✓ **Ocio y tiempo libre:** Fomentar los espacios de ocio y tiempo libre de los residentes, tanto entre ellos como de forma individual, dentro y fuera del recurso, es una labor central en la Residencia. Valoramos el ocio como una dimensión vital y potencial fuente de satisfacción y subjetivación de la persona, al mismo tiempo que desarrolla y favorece la convivencia e interacción social. El equipo acompaña en la búsqueda de intereses personales para el disfrute del ocio y tiempo libre.
- ✓ **Participación e integración en la comunidad:** La participación de los usuarios en actividades, espacios y/o grupos en el entorno comunitario permite a estos establecer lazos de solidaridad, intercambio, compartir historias, experiencias y saberes de vida. Contribuye a desarrollar en los usuarios el rol de sujetos activos, con intereses y compromisos individuales y grupales. El educador social, junto al usuario, trabaja en busca de ir adecuando las necesidades e intereses del usuario, con las acciones pertinentes. Se trata de mantener o descubrir esas necesidades o centro de interés que los residentes presentan para acompañar de forma segura a posibles nuevos contextos o espacios de participación como vecino y ciudadano.

g. Apoyo y soporte.

Durante la estancia de los usuarios a veces se dan situaciones de desbordamiento o situaciones vitales muy complicadas de gestionar emocionalmente. Es un trabajo más de este recurso el prestar el apoyo necesario para atravesar estas cuestiones y fomentar una participación y toma de decisiones que potencie la autonomía y emancipación de las personas.

El apoyo que se da en estas situaciones es difícil de planificar, pero no por eso se da una respuesta menos profesionalizada.

Así mismo se siguen los principios de la rehabilitación psicosocial y el anti-asistencialismo.

h. Intervención grupal

Los programas grupales realizados en la Residencia pueden tener diferentes formatos y objetivos.

La Residencia como recurso para el desarrollo de la rehabilitación psicosocial de las personas presenta además una característica propia de este tipo de dispositivo: la convivencia junto a otras personas que se encuentran en procesos similares. Unida a esta característica se añade lo enriquecedor de presentar una filosofía de trabajo comunitario, abierto, flexible y que apuesta por una participación activa con el entorno, barrio y ciudad.

Por ello los espacios grupales se piensan y desarrollan desde dos focos principales:

- ✓ Permiten trabajar objetivos de PIAR de forma conjunta con varios usuarios, ofrecer una estructuración del tiempo a las personas que por sus características lo necesiten y que a parte no puedan acudir a otros recursos del programa de atención a personas con enfermedad mental u otros.
- ✓ Fomentan las relaciones interpersonales entre las personas que viven en la Residencia. Es a través de los espacios donde nos relacionamos y cómo lo hacemos, desde donde se desarrollan actitudes de cooperación, compromiso, responsabilidad, satisfacción, empatía y apoyo.

Estos programas se diseñan a partir de las oportunidades que nos ofrecen las interacciones en la vida cotidiana de la Residencia, y tiene presente las circunstancias específicas de cada uno de los residentes.

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

Los programas grupales desarrollados durante el 2024 quedan descritos a forma de resumen en los siguientes párrafos. De todos ellos existe un Programa y una planificación.

✓ PROGRAMAS GRUPALES REALIZADOS:

Grupo “ATAREADAMENTE”.

El grupo de Atareadamente ofrece un espacio de diálogo para resolver problemas y mejorar la convivencia mediante tareas comunes y el cuidado de los espacios residenciales. Enfocado en la atención centrada en la persona, se considera al usuario como el principal agente de cambio. Las actividades cotidianas en este espacio promueven la autonomía personal, estructuran el tiempo y facilitan la adquisición de hábitos para mejorar el bienestar y la identidad ocupacional, permitiendo la expresión de dificultades y la búsqueda de soluciones en beneficio de todos.

Se ha cumplido el carácter mensual del grupo, ya que se han registrado 12 sesiones.

Grupo “ARTESANÍA”.

En el grupo de Artesanía, la participación en actividades creativas ha demostrado ser muy beneficiosa para los residentes. Estas sesiones no solo potencian su autoestima y autoexpresión, sino que también ofrecen un espacio seguro y acogedor donde pueden explorar su creatividad. Además, estas actividades refuerzan el sentido de pertenencia entre los participantes, creando vínculos más fuertes dentro de la residencia. También fomentan el entretenimiento, la relajación y ayudan a reducir la ansiedad, mientras los residentes disfrutan aprendiendo nuevas habilidades y compartiendo experiencias. El grupo de artesanía se ha convertido en un pilar clave dentro de la residencia.

Grupo “LITERARIAMENTE”.

Partimos de la idea que fomentar el hábito y el gusto por la lectura impacta directamente y de manera positiva en la persona.

El taller de lectura se realiza aprovechando la estancia en de los usuarios en la residencia.

Es un espacio amable, en el que se pueden compartir sueños e ilusiones, por lo que el estado de ánimo afecta de manera positiva.

Este grupo se crea desde una propuesta de los profesionales del centro.

Requieren de un espacio físico para poder compartir la experiencia lectora de una manera amable. Se realizará en la sala de la biblioteca de la residencia.

Las necesidades de la población que nos ocupa son muchas y variadas, es importante atender, además de a la problemática clínica o psiquiátrica, a sus dificultades en otros aspectos de su salud. Este taller nos parece adecuado para aumentar el conocimiento y uso del lenguaje, y mejorar las habilidades de comunicación y escucha a los demás.

El espacio de lectura genera una muestra de empatía, en el que se analizarán las intervenciones y mensajes de otras personas teniendo en cuenta sus opiniones e ideas, mostrando tolerancia y aceptando críticas constructivas. Será un espacio seguro con libertad de pensamiento y expresión.

Se concibe como un grupo abierto en el que pueden participar los residentes que tengan interés por el mismo. Implica la aceptación de las normas básicas de funcionamiento y compromiso, relacionadas también con el respeto, la ayuda y la aceptación al otro/a.

A lo largo de este año 2024 hemos podido trabajar con diferentes obras en formato video álbum que visualizábamos a través del ordenador.

Al final del año se propuso poder continuar el taller por lo que en el año 2025 seguiremos.



Grupo “BOXEO”.

En el año 2024 se inauguró la sala de boxeo, donde una vez a la semana se realiza una sesión que incluye las siguientes etapas: calentamiento, entrenamiento de boxeo, actividad física y estiramiento. La sala cuenta con el equipamiento necesario para poder realizar la actividad como: guantes de boxeo, saco, cintas, etc.

Grupo “MUJERES”

Todos los viernes del mes se lleva a cabo un encuentro en el que las mujeres pueden compartir un espacio seguro de expresión y vínculo. El trabajo se desarrolla en torno al concepto de género y se aborda diversos temas según sus intereses, como familia, sexualidad, salud, amor, cultura y experiencias personales. Estos temas se exploran a través de narrativas individuales, debates grupales, juegos y lecturas.

Grupo “ESPACIO DE ENCUENTRO”

Un espacio de diálogo entre profesionales y personas residentes, donde se comparten ideas en un ambiente accesible y voluntario. La dinámica se organiza en un sistema circular que favorece la comunicación. Los temas son preparados con antelación, abarcan diversas áreas como ocio, vida residencial y dinámicas grupales, entre otros.

Grupo “CINE”

Este grupo está dirigido a todos/as los/as usuarios/as de la residencia. Se pretende con este programa promover un espacio de ocio lúdico compartido en la residencia y fomentar las relaciones sociales entre los/as residentes. Se buscará la participación voluntaria del mayor número de personas, prestando más atención a aquellos/as usuarios/as que tengan dificultades para ocupar su tiempo libre en alternativas de ocio más productivas, pero en esencia se tratará de una actividad de participación abierta y flexible. Actualmente este programa se está llevando a cabo de manera autogestionada por los/as participantes, tras 9 años de trayectoria en los que el acompañamiento profesional ha ido retirándose en pro de la autonomía.

Grupo “JÓVENES”

Este grupo nace como respuesta a una necesidad residencial debido al aumento de plazas ocupadas por personas menores de 40 años en la residencia. Se empieza a implementar de manera informal, buscando un encuadre co-creado en octubre de 2024. Es en este 2025 donde está empezando a estructurarse de manera formal y donde los jóvenes están encontrando un espacio donde compartir sus inquietudes y llevar a cabo actividades afines a estas.



✓ Actividades complementarias.

Dentro de las acciones llevadas a cabo en la Residencia nos encontramos con aquellas relacionadas con cuestiones de elevada relevancia e importancia socio-comunitaria, como el ámbito de la sensibilización social y la lucha contra el estigma que sufren las personas con algún problema de salud mental, actividades deportivas y de promoción de la actividad física, o en la perspectiva de género.

i. Intervención permanente en la vida cotidiana.

No todo el trabajo de rehabilitación se realiza mediante programas estructurados. La vida en la Residencia 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 de forma transversal. Todas las personas que viven en la Residencia tienen en cada momento varios objetivos vigentes 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.

Multitud de áreas se trabajarán a partir de las intervenciones desarrolladas en las distintas oportunidades que nos ofrece la vida cotidiana en la Residencia:

- 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 equipo mediará siempre que sea necesario 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.

- Planes individuales de autocuidado y prevención por pandemia.
- Pactos de cuidado vinculados a la salud.

j. Intervenciones transversales.

No todo el trabajo de rehabilitación se realiza mediante programas o intervenciones individuales estructuradas. La vida en la Residencia está plagada de situaciones que favorecen intervenciones no encuadradas formalmente pero que también van encaminadas a alcanzar los objetivos que se detallan en el PIAR de cada usuario.

Dado que todo el equipo conoce los PIAR de todos los usuarios cuando surja la posibilidad de trabajarlo de forma transversal, se intervendrá desde las líneas de intervención marcadas en su PIAR.

De esta manera hay algunos objetivos que se trabajan de manera transversal haciendo llegar lo establecido en los PIAR a los programas, tareas de la Residencia, intervenciones individuales y también a momentos de la vida cotidiana.

k. Coordinación y seguimiento, elaboración de informes, y salida del usuario.

Durante la estancia de un usuario en el recurso nos mantenemos en continua coordinación, telefónica o presencial, con los profesionales de su Centro de Salud Mental o de otros recursos de rehabilitación a los que asista o agentes sociales involucrados en el proceso de la persona.

Una vez acabe el proceso de evaluación del usuario y se elabore el Plan Individualizado de Atención Residencial, éste se envía a los Servicios de Salud Mental que atienden a cada usuario.

Entre las funciones del equipo está la coordinación con los Servicios de Salud Mental para garantizar la transmisión de la información oportuna sobre la evolución de los usuarios y sus estancias con el fin de que éstas sean lo más óptimas posibles. Se dará cuenta además de los resultados de las juntas de evaluación y revisión de objetivos.

Se presta además especial atención a la coordinación con otros recursos de Atención Social del Plan dentro de la Red de Rehabilitación con el fin de dar continuidad y complementariedad a la intervención con el usuario.

Ante la salida de cualquier usuario de la Residencia, se realiza un informe de valoración de su estancia en el recurso. Este informe se envía al profesional de los Servicios de Salud Mental que acude a la Comisión de derivación y seguimiento. Siempre que el usuario lo considere y demande, se pondrá a disposición de éste y/o sus familiares los informes de evolución en la residencia.

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 2024. Además, los resultados de la aplicación sistemática de algunos instrumentos de evaluación que hacen referencia a diferentes áreas o dominios: calidad de vida, funcionamiento y satisfacción.

Los instrumentos utilizados para ellos son:

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

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

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

A lo largo del 2024 se ha trabajado para mantener el nivel de autonomía adquirido por los usuarios, especialmente en lo que respecta a la toma de decisiones sobre su propia vida y en un aumento de su participación en la rutina de la Residencia.

Se ha intentado dotarla de herramientas para que asumirán roles más activos en la toma de decisiones y asunción de la responsabilidad de asumir funciones dentro de la residencia que les hiciera implicarse más en la rutina cotidiana.

6.2. Uso de recursos comunitarios.

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

Nº de usuarios que han participado en	Nº	%
Recursos de ocio, cultura y deporte	5	9,6
Recursos educativos (formales)	1	1,92
Recursos laborales y formativos (relacionados con el empleo)	4	7,69

*% sobre el total de usuarios atendidos

6.3. Cuestionarios globales de evaluación.

6.3.1. Satisfacción.

Tabla 3. 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 para la evaluación de la satisfacción	44	86,3*
Usuarios a los que no se les ha aplicado		
Nº total de usuarios a los que no se les ha aplicado	7	13,7*
Motivos:		
La persona no está en condiciones de contestar el cuestionario	6	85,7**
La persona no lo rellena al marcharse	1	14,3
No sabe leer	0	0**
No aceptan	0	0**
Otros	0	0**

*% sobre el total de usuarios atendidos durante el año

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



Los datos de las personas que no han cumplimentado el cuestionario corresponden con seis personas que no estaban en condiciones de rellenarlo a su salida: Además hay una persona que no lo rellena al marcharse por voluntad propia.

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

Nº Ítem	¿Está usted satisfecho...	Media Ítem
1	en general, con los servicios que presta este centro?	4,47
2	con el tutor que le atiende en este Centro?	4,90
3	en general, con las actividades en las que participa cuando acude a este centro?	4,59
4	con la comida?	2,70
5	con la limpieza e higiene de este centro?	4,87
6	con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales?	4,68
7	con la temperatura habitual que hace en el centro?	4,54
8	con las actividades que se llevan a cabo en este centro	4,40
9	con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?	4,36
10	en general con las instalaciones de este Centro?	5,01
11	con los horarios de este Centro?	4,76
12	con los profesionales que le atienden en este Centro?	4,80
13	con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?	4,97
14	con el nivel de participación que le permiten en este Centro?	4,70

cuestionario de satisfacción

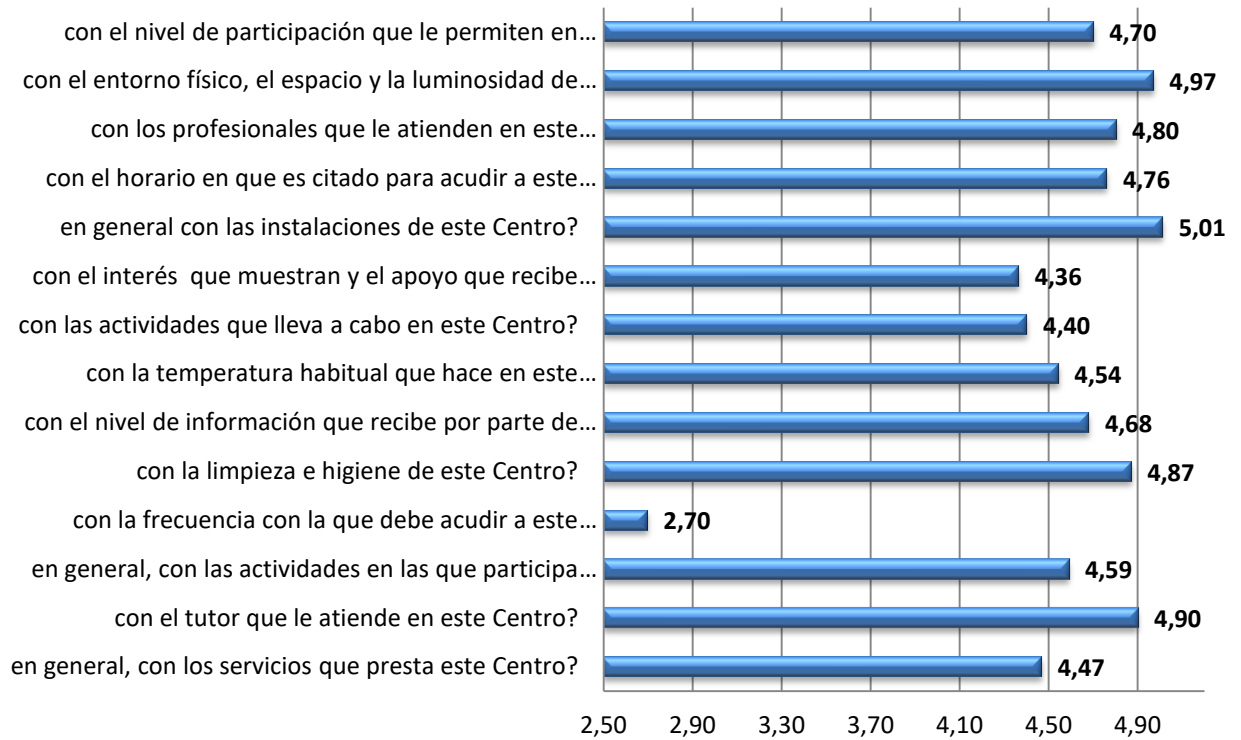
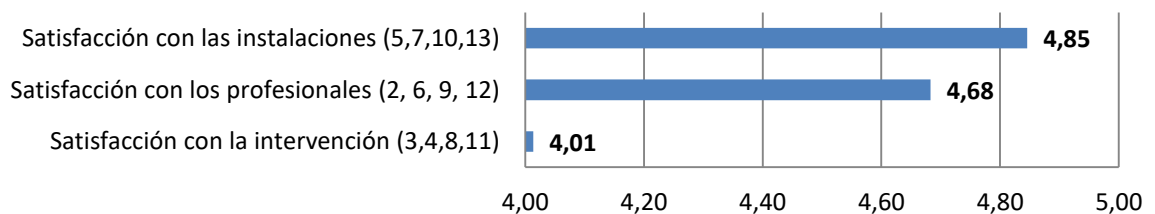


Tabla 33. Datos sobre las subescalas del cuestionario de satisfacción

	Media
Satisfacción con la intervención	4,01
Satisfacción con los profesionales	4,68
Satisfacción con las instalaciones	4,85

las subescalas del cuestionario de satisfacción





6.3.2. Calidad de vida.

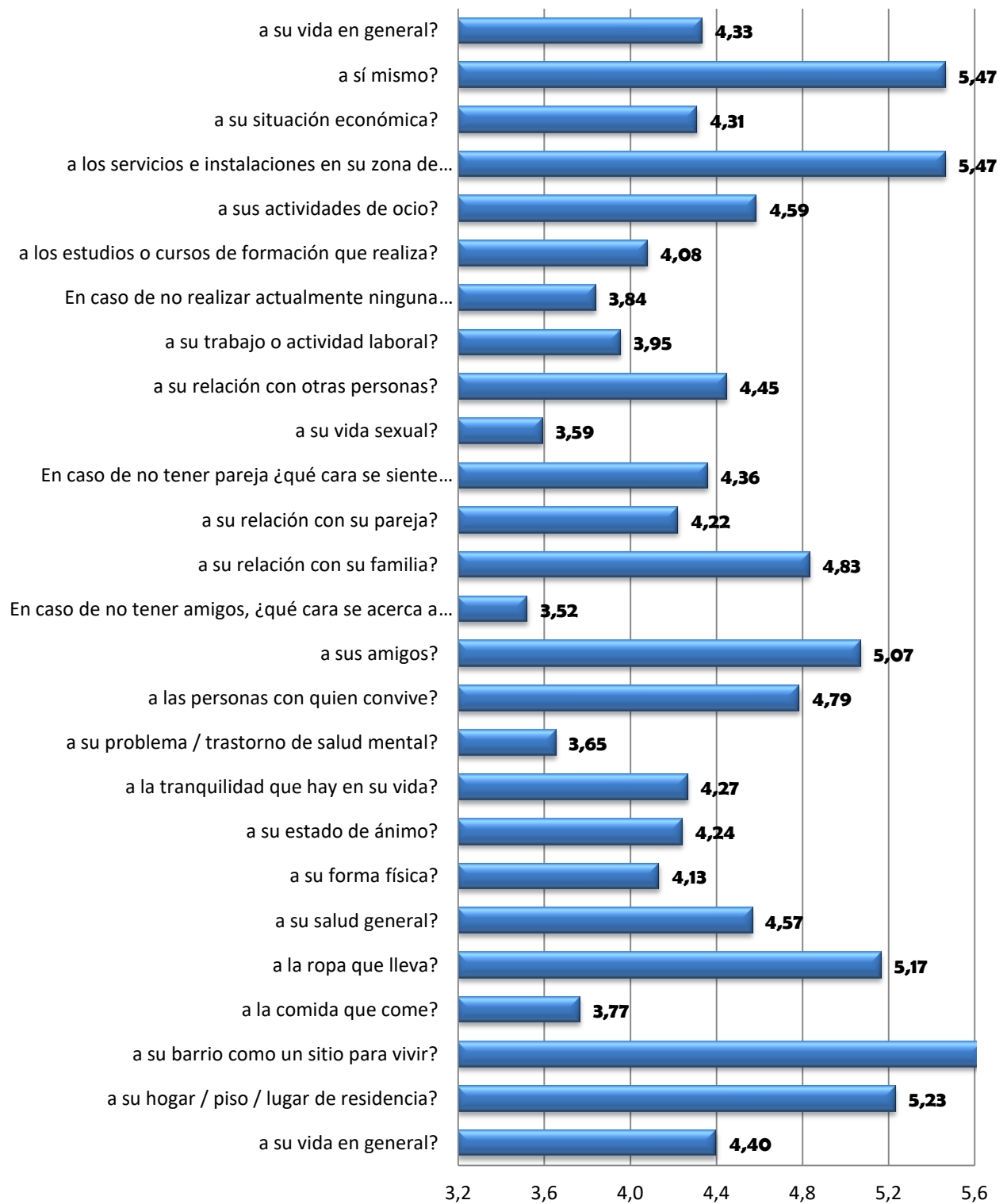
Calidad de vida

	Nº
Nº de personas evaluadas en CDV	42

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

Nº Ítem	¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:	Media Ítem
1	a su vida en general?	4,40
2	a su hogar / piso / lugar de residencia?	5,23
3	a su barrio como un sitio para vivir?	5,63
4	a la comida que come?	3,77
5	a la ropa que lleva?	5,17
6	a su salud general?	4,57
7	a su forma física?	4,13
8	a su estado de ánimo?	4,24
9	a la tranquilidad que hay en su vida?	4,27
10	a su problema / trastorno de salud mental?	3,65
11	a las personas con quien convive?	4,79
12	a sus amigos?	5,07
13	En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir esto?	3,52
14	a su relación con su familia?	4,83
15	a su relación con su pareja?	4,22
16	En caso de no tener pareja ¿qué cara se siente acerca a cómo le hace sentir esto?	4,36
17	a su vida sexual?	3,59
18	a su relación con otras personas?	4,45
19	a su trabajo o actividad laboral?	3,95
20	En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿qué cara le hace sentir eso?	3,84
21	a los estudios o cursos de formación que realiza?	4,08
22	a sus actividades de ocio?	4,59
23	a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	5,47
24	a su situación económica?	4,31
25	a sí mismo?	5,47
26	a su vida en general?	4,33
	Puntuación media total	4,46

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





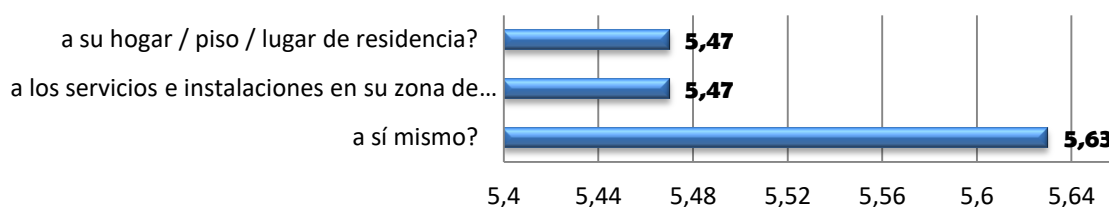
El cuestionario de Calidad de Vida

A final de año se realiza una aplicación rutinaria **30** usuarios

Las puntuaciones más elevadas en este cuestionario:

3	a su barrio como un sitio para vivir?	5,63
23	a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	5,47
25	a sí mismo?	5,47

las subescalas del cuestionario de calidad de vida



6.3.3. Funcionamiento

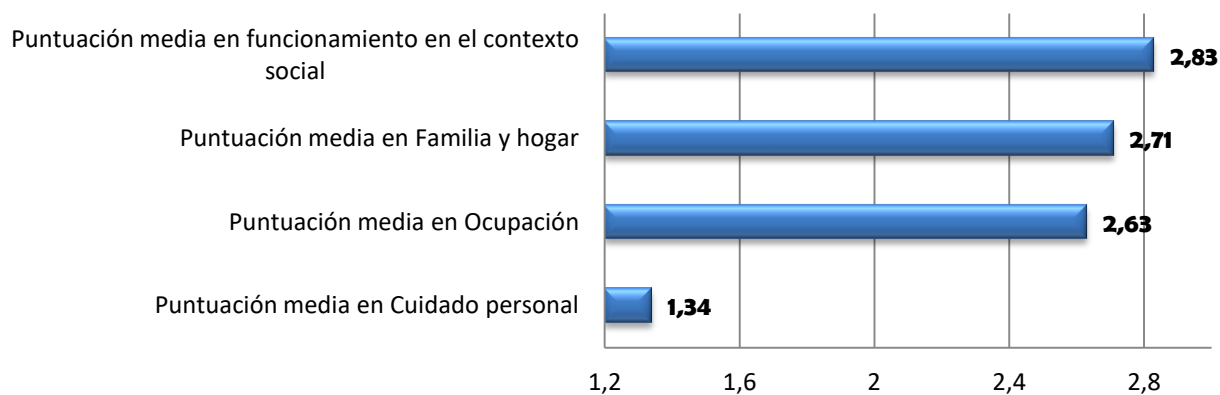
(1) Escala breve de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I)

Nº de personas evaluadas en DAS I	50
-----------------------------------	----

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

Puntuación media en Cuidado personal	1,34
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Puntuación media en Ocupación	2,63
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Puntuación media en Familia y hogar	2,71
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
Puntuación media en funcionamiento en el contexto social	2,83
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	
Duración de la discapacidad	
Menos de 1 año (nº de usuarios)	0
Un año o más (nº de usuarios)	33
Desconocida	0

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



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

Nº de personas evaluadas en EEAG	50
----------------------------------	----

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

	Nº
Puntuación media total en EEFG	54,9

De la puntuación media obtenida en el DAS-I vemos que la mayor necesidad de intervención se sitúa en el cuidado personal. Este hecho hace necesario incrementar los niveles de supervisión en las Actividades Básicas de la Vida Diaria y ha requerido mayor intervención de la figura profesional para acompañamientos rutinarios a citas médicas.



7.UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.

La Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera incluye diferentes tipos de recursos y en ocasiones los usuarios lo son de más de uno de ellos. En este apartado se recoge información sobre la utilización por parte de los usuarios del centro de otros recursos del Plan durante el año 2023. Además, se recogen datos sobre la utilización de otros recursos ajenos al Plan.

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

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

Usuarios atendidos que a la vez eran usuarios de:	Nº	%
Centros de Rehabilitación Psicosocial	5	9,6
Centros de Rehabilitación Laboral	11	21,15
Pisos supervisados	2	3,84
Centros de Día	10	19,23
Otros recursos del Plan (EASC)	4	7,69
Hospital de Día Alcalá de Torrejón de Adóz	0	0
Unidad de Atención Temprana	1	1,92
Total	33	63,46

*% sobre el total de usuarios atendidos.

Durante el 2024 los residentes del centro combinan su estancia en la residencia con la asistencia a otros recursos de rehabilitación de la red, fundamentalmente: CRPS de Torrejón de Ardoz y Alcalá de Henares, los Centros de Día de Soporte Social Alcalá y Espartales Sur, y el CRL de Torrejón. La posibilidad de que los pacientes que ocupan plaza en la Residencia desarrollen actividades en otros dispositivos de la Red permite a las personas una complementariedad en sus tratamientos de rehabilitación.

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

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

Usuarios que eran atendidos que a la vez eran parte de:	Nº	%
Escuela Oficial de Idiomas	0	0
CAID	4	7,69
Gimnasio	3	5,79
Casa de la juventud	0	0
Centros religiosos (Iglesia, mezquita)	7	13,46
Centros educativos (EOI, Academias, Escuelas de formación)	3	5,77
Total	17	32,6

*% sobre el total de usuarios atendidos.

La filosofía del centro es intentar que los usuarios se integren en el entorno comunitario en el que residen, de forma que esto no sea suplido en el recurso hasta convertir a la residencia en un recurso que cubra todas sus necesidades psicosociales, sino un recurso que provea de herramientas y acompañe en la integración social y comunitaria de las personas atendidas.



8. OTRAS ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA.

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

Durante este año, las coordinaciones que se han mantenido han sido en formato mixto, on line y presenciales, así como las formaciones. Este hecho ha facilitado la conexión continua con las áreas de referencia de los pacientes y ha facilitado la realización de la actividad presencial que los profesionales de la residencia tenían que llevar a cabo. La combinación de ambos formatos facilita la conexión de profesionales a estos espacios y se ha convertido en una buena herramienta para optimizar el tiempo.

8.1. Actividades de coordinación.

Tabla 38. Coordinaciones realizadas

Nº de coordinaciones con SSM:	Nº
Con el distrito de Alcalá	20
Con el distrito de Torrejón	9
Otras: CAID de Alcalá de Henares y CAID de Torrejón	1
Recursos del Plan de Atención Social: CRPS, CD, EASC	22
Agencia Madrileña de Tutela	3
Otras:	
HUPA	0
Servicios Sociales	0
Escuelas de adultos o servicios municipales	0
Hospital de Día	0
Centro de Salud de Atención Primaria	4

La coordinación habitual con los dispositivos de rehabilitación, salud y comunitarios de Alcalá y Torrejón suele ser telefónica y a través de correo electrónico casi diario en función de las necesidades de los casos, además de las coordinaciones generales.

Además se han mantenido con carácter general los espacios de coordinación telemáticos con los Centros de Salud Mental y Centros de Atención Social de Alcalá de Henares. Con los recursos de Torrejón los espacios de coordinación son presenciales, tanto con el CSM como con los recursos diurnos.

Coordinaciones con las Áreas de referencia con carácter general:

COORDINACIÓN	FRECUENCIA APROXIMADA
Reuniones con psiquiatras y Coordinadores de Cuidados del Programa de Seguimiento de Alcalá de Henares	Mensual
Reuniones con psiquiatras y Coordinadores de Cuidados del Programa de Seguimiento de Torrejón de Ardoz	Mensual
Reuniones de coordinación con el Trabajador Social del Programa de Seguimiento de Torrejón de Ardoz	Mensual
Reuniones con el Trabajador Social y Enfermero del Programa de Seguimiento para coordinar estrategias a seguir con residentes en vías de incorporarse a los Pisos Supervisados	Mensual
Comisión de Derivación y Seguimiento del Área 3	11
Comisiones de Asistencia y Rehabilitación	4
Reuniones para la elaboración de los Procesos de Atención en Alcalá de Henares (Proceso TMG, Trastornos de la Personalidad, Primeros Episodios)	15



Coordinaciones con recursos del Plan de Atención Social

COORDINACION	FRECUENCIA APROXIMADA
Reuniones con CRPS, CD, CRL de Torrejón de Ardoz y CRPS y Centro de Día Espartales Sur y CD de Alcalá de Henares para coordinar estrategias con usuarios comunes	Trimestral / Bimensual
Coordinación con el CRPS de Alcalá de Henares	Mensual

8.2. Actividades de formación y docencia.

Asegurar la formación y reciclaje de los profesionales de la atención en salud mental sigue siendo una prioridad de nuestro trabajo. Es importante no sólo adquirir el bagaje técnico que otorga el día a día sino también buscar espacios de reflexión, inspiración e intercambio de conocimientos y dudas entre otros compañeros de recursos afines, y de la red en general. Sin duda, la formación interna en la Entidad gestora, la formación realizada en entidades formativas externas, y los espacios de reflexión de cada recurso son necesarios para asegurar una difusión generosa del conocimiento y una línea de trabajo común.

En un recurso tan exigente como la Residencia, donde el día a día implica que el Equipo tenga que dar respuestas a un ritmo intenso, se hace fundamental priorizar estos espacios de reflexión, aprendizaje y reciclaje del conocimiento, donde los profesionales puedan pararse a pensar.

Equilibrar la atención con la formación es un reto para la gestión eficiente del recurso, pero que no podemos dejar de atender. La motivación y el impulso en el equipo técnico para estas tareas siempre son de obligado reconocimiento, porque lleva aparejado en muchas ocasiones un esfuerzo e implicación extra para poder atender a las tareas habituales y las derivadas de procesos formativos en paralelo.

En la tabla siguiente aparecen descritas las actividades de formación desarrolladas por el Equipo a lo largo del 2024.

FORMACIÓN 2024		
ACTIVIDAD	ENTIDAD	Nº PROFE SIOAN LES PARTI CIPAN TES
<i>“Grupo de Trabajo de Género de la Red” "Acción para reducir la brecha de género existente en las derivaciones a los recursos de la red”.</i>	<i>Externa (Consejería)</i>	<i>1</i>
<i>Cumplimiento normativo “Políticas de Compliance”</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	<i>12</i>
<i>Malestares, Sustancias y Riesgos en la convivencia</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	<i>5</i>
<i>Cultura digital</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	<i>10</i>
<i>II Contra Curso de Psicopatología Clínica e Intervención Comunitaria</i>	<i>Externa (Colegio Oficial de Médicos de Madrid)</i>	<i>1</i>
<i>XXI JORNADA ANUAL “DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y NUEVOS MODELOS DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD”(STREAMING y PRESENCIAL)</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	<i>12</i>
<i>SUPERVISIONES EQUIPO - RESIDENCIA TORREJON</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	<i>11</i>
<i>Perspectiva de género en rehabilitación psicosocial</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación</i>	<i>2</i>



	<i>Manantial.</i>	
<i>Gestión del cambio</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	5
<i>Intervención grupal con hombres</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	4
<i>Marco de Poder, Amenaza y Significado</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	2
<i>Potencia la dinamización de grupos</i>	<i>Externa (F.Caixa)</i>	2
<i>Intervención Socioeducativa en salud Mental</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	2
<i>"Actuación y prevención frente al acoso sexual y por razón de género en ámbito laboral".</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	2
<i>Formación factorial</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	5
<i>Los desafíos de los trastornos de la personalidad</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	2
<i>Curso de prevención y abordaje de la conducta suicida</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	3
<i>Violencia de género contra las mujeres con problemas de salud mental</i>	<i>Externa</i>	4
<i>Trauma y salud mental</i>	<i>Externa</i>	1
<i>Diseño de objetivos</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	1
<i>Salud mental y Acción comunitaria</i>	<i>Externa</i>	1
<i>Master cuarto año formación Psicoanálisis</i>	<i>Externa: Centro de Estudios y Aplicación del Psicoanálisis (CEAP)</i>	1
<i>Análisis personal y supervisión de casos</i>	<i>Externa: Centro de Estudios y Aplicación del Psicoanálisis (CEAP)</i>	1

<i>Introducción a la Facilitación de grupos</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	2
<i>Intervención psicosocial con jóvenes con problemas de salud mental</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	2
<i>Prevención de riesgos en puestos de personal sociocomunitario</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial (Quirón)</i>	11
<i>Formación Teórico Práctica Equipo de Emergencias</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial (Quirón)</i>	11
<i>Protección de Datos</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	1
<i>La responsabilidad del profesional en el entorno laboral</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	1
<i>Perspectivas, contextos y prácticas en Salud Mental</i>	<i>Plan de Formación Interna de Fundación Manantial.</i>	1

9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.

En este apartado se realiza la valoración general sobre el funcionamiento del centro a lo largo del año 2024, así como al cumplimiento de objetivos propuestos en la Memoria anterior.

A lo largo del año el recurso se ha mantenido al 100% de ocupación.

En relación a la **intervención individual con los usuarios**, como ya se ha señalado en otros apartados, las áreas fundamentales de trabajo que han articulado las intervenciones han girado en torno a las áreas de autocuidado, actividades de la vida diaria, psicoeducación para la salud, relaciones sociales, ocio y tiempo libre e integración comunitaria, todas estas áreas articuladas en base a la promoción de la autonomía de las personas atendidas.

El 100% de las personas atendidas tuvieron su PIAR realizado en plazo (3 meses desde la entrada) y sus revisiones de objetivos realizadas al menos cada 6 meses.

La **atención psicosocial también se ha brindado en formato grupal** como ya se ha visto en apartados previos de la Memoria, y los objetivos proyectados en los programas de los grupos tienen un cumplimiento de objetivos prácticamente total.

Para pensar y construir las líneas de intervención individuales y grupales planteadas y consensuadas con los usuarios, así como para organizar y pensar en relación a la vida de la Residencia, desde el Equipo técnico este año 2024 **se han reformulado los encuadres de trabajo del Equipo**, y actualmente se disponen de los siguientes espacios de construcción técnica y organización de la tarea:

- Reuniones de Equipo: una vez por semana, con una duración de hora y media, en la que participan todos los profesionales del equipo (en el caso de los turnos de noche y fin de semana ateniendo a las circunstancias concretas de sus turnos asiste un representante de turno). El objeto de estos encuadres es trasladar información institucional, dar cobertura a asuntos de la convivencia y la vida en el recurso, cuestiones técnicas de intervención con usuarios, valorar grupos, organizar salidas y acciones en la comunidad, así como cualquier cuestión de relevancia que requiera ser pensada y construida en equipo.

- Reunión de casos (monográficos): una vez por semana, con una duración de hora y media se reúne el equipo para poder pensar y construir las líneas de intervención de las personas atendidas. En estos espacios se valoran en equipo necesidades de los casos y se elabora la propuesta técnica a consensuar con los usuarios en las reuniones de objetivos, así como las personas de miniequipo de referencia que abordarán de una manera más directa la intervención.

- Reuniones de turno: Una vez de manera bimensual se reúnen los profesionales de cada turno (mañana, tarde, noche y fin de semana) con dirección para abordar cuestiones de tarea relacionadas con la idiosincrasia de cada turno. Posteriormente cada turno comparte con el resto de turnos las actas de las mismas para dar flujo a la comunicación entre turnos y aumentar el conocimiento del trabajo realizado al resto del equipo.

- Grupos de Trabajo: El trabajo de objetivos del recurso se organiza a través de Grupos de Trabajo que coordinan las acciones a llevar a cabo para la consecución de los objetivos planteados. Este año han existido los Grupos de “Género”, “Trabajo Comunitario” y “Satisfacción”, todos ellos relacionados con los objetivos del año.

- Comisiones concretas de trabajo: Para abordar determinadas cuestiones concretas en ocasiones se llevan a cabo “Comisiones de trabajo” para operativizar la tarea. Éstas tienen objetivos sencillos y concretos y temporalidades definidas. A lo largo del año se han creado las Comisiones de “Navidad” (para organizar el calendario de actividades a llevar a cabo en el período de Navidad), y “Memoria” (para concretar tareas de recogida de datos de cara a la elaboración de este documento). Estas comisiones organizan y agilizan la tarea, garantizando que se cumplen los objetivos para las que fueran creadas.

- Reuniones individuales profesional/Dirección Residencia: Con una temporalidad trimestral todos los profesionales del equipo se reúnen con la dirección del recurso para abordar cuestiones del trabajo individual de los técnicos, tales como el trabajo que realizan en la Residencia con usuarios, grupos, etc, valorar la formación necesaria para el óptimo desempeño, cuestiones relacionadas con el trabajo en equipo y cualquier cuestión que ambas partes necesitan tratar de forma individual.

Este trabajo realizado y el grado de éxito medido en los objetivos viene a hablar del trabajo impropio que el Equipo ha llevado a cabo a lo largo del año para sostener el trabajo cotidiano y a la vez seguir trabajando por mejorar la atención a las personas atendidas y la vida en la Residencia y la comunidad.

VALORACIÓN OBJETIVOS 2024

A continuación, transcribimos los objetivos planteados en la Memoria del año 2023 para trabajar a lo largo de 2024, seguidos de una valoración de la consecución de tales objetivos.

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Ser referente de salud mental en el municipio.	·Aumentar y transversalizar en el equipo el trabajo comunitario de la Residencia.	Nº de actividades complementarias realizadas por el equipo de la Residencia (cada turno piensa y desarrolla al menos tres actividades de complementarias (una de sensibilización general, una de género y una de deporte)	Actas de reunión del Grupo de Trabajo Comunitario.
	El Grupo Comunitario establecerá contactos con los recursos y agentes del entorno encaminados a la realización de actividades a llevar a cabo en y con el medio comunitario.	Nº de fichas realizadas conjuntamente con los residentes (al menos tres).	Actas Reuniones de equipo.
	Dichas actividades se realizarán con:	Nº de contactos realizados por el Grupo	Fichas antiestigma resultantes de las acciones.
	Centros educativos. -		Tabla de encuentros con entidades recursos comunitarios

	Recursos formales: Centros Culturales, Centros de Mayores, Centros de Salud, etc. -Recursos informales: cafeterías, parques, tiendas, etc. Inauguración y apertura de la sala “el garaje” al municipio y a la comunidad	Comunitario (al menos diez) Nº de actividades realizadas con Centros educativos (al menos dos) Nº de actividades realizadas con recursos formales en el municipio y la comunidad (al menos cuatro). Encuentros con asociaciones o entidades deportivas (al menos tres).	
Desarrollar una herramienta que recoja la satisfacción de los residentes en relación a su estancia en el recurso.	Investigación y recogida de datos (incluidas propuestas de los residentes).	Contactar con 2 recursos/entidades externas especializadas que puedan facilitar información y orientación para el desarrollo de la herramienta. Nº de reuniones de trabajo enfocadas a esta tarea (al menos dos). Nº de reuniones donde se haya propuesto participar a l@s residentes propuestas con sus propuestas (al menos una)	Correo con la información recibida. Listado de recursos. Actas de reuniones.
Garantizar la igualdad de género en el ámbito residencial.	Promover formación continua en igualdad ·Aplicar la perspectiva de género con enfoque	Formación específica en género realizada por al menos el 75% (18 pers.) del Equipo, de ellos al menos un profesional de cada turno, y al	Cuestionario y tabla de formaciones. Actas de las reuniones en las que participen estos recursos.

	interseccional en los casos. · Trasladar la perspectiva de género en los residentes · Trasladar la perspectiva de género al ámbito comunitario.	menos el 50 % de los hombres del equipo. Contar con la participación de al menos un recurso especializado y con una visión interseccional del género a supervisar al menos en uno de los casos atendidos Mantener y dar continuidad al grupo de mujeres. Llevar a cabo al menos un taller con perspectiva feminista en prevención de violencia machista o de género con los residentes. Coordinar al menos una actividad con el grupo de trabajo del objetivo comunitario relacionada con género.	Registro de sesiones y test de evaluación a los residentes. Fotografía en la manifestación del 8M/ 25 N y participar en la newsletter de Manantial.
--	--	--	---

Promover formación continua en igualdad:

Con los datos recopilados mediante el cuestionario de evaluación, podemos afirmar que de las 22 personas que lo realizan, 12 (50%) han recibido algún tipo de formación en género este año. Siendo el total de profesionales de la Residencia 24 podemos inferir el dato global de 50%, no cumpliendo por lo tanto con dicho indicador del objetivo.

Por turnos, en todos ellos (TM, TT, TN, TFS), existe al menos un/a profesional con algún tipo de formación en género, si cumpliendo por lo tanto con dicho indicador del objetivo.

Respecto a los profesionales hombres, 3 de los 5 que componen actualmente el equipo han recibido algún tipo de formación en género (60%), si cumpliendo por lo tanto con dicho indicador del objetivo.

·Aplicar la perspectiva de género con enfoque interseccional en los casos. ·

Se realizan dos coordinaciones a lo largo del año con las compañeras del PMVG de Torrejón. La primera, en el primer trimestre del año se centra en una toma de contacto entre ambos recursos e intercambio de información sobre funciones de ambos. La segunda, en el segundo trimestre, tenía como temática la supervisión de casos que se realiza en formato “viñetas” y se tratan casos prácticos y dudas sobre intervenciones de casos dados en la residencia. Si cumpliendo por lo tanto con dicho indicador del objetivo.

Trasladar la perspectiva de género en los residentes

El grupo de mujeres, que tiene lugar desde hace años en la Residencia, sigue vigente y activo durante todo el transcurso del año 2024. Si cumpliendo por lo tanto con dicho indicador del objetivo.

·Trasladar la perspectiva de género al ámbito comunitario.

En el segundo trimestre del año tiene lugar una charla con residentes, de la mano de las compañeras del PMVG, en la que se aborda principalmente violencia de género. Si cumpliendo por lo tanto con dicho indicador del objetivo.

Se realizan actividades, tanto el 8M como el 25N, coordinadas con el GT Comunitario en las que se llevan a cabo actividades en entorno comunitario. Estas son las siguientes:

Ficha Antiestigma de la actividad “Melata” el 25N (IES Avellaneda Alumnos TSIS)

[25 N Curso "melata".docx](#)

Participación en la mesa informativa del Ayuntamiento sobre violencia contra las mujeres. (Grupo Mujeres Diversas)

[25N Mujeres Diversas.docx](#)

Exposición “Miradas Diversas” en la semana del 8M (Grupo de Mujeres Diversas del Ayuntamiento)

[EXPOSICIÓN FOTOS MIRADAS DIVERSAS 2024.docx](#)

Colocación de pancarta 8M (Vecindario de la Residencia Torrejón)

[FICHA ACCIÓN ANTIESTIGMA 8-M .docx](#)

Si cumpliendo por lo tanto con dicho indicador del objetivo.

Reforzar el trabajo técnico del equipo de la Residencia.	· Consolidar un marco de referencia común del equipo (ECRO) que sostenga el trabajo técnico, así como una cohesión y coherencia en el trabajo del equipo. · Generar espacios de trabajo en el equipo que favorezcan el aprendizaje y la reflexión.	Formaciones de Equipo (al menos una formación de equipo en la que participa el 80% del mismo). Formación de profesionales (del Plan interno de formación de Manantial Gestión y Fundación Manantial y de Entidades externas).	Justificación y solicitud por parte del Equipo de formación y supervisión (registrada en la Intranet corporativa) . Notas de las Reuniones Individuales con Dirección. Planes de desarrollo de cada profesional del equipo. Actas de las jornadas de reflexión.
---	--	---	---



		Supervisión de Equipo (al menos se recibirán 8 horas de supervisión en equipo al año). Jornadas de Reflexión bimensuales (al menos 5 sesiones de reflexión al año). Monográficos de casos (mantener los encuadres semanales de reuniones de casos).	Actas monográficos (semanales) Reuniones de casos
--	--	--	---

Objetivo totalmente conseguido.

A lo largo de este año hemos podido consolidar un marco de trabajo común que ha generado el poder ir reforzando nuestro trabajo técnico. Para ello hemos potenciado los espacios de encuentro entre profesionales, en los que se han llevado propuestas de temas y de casos que nos generaban dudas. Compartir nuestros saberes, escucharnos y llegar a consensos comunes han permitido que poco a poco nuestro trabajo técnico haya ido en aumento.

Los indicadores que han guiado este logro han sido:

- ✓ **Formaciones de equipo:** Este año hemos tenido una supervisión de casos con el punto de violencia de género de Torrejón y una formación específica para tener una línea común de enfoque de los casos. Estos espacios se hubieran complementado con las formaciones específicas a final de año en las que nuestra idea era enfocar la perspectiva comunitaria. No se han podido realizar debido al cese de la formación por parte de nuestra entidad.
- ✓ **Formaciones individuales de profesionales:** Nuestro equipo ha mantenido la línea de formarse con entidades internas y externas a lo largo de todo el año.
- ✓ **Supervisiones de equipo:** En este año hemos tenido dos supervisiones de equipo en las que hemos podido compartir espacios para ser conscientes de nuestra trayectoria formando parte de este equipo, hemos podido compartir nuestro histórico. Las supervisiones no pudieron completarse debido al cese de esta actividad por parte de la entidad.
- ✓ **Monográficos:** Hemos consolidado este espacio para pensar en equipo de manera semanal.
- ✓ **Reuniones de reflexión:** En este año hemos tenido cinco reuniones en las que hemos compartido, se ha cumplido este indicador:
 - Lectura sobre la subjetividad heroica
 - Lectura sobre la atención psicosocial en residencias
 - Lectura sobre el amor fluido
 - Lectura cuento tradicional japonés

- Jornada de reflexión sobre lo que implica la alimentación y espacios comunes.

De cara al año que viene la idea sería mantener los espacios de reflexión conjunta para continuar en esta línea de potenciar nuestro trabajo técnico.



10. OBJETIVOS PARA EL AÑO 2025.

Para el año 2025, el Equipo de la Residencia de Torrejón se plantea los siguientes objetivos:

OBJETIVO	METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Fomentar el enfoque comunitario en la residencia	Aumentar la participación de las personas residentes en la construcción de las acciones antiestigmas // o sensibilización deporte y género	Participación de algún residente en la construcción de al menos: • Dos acciones de sensibilización • Dos acciones de género • Dos acciones de deporte	Fichas antiestigma Actas de las reuniones de planificación
	Revisar bibliografía sobre comunidad y enfoque comunitario por parte del equipo técnico	Lectura de bibliografía por parte del grupo comunitario	Bibliografía revisada
		Dedicar al menos una jornada de reflexión sobre el trabajo comunitario	Acta de Reuniones de equipo
Promover el cuidado de la salud en la residencia	Fomentar hábitos saludables de las personas residentes en relación a la alimentación y la actividad física.	• Realizar tres talleres de comida saludable. • Una sesión formación con atención primaria	• Actas del espacio de encuentro. • Fichas antiestigma

		• Revisión del pedido de alimentación • Mantener un grupo de actividad física en la residencia • Tres actividades de promoción la actividad física	• • Acta reunión de equipo • • • • Registro Sesión de Programas 2025 • Fichas antiestigma
Mantener la perspectiva de género a nivel técnico y convivencial	• Motivar a la formación continua en género • Favorecer a través de los encuentros interresidenciales la creación de un grupo de supervisión de casos con perspectiva de género • Trabajar con perspectiva de género con lxs residentes	Formación específica en género en al menos el 75% del equipo Elaboración de modelo de supervisión Convocatorias de reuniones Mantener la continuidad del grupo de mujeres Formación interna para residentes por parte del propio recurso	Cuestionario y de tablas de formaciones Mails y actas Registro de sesiones del grupo de mujeres Convocatoria de una reunión de reflexión (formativa e informativa)



	• Afianzar redes en el ámbito comunitario con perspectiva de género	Coordinar dos actividades con el grupo de trabajo del objetivo comunitario relacionada con género	Fotografía en la manifestación del 8M/ 25 N
Consolidar el trabajo técnico del equipo de la Residencia.	. Mantener el marco de referencia común que alcanzamos en el año 2024, para continuar con el trabajo técnico, la cohesión grupal, permitiendo ser coherentes como equipo. .Continuar con los espacios de trabajo en equipo. .Proseguir con la elaboración del cuestionario de satisfacción.	Formaciones de equipo (al menos una formación de equipo en la que participe 80%) Formación de profesionales (tabla en la que se recoge los cursos realizados por profesionales a lo largo del año) Supervisión o formación de Equipo (al menos se recibirán 8 horas de supervisión en equipo al año) Jornadas de reflexión bimensuales (al menos 3 sesiones de reflexión al año) Consolidar las reuniones de monográficos de casos. Focus group (al menos 2 reuniones que consoliden la tarea investigadora)	Notas de reuniones individuales con Dirección. Planes de desarrollo de cada profesional del equipo. Actas de las jornadas de reflexión. Actas de reuniones de monográficos.