

# MEMORIA

# 2025

*Residencia “Fuenlabrada”*

*La Residencia “Fuenlabrada”  
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*

## ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MINI-RESIDENCIA .....	2
2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN. ....	8
<b>2.1. Movimiento asistencial.</b> .....	8
<b>2.2. Datos por tipo de estancia prevista y duración de la estancia</b> .....	13
3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO. ....	17
<b>3.1. Datos sociodemográficos.</b> .....	17
<b>3.2. Perfil psiquiátrico.</b> .....	26
4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS. ....	29
5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA. ....	30
<b>5.1. Servicios básicos y generales.</b> .....	30
<b>5.2. Atención psicosocial.</b> .....	35
6. RESULTADOS. ....	57
<b>6.1. Datos sobre mejora de la autonomía y funcionamiento psicosocial.</b> .....	57
<b>6.2. Uso de recursos comunitarios.</b> .....	58
<b>6.3. Cuestionarios globales de evaluación.</b> .....	59
7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS. ....	67
<b>7.1. Utilización de otros recursos del Plan de Atención Social. Uso de recursos comunitarios.</b> .....	68
<b>7.2. Utilización de otros recursos Ajenos al Plan de Atención Social.</b> .....	69
8. OTRAS ACTIVIDADES DE LA MINI-RESIDENCIA. ....	69
<b>8.1. Actividades de coordinación.</b> .....	69
<b>8.2. Actividades de formación y docencia.</b> .....	73
<b>8.3. Otras actividades.</b> .....	74
9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO. ....	76
10. OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE.....	82

## **1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MINI-RESIDENCIA**

La Residencia de Fuenlabrada es un Centro concertado 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. La gestión técnica del recurso corre a cargo de Manantial Gestión, siguiendo el pliego de prescripciones técnicas que rigen el acuerdo marzo de abril de 2021.

La apertura del recurso se produce el 1 de marzo de 2018 y está integrado dentro de la Red Pública de Centro de Atención Social a Personas con Enfermedad Grave y Duradera dependiente de la Subdirección General de Asistencia Técnica y Coordinación de Planes para personas con discapacidad de la mencionada Consejería. El dispositivo se rige por el Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados.

Con la Residencia se pretende ofrecer una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte residencial, como un recurso comunitario, abierto, supervisado y flexible para personas con trastorno mental grave, de ambos sexos, que presenten dificultades y limitaciones en su autonomía personal y social, y que carezcan de apoyo familiar y social. La Residencia proporciona con carácter temporal corto, transitorio o indefinido, tanto alojamiento y manutención, como apoyo y soporte personal y social, en paralelo a su función residencial, se entiende como un Recurso de Rehabilitación Psicosocial integrado dentro de la Red de Salud Mental.

Desde la Consejería la Residencia se concibe como un recurso que cubre las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión de las personas con trastorno mental grave, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. El objetivo de integración es una característica básica que define a la Residencia y que supone un trabajo de rehabilitación que es intrínseco al recurso. La Residencia es una plataforma desde la que intervenir para, además de cubrir la necesidad de vivienda, trabajar con la persona atendida para que alcance las mayores cotas de autonomía personal y de recuperación o desarrollo de capacidades. Por tanto, no es en la mayoría de las ocasiones un recurso finalista, sino un contexto de vida a la vez que de entrenamiento y preparación para una vida con la mayor autonomía e independencia posible.

La Residencia de Fuenlabrada se encuentra ubicada en la Zona sur la Comunidad de Madrid, en el Municipio de Fuenlabrada, perteneciente al Área 9. Este Municipio tiene una



Comunidad  
de Madrid

Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad

CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



superficie de 39,41 Km<sup>2</sup>, según el padrón municipal para 2017 del INE, cuenta con 194 669 habitantes. La zona dispone de medios de transporte (metrosur, autobús y Renfe) que permiten el desplazamiento al recurso.

La Residencia está situada en la Calle Trinidad, nº 6 en Fuenlabrada, ubicada en el emplazamiento del antiguo Instituto Aranguren, compartiendo instalaciones externas con el CRPS de Fuenlabrada. El edificio de la Residencia consta de una superficie total construida de 1.162,66 m<sup>2</sup>, enmarcado en un terreno de 9.855 m<sup>2</sup> de extensión.



Los datos para contactar con el recurso son:

Teléfono: 912 05 80 00

Mail: [residenciafuenlabrada@fundacionmanantial.org](mailto:residenciafuenlabrada@fundacionmanantial.org)

Además, la Fundación Manantial dispone de una página web para ampliar información sobre este recurso y otros gestionados por la Fundación Manantial: [www.fundacionmanantial.org](http://www.fundacionmanantial.org).

La distribución del edificio consta de cinco plantas con acceso mediante escaleras y ascensor. En la planta baja se encuentra el recibidor, la zona de trabajo del administrativo y el espacio de almacenaje para el equipo de limpieza. En la primera planta se ubican los espacios comunes de convivencia de residentes (comedor, salón, cocina y biblioteca), sala de lavandería y planchado, dos salas para el trabajo grupal (sala informática, sala multifuncional), cuatro despachos para profesionales y los baños.

En la segunda, tercera y cuarta planta se encuentran las habitaciones individuales de los residentes, todas con baño individual, disponiendo de una habitación adaptada a cada planta.

Estas habitaciones posibilitan la incorporación y acceso a tres personas que presentan dificultades de movilidad o manejo en el espacio.

Además, en la segunda planta se dispone de una sala de ocio y televisión para los residentes, junto a un almacén donde los usuarios pueden guardar pertenencias, y una sala de almacenaje para ropa de cama y toallas.

El recurso da cobertura a la población que es atendida por el Servicio de Salud Mental de Fuenlabrada (Área 9) desde el Programa de Continuidad de Cuidados. Desde septiembre de 2023 tiene asignadas 32 plazas, aunque con capacidad de atención para 6 plazas más que actualmente son privadas. El dispositivo cubre una atención de 24 horas al día, los 365 días del año. Para ello la Residencia cuenta con una supervisión constante a cargo de un equipo de profesionales especializados en atención psicosocial y apoyo social. El equipo de la Residencia está compuesto por las siguientes personas:

<b>TURNO DE MAÑANA</b>	
Dirección	1
Psicóloga	1
Terapeuta Ocupacional	1
Educadores Sociales	4
<b>TURNO DE TARDE</b>	
Educadores Sociales	3 + 1 correturnos
<b>TURNO DE NOCHE</b>	
Monitores	4 + 1 correturnos
<b>TURNO FINES DE SEMANA</b>	
Educadores Sociales	4
<b>ADMINISTRATIVO</b>	
Oficial Administrativo	1



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 son:
- Se trata de un espacio normalizado de alojamiento y convivencia.
- Ser un contexto para favorecer la rehabilitación y la integración comunitaria de los usuarios.
- Contar con un sistema de apoyo y supervisión flexible que asegure respuestas ágiles y rápidas a las necesidades de cada uno de los usuarios.
- Fomentar la participación activa y autónoma de los usuarios en su organización y en el desarrollo de las tareas domésticas.
- Ofrecer atención y apoyo psicosocial a orientados a mejorar la autonomía e independencia del usuario, promover el desempeño de roles sociales significativos y normalizados, que faciliten la progresiva integración comunitaria.
- Trabajar en estrecha coordinación con el Servicio 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.

El perfil general de los usuarios para acceder a la Residencia será el siguiente:

- Persona con enfermedad mental grave y duradera, cuyos déficits o deterioro en su funcionamiento psicosocial le impide vivir de modo independiente.
- Edad comprendida entre 18 y 65 años.

- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o definitiva de apoyo familiar y social.
- Personas con diagnóstico de trastorno mental grave sin apoyo familiar que se encuentra en situación de exclusión social o grave riesgo de marginación sin hogar.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental de distrito de Fuenlabrada
- Encontrarse en una situación psicopatológica estabilizada.
- No estar en situación de crisis psiquiátrica.
- No presentar enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia o cuidado sanitario especializado o cuidado de enfermería continuados.
- No presentan patrones de comportamiento disruptivos o que puedan poner en riesgo a la persona y al resto de residentes.

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

- Participar en las Comisiones de Derivación y Seguimiento que tienen lugar mensualmente con el Servicio de Salud Mental de Fuenlabrada, Área 9, 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 casa 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.



Comunidad  
de Madrid

Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad  
CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



- 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 asambleas 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 antes 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.

## 2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN.

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

### 2.1. Movimiento asistencial.

#### 2.1.1. Lista de espera en el último año.

Tabla 1. Personas en lista de espera.

	N
Personas en lista de espera 1/1	7
Personas en lista de espera 31/12	7

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

	Días
Tiempo medio en lista de espera de las personas que se han incorporado en el último año	208,73

#### Comentario:

*El tiempo medio de espera en el 2025 han sido mayor respecto al año pasado. Que estos tiempos se hayan alargado ha sido por cuestiones de la lista de espera y necesidades de las personas derivadas.*

#### 2.1.2. Tabla 3. Derivaciones recibidas en el último año.

	Distrito		Total
	Fuenlabrada	Leganes	
Nº de derivaciones	16	0	16
Nº de personas derivadas	16	0	16

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

\*Derivación implica la existencia de un informe cumplimentado de derivación (con la necesaria flexibilidad)



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

	N
<b>Nº de personas no aceptadas</b>	0
<b>Nº de usuarios retirados de la lista de espera por su S.S.M</b>	1

*Comentario:*

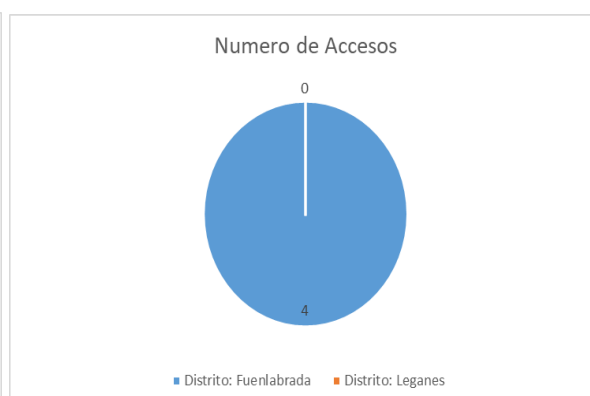
*Durante el 2025 se han producido 16 derivaciones, correspondiendo a 16 usuarios. Una derivaciones ha sido retirada de la lista de espera por petición del Centro de Salud Mental.*

**2.1.3. Entradas a la Mini-residencia.**

Tabla 5. Entradas producidas durante el año

	Fuenlabrada	Leganés	Total
<b>Nº de personas que han accedido</b>	11	0	11
<b>Nº de accesos</b>	11	0	11

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

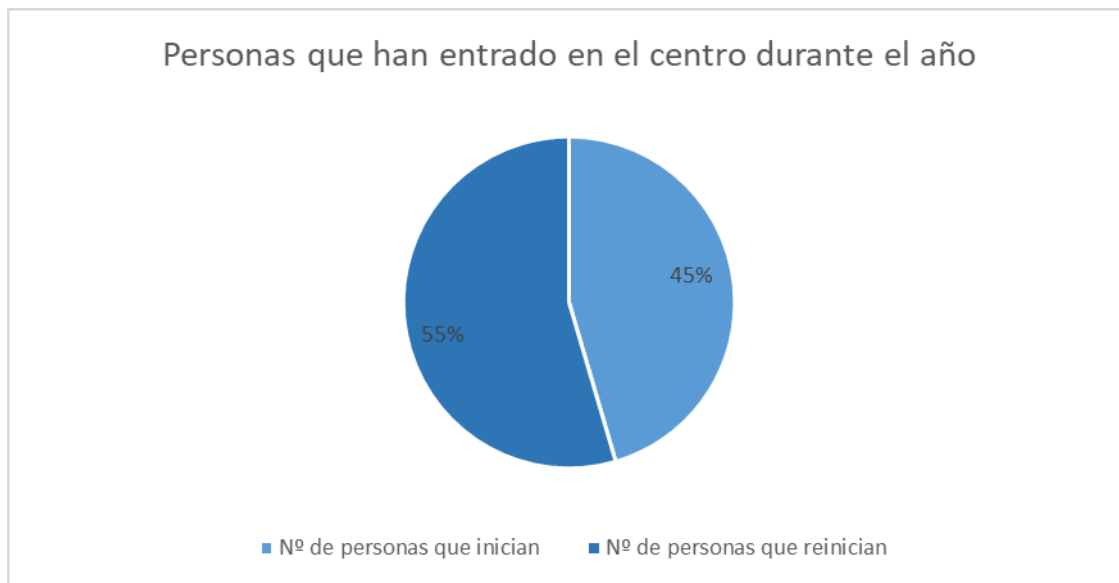


**Tabla 6. Personas que han entrado en el centro durante el año**

N
---

	N
<b>Nº total de personas que han accedido al centro</b>	11
Nº de personas que inician*	5
Nº de personas que reinician**	6
Nº de usuarios que han entrado durante el año atendidos previamente en la MR desde el comienzo de su funcionamiento	6
Nº de usuarios que han reiniciado en el año al que se refiere la memoria	0
Nº de reinicios	6

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



en ninguna ocasión anterior.

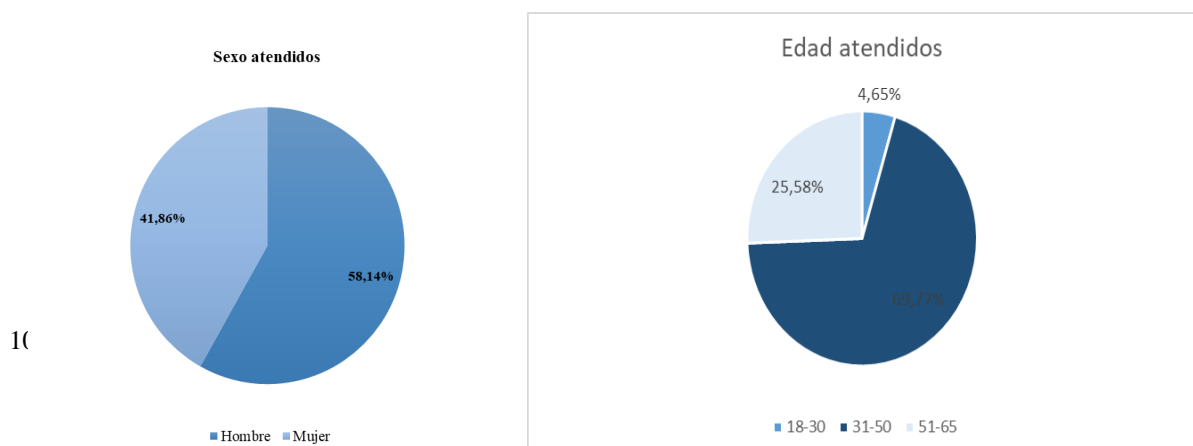
\*\* Usuarios que han accedido al centro en el último año y que ya habían sido atendidos previamente en el mismo

#### 2.1.4. Atenciones en el último año.

**Tabla 7. Personas atendidas por sexo y edad**

Nº de personas atendidas	Sexo				Edad						Total
	Hombre		Mujer		18-30		31-50		51-65		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	25	58,14%	18	41,86%	2	4,65%	30	69,77%	11	25,58%	43

**Tabla 8. Atenciones realizadas durante el año.**



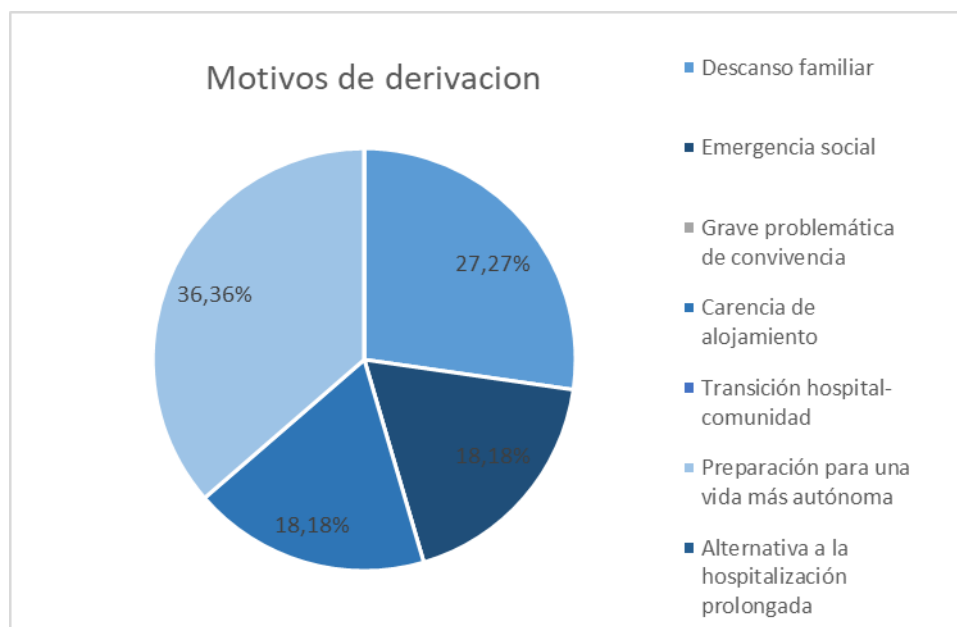
	N
Nº de atenciones realizadas	43
Nº de personas atendidas	43
Nº de usuarios en atención a 31/12	32

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

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

Nº de accesos a la MR por:	N
Descanso familiar	3
Emergencia social	2
Grave problemática de convivencia	0
Carencia de alojamiento	2
Transición hospital-comunidad	0
Preparación para una vida más autónoma	4
Alternativa a la hospitalización prolongada	0
Otros (contención y relación social)	0

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



### 2.1.6. Salidas de la Mini-residencia.

Tabla 10. Salidas producidas durante el año.

	N
Nº de personas que han salido del centro	11

	<b>N</b>
<b>Nº de salidas producidas</b>	11

**Tabla 11. Motivos para la finalización de la intervención de las salidas producidas durante el año.**

<b>Motivos de finalización de la intervención:</b>	<b>Salidas</b>		<b>Usuarios</b>
	<b>N</b>	<b>%*</b>	<b>N</b>
<i>Altas (1)</i>	5	45,45%	5
<i>Bajas (2)</i>	6	55,55%	6
Baja por:			
Abandono voluntario	1	9,09%	1
Derivación a otro recurso**	1	9,09%	1
Fallecimiento	1	9,09%	1
No adecuación al recurso***	-	-	-
Expulsión	3	27,27%	3
Otros	-	-	-
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>

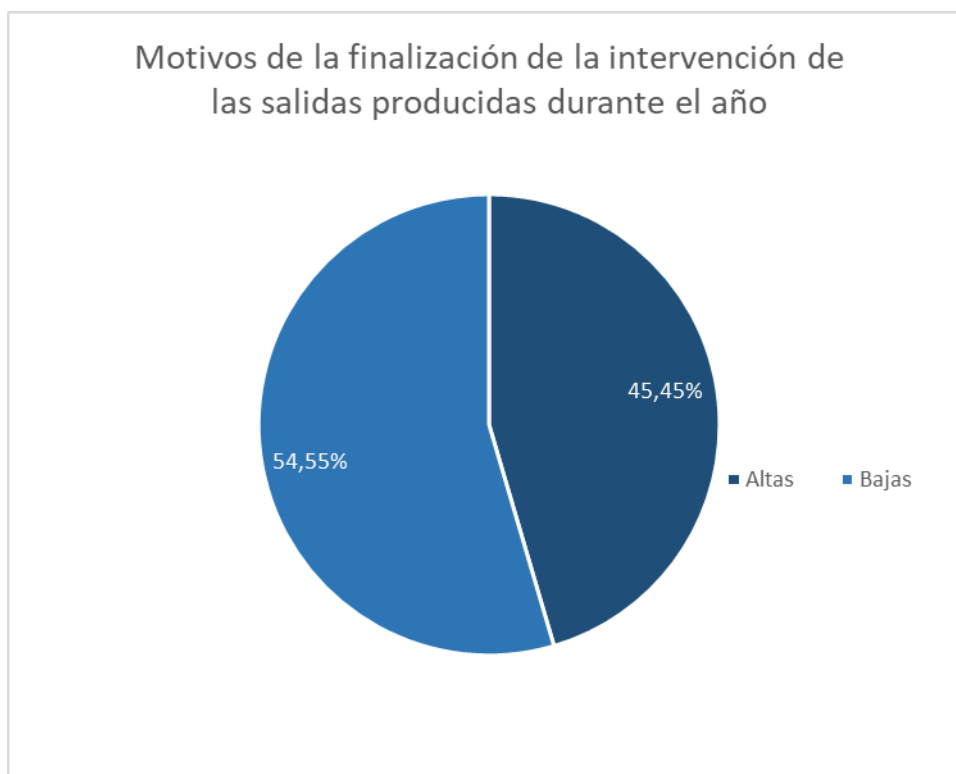
\*% sobre el total de salidas producidas

\*\* Incluye hospital u otra MR

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

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

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



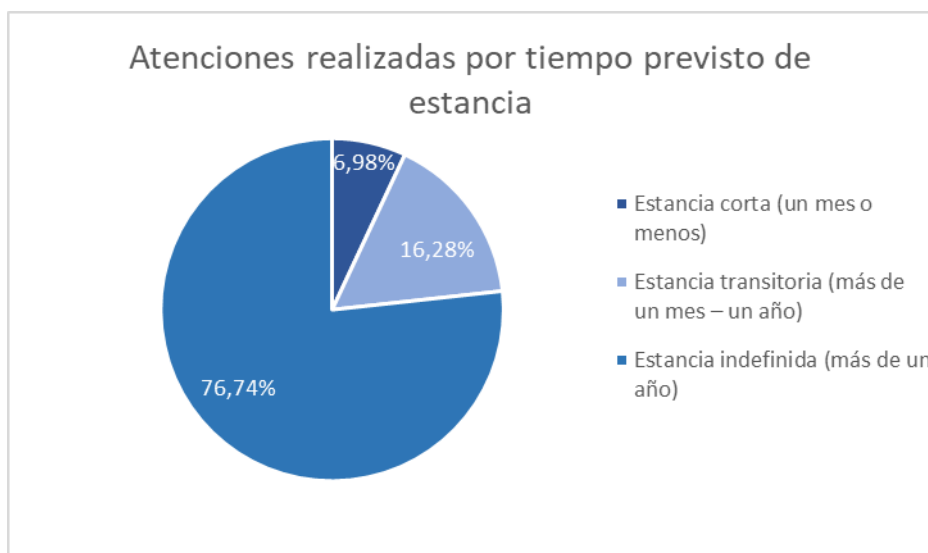
## 2.2. Datos por tipo de estancia prevista y duración de la estancia.

### 2.2.1. Número de atenciones realizadas según estancia prevista:

**Tabla 12. Atenciones realizadas por tiempo previsto de estancia en el último año.**

Nº de atenciones previstas de:	N	%*
Estancia corta (un mes o menos)	3	6,98%
Estancia transitoria (más de un mes – un año)	7	16,28%
Estancia indefinida (más de un año)	33	76,74%

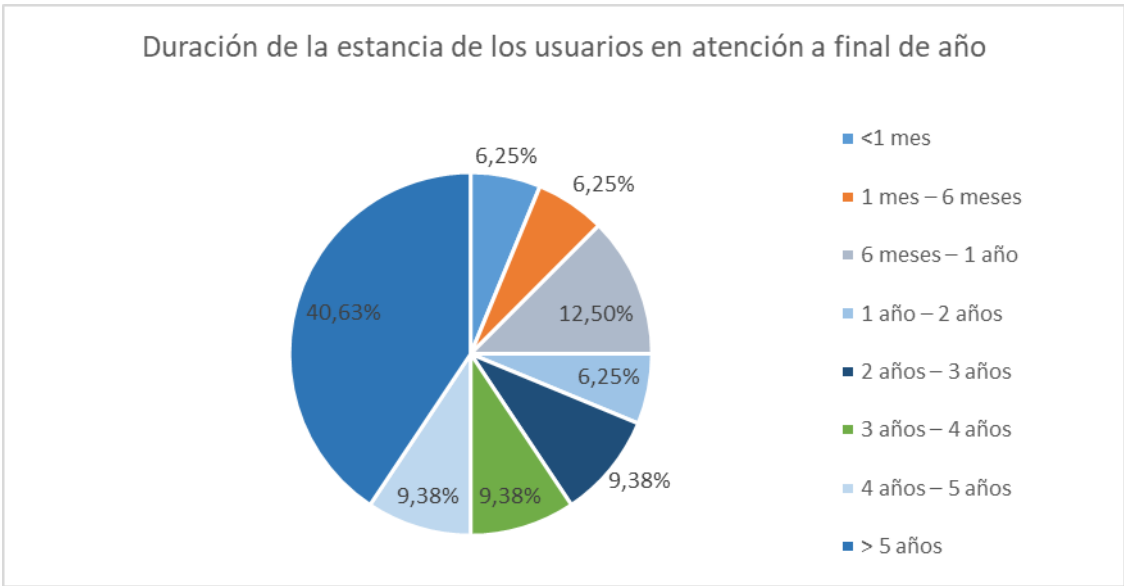
\*% sobre el total de atenciones



### 2.2.2. Duración de la estancia.

**Tabla 13. Duración de la estancia de los usuarios en atención a final de año.**

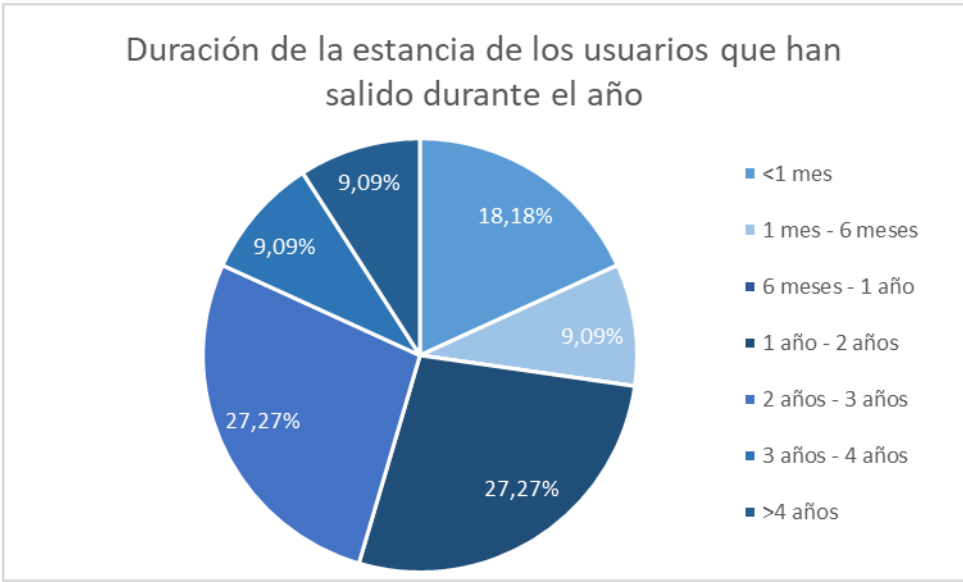
Duración de la estancia de los residentes en atención a 31/12	N	%*
< 1 mes	2	6,25%
1 mes – 6 meses	2	3,13%
6 meses – 1 año	4	12,5%
1 año – 2 años	2	6,35%
2 años – 3 años	3	9,38%
3 años – 4 años	3	9,38%
4 años – 5 años	3	9,38%
> 5 años	13	40,62%



Sobre el total de residentes a 31/12

**Tabla 14. Duración de la estancia de los usuarios que han salido durante el año.**

Duración de la estancia de las salidas producidas durante el año	N	%*
< 1 mes	2	18,18%
1 mes – 6 meses	1	9,09%
6 meses – 1 año	0	0%
1 año – 2 años	3	27,27%
2 años – 3 años	3	27,27%
3 años – 4 años	1	9,09%
4 años – 5 años	-	0%
> 5 años	1	9,09%

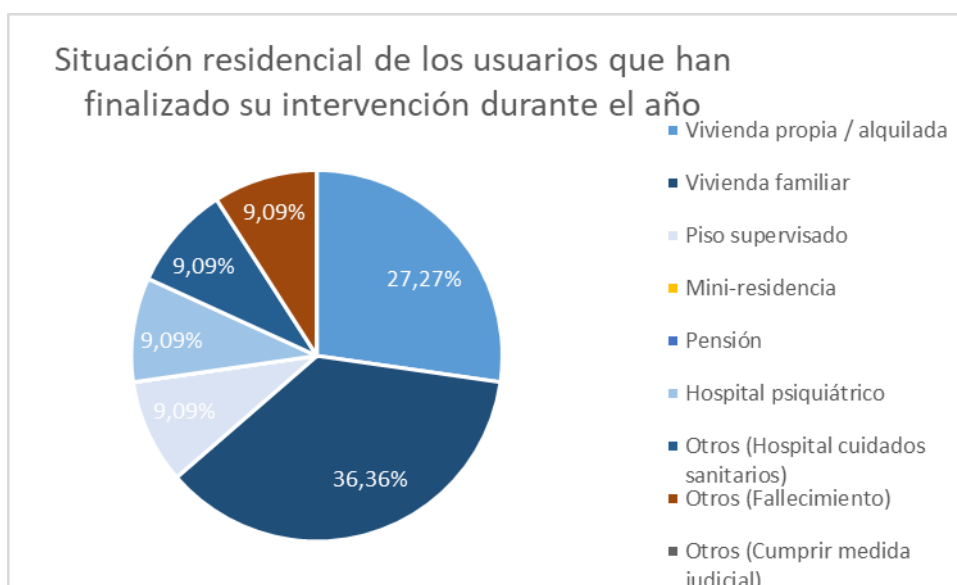


**2.2.3. Situación residencial a la que han pasado los usuarios que finalizan su estancia en la Mini-residencia.**

**Tabla 15. Situación residencial de los usuarios que han finalizado su intervención durante el año.**

Situación residencial de los usuarios cuando finalizan su estancia en la MR	N	%*
Vivienda propia / alquilada	3	27,27%
Vivienda familiar	4	36,36%
Piso supervisado	1	9,09%
Mini-residencia	-	
Pensión	-	
Hospital psiquiátrico	1	9,09%
Otros (Hospital cuidados sanitarios)	1	9,09%
Otros (Fallecimiento)	1	9,09%
Otros (Medida judicial)	-	

\*% sobre las salidas totales



**Comentario:**

*A lo largo del 2025 se han realizado 43 atenciones, siendo 32 las personas atendidas. Las 35 personas atendidas pertenecen al distrito de Fuenlabrada.*

*La distribución por sexos es un 41,86% de hombres atendidos (cifra mayor respecto al año pasado) y un 58,14% de mujeres (cifra también mayor respecto al año pasado).*

*El rango de edad donde recae el mayor porcentaje, 69,77%, es el establecido entre los 31 y 50 años.*

*De los diferentes motivos de acceso de las personas incorporadas han sido:*

- 3 por descanso familiar*
- 4 emergencia social*
- 3 preparación para vida más autónoma.*
- 1 carencia alojamiento*

*Este año se han producido 11 salidas del recurso, cinco altas y seis bajas.*

*De los periodos de estancias en 2025 un 12,5% corresponden a estancias cortas de entre 6 meses y un año. Trece de las 32 personas atendidas a final de año llevan más de 5 años en atención en el recurso. Y un 6,35% tiene una estancia de entre 1 y dos años.*

### 3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.

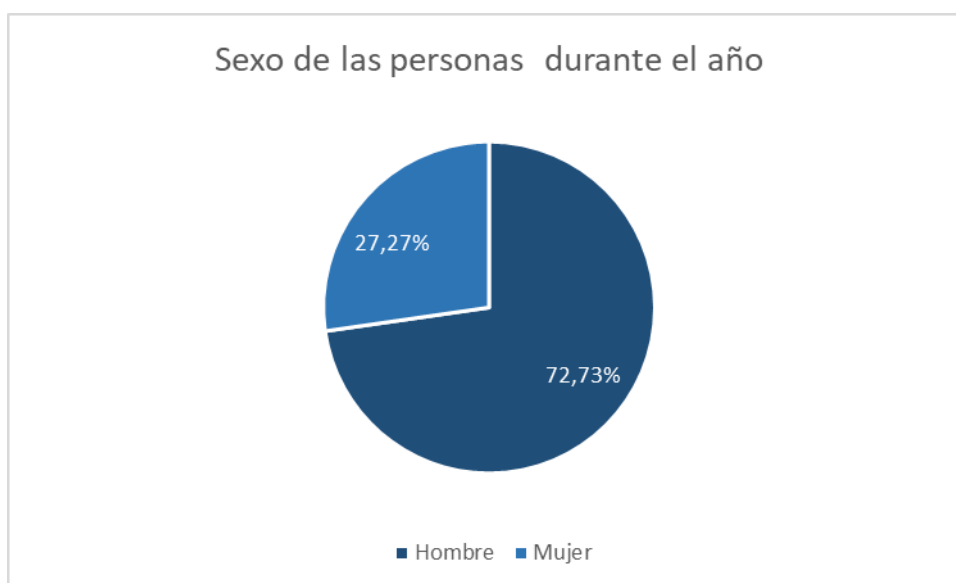
En este apartado de la memoria se recoge los datos sobre el perfil sociodemográfico y clínico-psiquiátrico de las **personas atendidas a lo del año**.

#### 3.1. Datos sociodemográficos:

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

Sexo	n	%*
Varones	8	72,73%
Mujeres	3	27,27%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

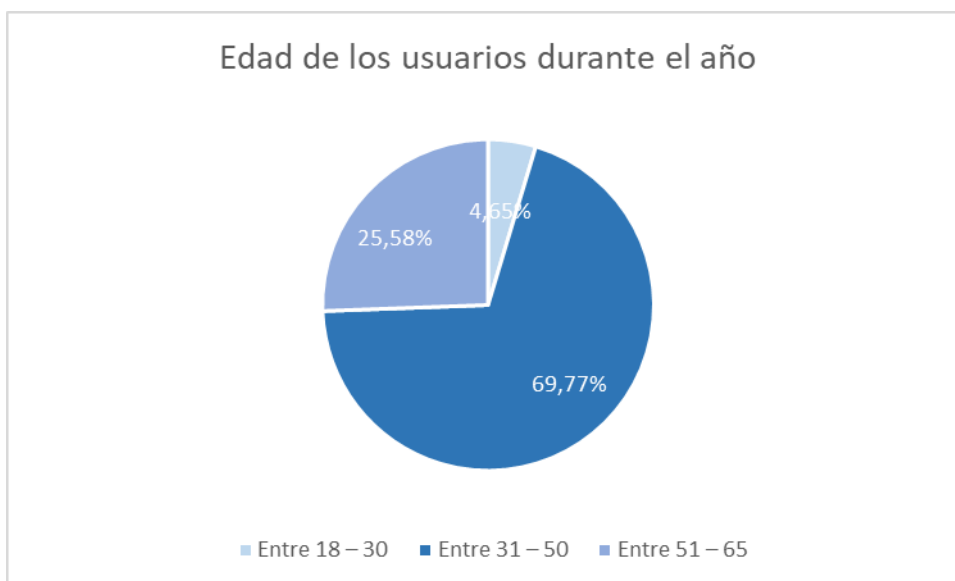
\*Sobre el total de usuarios que se han incorporado durante el año (no sobre el total de entradas)



#### Tabla 17. Edad de los usuarios atendidos durante el año

Edad	Media	
	46,85	
	n	%*
Edad:		
Entre 18 – 30	2	4,65%
Entre 31 – 50	30	69,77%
Entre 51 – 65**	11	25,58%

	Media	
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>

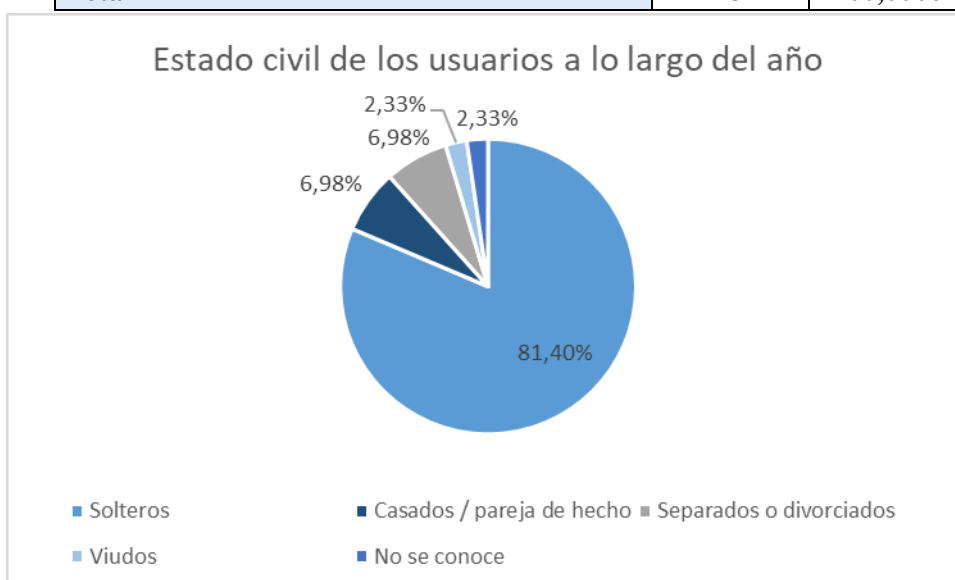


**Comentario:**

*En 2025 de las personas incorporadas el 72,73% corresponde han sido mujeres y el 27,275% a hombres. La edad media es de 46 años centrándose el 69,77% en la franja de edad de 31-50 años.*

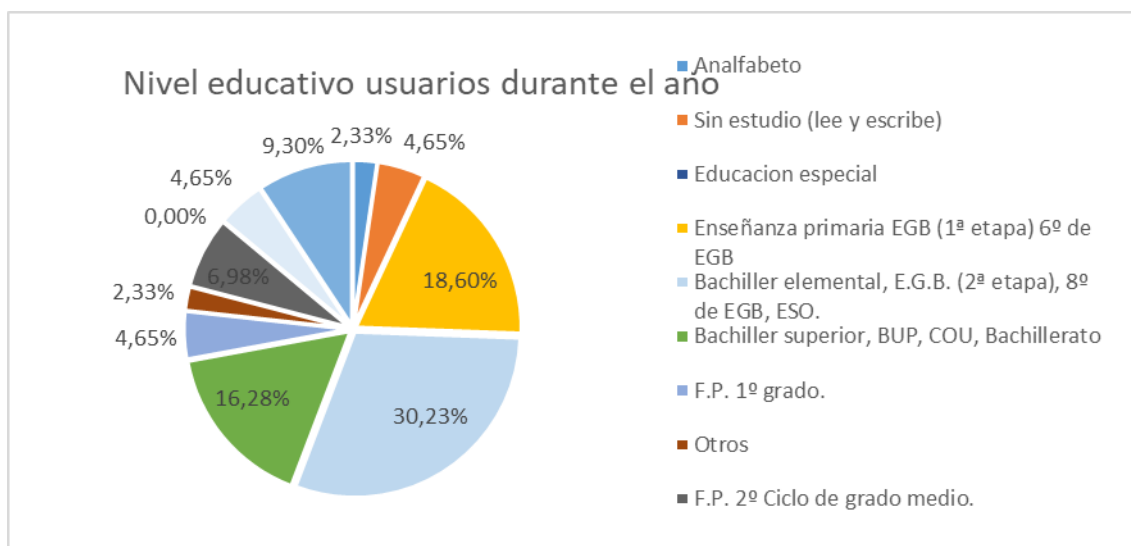
**Tabla 18. Estado civil de los usuarios a lo largo del año.**

Estado civil	N	%*
Solteros	35	81,40%
Casados / pareja de hecho	3	6,98%
Separados o divorciados	3	6,98%
Viudos	1	2,32%
No se conoce	1	2,32%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>



**Tabla 19. Nivel educativo de las personas durante el año**

Nivel educativo**	N	%*
Analfabeto	1	2,33%
Sin estudio (lee y escribe)	2	4,65%
Educación especial	-	-
Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB	8	18,60%
Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB, ESO.	13	30,23%
Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato	7	16,28%
F.P. 1º grado.	2	4,65%
F.P. 2º Ciclo de grado medio	3	6,98%
3º grado. Ciclo de grado superior.	-	-
Título de graduado medio universitario	-	-
Título de graduado superior universitario	2	4,65%
Otros	1	2,33%
Se desconoce	4	9,30%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>



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

Tipo de convivencia***	N	%*
Solo	6	13,95%
Con el cónyuge	1	2,33%
Con madre	1	2,33%
Con padre o madre	4	9,30%
Con madre y otros familiares	4	9,30%
Con los hijos	1	2,33%
Miniresidencia, piso protegido o pensión (supervisada)**	25	58,14%
Otros (Situación de calle)	-	
Otros (UHTR)	1	2,33%
No se conoce/otros (penitenciario)	-	
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>

Título de convivencia de los usuarios durante el año

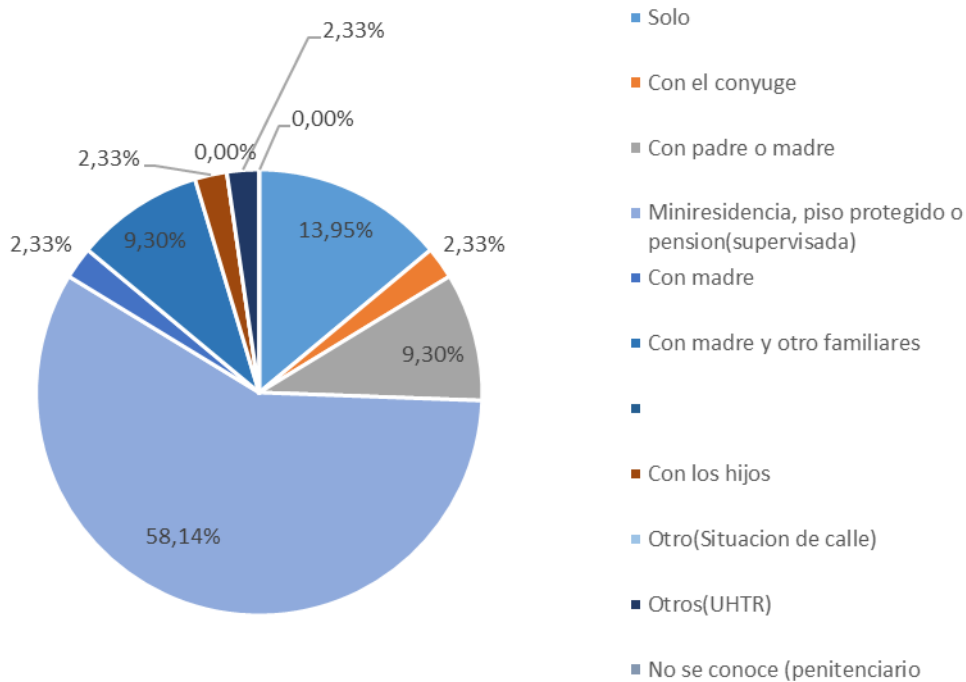
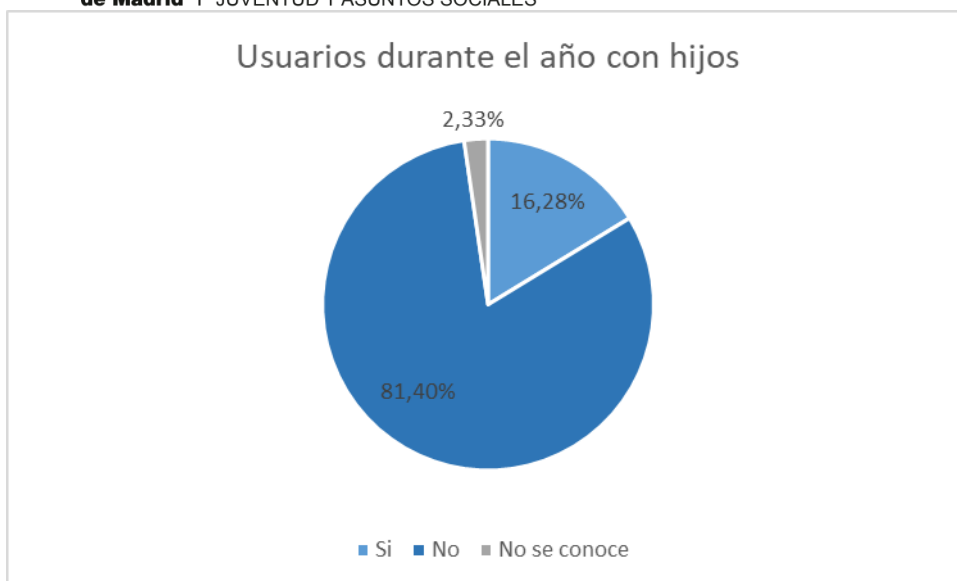


Tabla 21. Usuarios con hijos de los usuarios durante el año

Usuarios con hijos	N	%*
Sí	7	16,28%
No	35	81,40%
No se conoce	1	2,33%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>



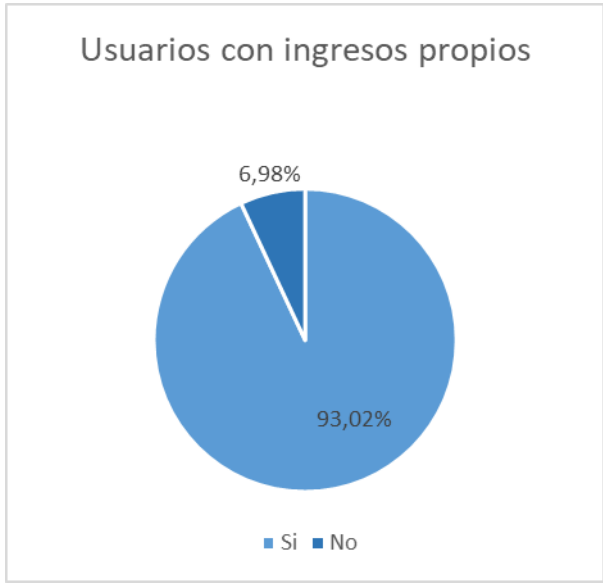
**Tabla 22. Situación económica de los usuarios incorporados durante el año**

	N	%*
<b>Usuarios con ingresos propios</b>		
Sí	40	93,02%
No	3	6,98%
<b>Nivel de ingresos</b>		
Menos de 300 euros**	5	12,50%
De 301 euros a 600 euros	22	55,00%
De 601 euros a 900 euros	8	20,00%
Más de 901 euros	2	5,00%
No se conoce	3	7,50%
<b>Procedencia de los ingresos</b>		
Pensión no contributiva	16	37,21%
Pensión contributiva	6	13,95%
RMI	3	6,98%
Trabajo	4	9,30%
Orfandad	-	-
Hijo a cargo	8	18,60%
Otros (Sin ingresos)	3	6,98%
No se conoce	3	6,98%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>

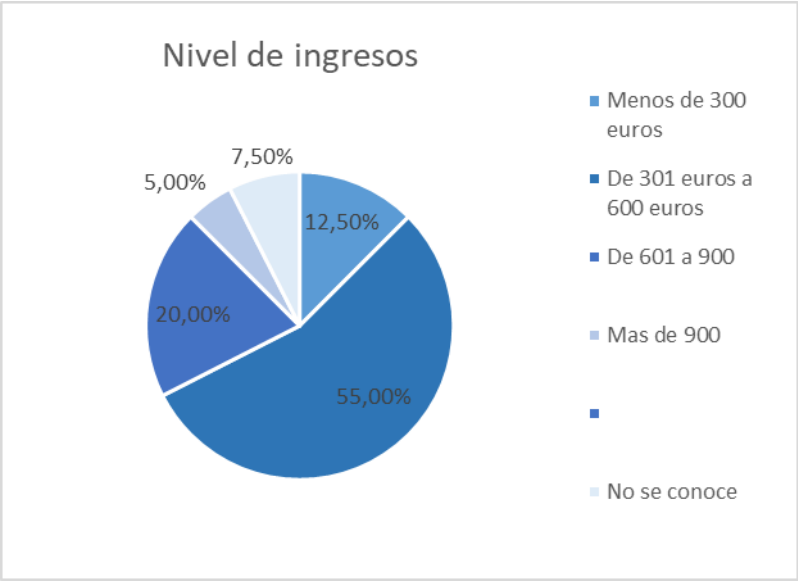
\*Sobre el total de usuarios atendidos en el año

\*\* Los usuarios que carecen de ingresos se han incluido en este apartado.

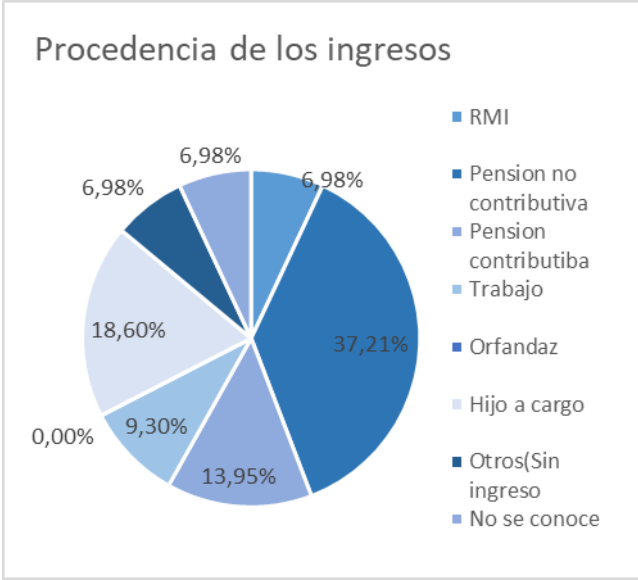
### Usuarios con ingresos propios



### Nivel de ingresos



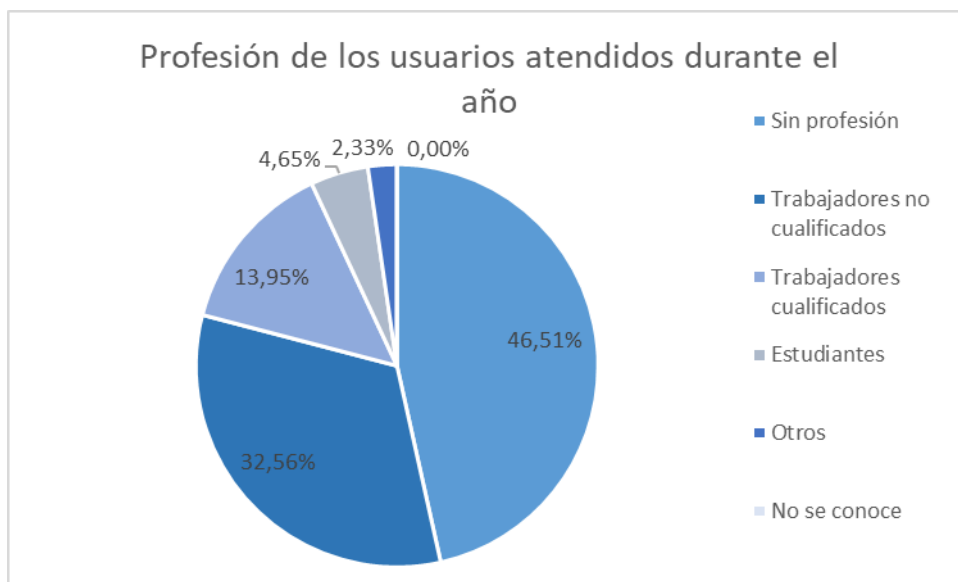
### Procedencia de los ingresos



**Tabla 23. Profesión de los usuarios atendidos.**

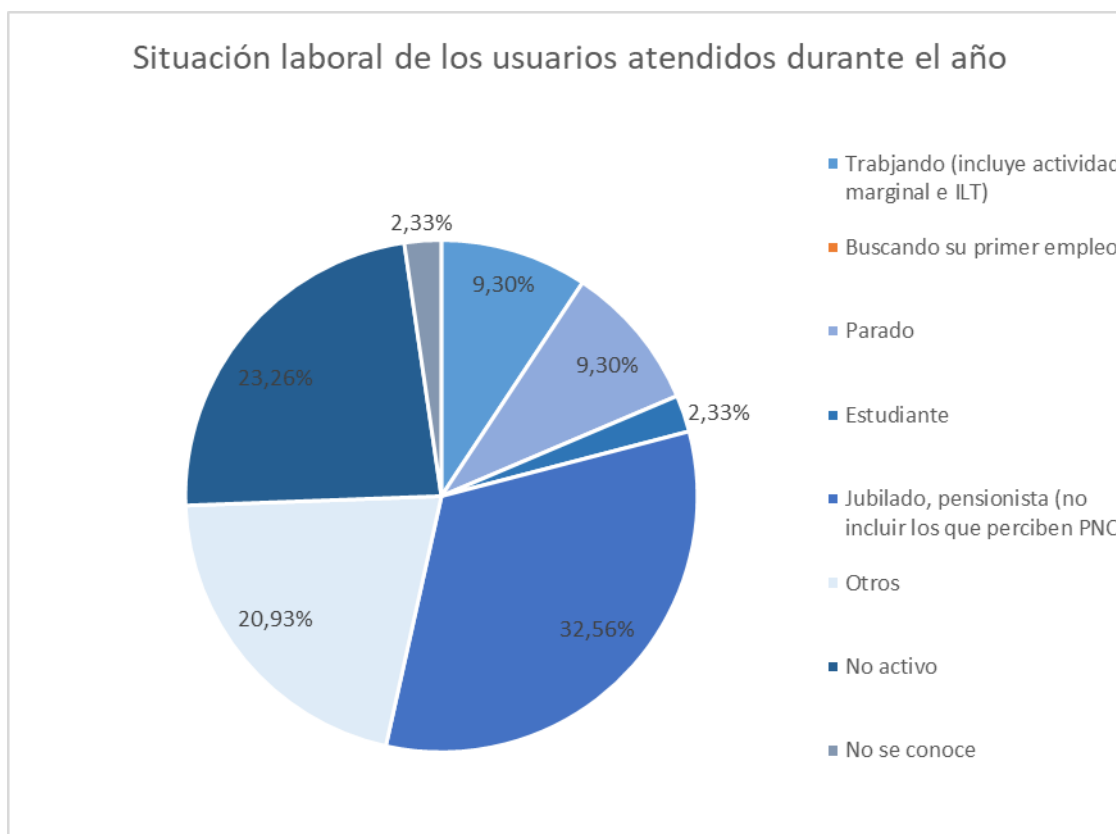
Profesión	N	%*
Sin profesión	20	46,51%
Trabajadores no cualificados	14	32,56%
Trabajadores cualificados	6	13,95%
Estudiantes	2	4,65%
Amas de casa	0	0,00%
Ocupaciones marginales	0	0,00%
Otros	1	2,33%
No se conoce	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>

\*Sobre el total de usuarios atendidos



**Tabla 24. Situación laboral de los usuarios atendidos durante el año.**

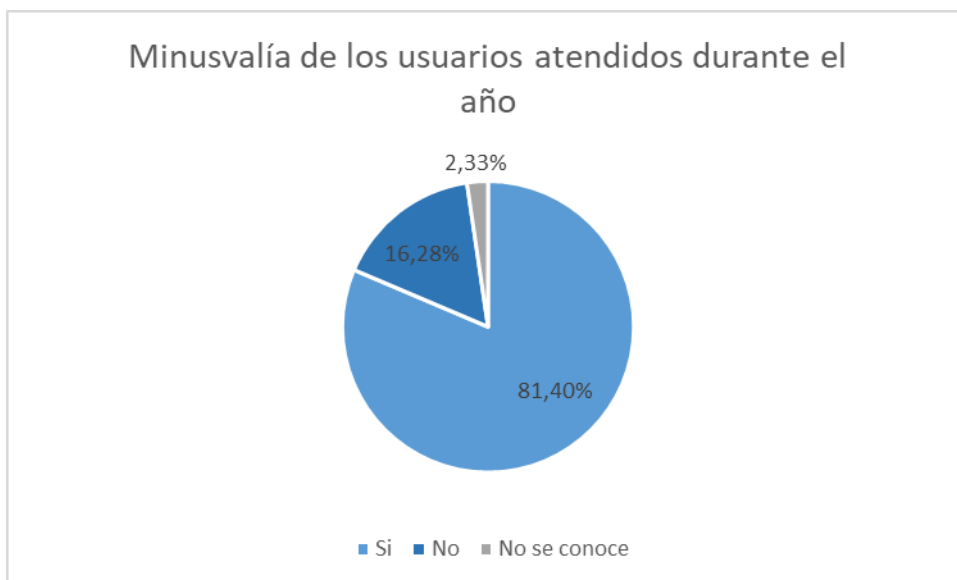
Situación laboral	N	%*
Trabajando (incluye actividad marginal e ILT)	4	9,30%
Buscando su primer empleo (no es necesario estar inscrito en la ORE)	0	0,00%
Parado (no es necesario estar inscrito en la ORE)	4	9,30%
Estudiante	1	2,33%
Jubilado, pensionista (no incluir los que perciben PNC)	13	32,56%
Labores del hogar	0	0,00%
Otros	9	20,93%
No activo	10	23,26%
No se conoce	1	2,33%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>



\*Sobre el total de usuarios atendidos

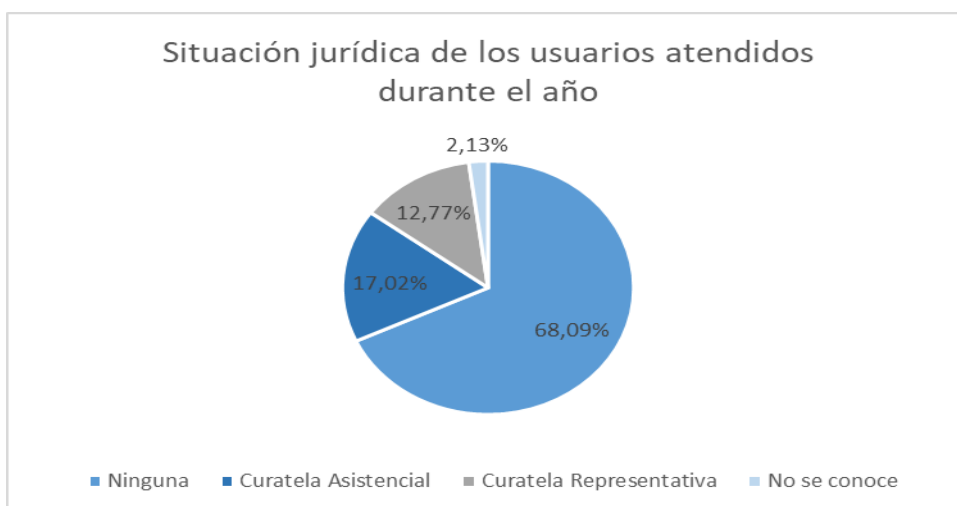
**Tabla 25. Minusvalía entre los usuarios atendidos durante el año**

Declaración de minusvalía	N	%*
Sí	35	81,40%
No**	7	16,28%
No se conoce	1	2,33%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>



**Tabla 26. Situación jurídica de los usuarios atendidos durante el**

Situación jurídica	N	%*
Ninguna	32	68,09%
Curatela Asistencial	8	17,02%
Curatela Representativa	6	12,77%
No se conoce/En trámite	1	2,13%
<b>Total * 4 usuarios tienen las dos</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>



**Comentario:**

El nivel educativo de las personas que han accedido al recurso el 16,28% han finalizado la EGB o ESO. cho personas atendidas tienen hijos.

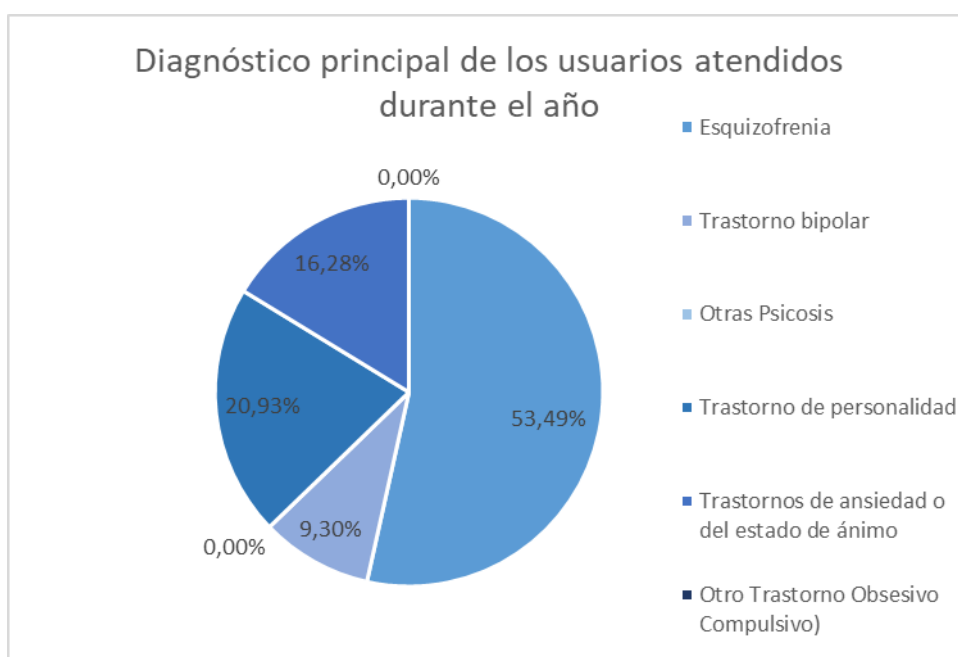
Un 93,02% disponen de ingresos propios, y un 6,98% sin ningún tipo de ingresos. La disposición de ingresos propios facilita a las personas poder desarrollar un proceso dentro del recurso con mejor autoestima y autopercepción, ya que observamos cómo no disponer de ello limita parte del proceso de rehabilitación y futuro proyecto de vida.

De las personas atendidas, seis trabajan o han estado trabajando durante el 2025. El 81,40% presenta el reconocimiento de minusvalía. Sobre la situación jurídica de las personas atendidas el 68,09% no tiene medidas de apoyo.

### 3.3. Datos psiquiátricos:

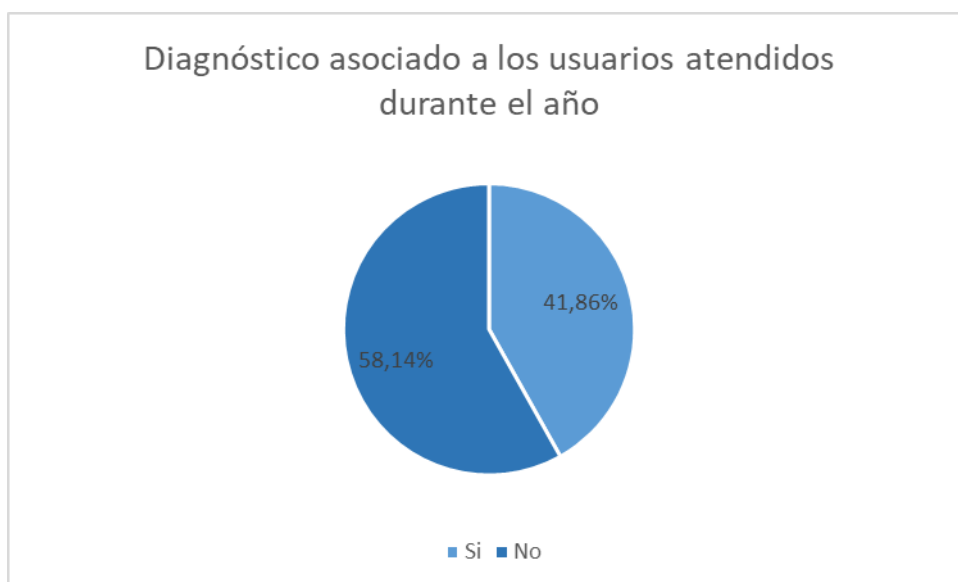
**Tabla 27. Diagnóstico principal de los usuarios atendidos a lo largo del año**

Diagnóstico principal	n	%*
Esquizofrenia	23	53,49%
Trastorno bipolar	4	9,30%
Trastorno delirante	0	0,00%
Otras psicosis	0	0,00%
Trastorno de personalidad	9	20,93%
Trastornos de ansiedad o del estado de ánimo	7	16,28%
Otros (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)	0	0,00%
No disponible	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>



**Tabla 28. Diagnóstico asociado de los usuarios atendidos a lo largo del año**

Diagnóstico asociado	N	%*
No	25	58,14%
Sí	18	41,86%
Trastorno de personalidad	3	16,67%
Retraso mental	-	-
Otros (Episodios de psicosis reactiva breve)	4	22,22%
Abuso de sustancias	11	61,11%
Alcohol	3	16,67
Otras (Cannabis)	6	33,33%
Otras (cocaína)	2	11,11%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>



**Tabla 29. Ingresos previos a la incorporación al centro de los usuarios atendidos a lo largo del año.**

N	%*
---	----

<b>Usuarios con ingresos previos a su incorporación al centro</b>	34	79,07%
---	----	--------



**Comentario:**

*El diagnóstico principal de las personas que han accedido en el 2025 al recurso está vinculado al espectro de la psicosis, presentando un 53,49% esquizofrenia, siendo el año anterior el 50% le sigue con un 20,93% los diagnósticos de Trastorno de Personalidad, que el año anterior era de un 22%.*

*Sobre los diagnósticos asociados los datos de 2025 un 18% presenta diagnóstico asociado. De estos diagnósticos asociados en el relacionado al abuso de sustancias el que presenta mayor siendo de un 61% igual que el año pasado. Conductas muy asociadas a perfiles con trastorno de personalidad y psicosis con rasgos limítrofes de personalidad. De las personas atendidas este año 34 han tenido ingresos anteriores.*

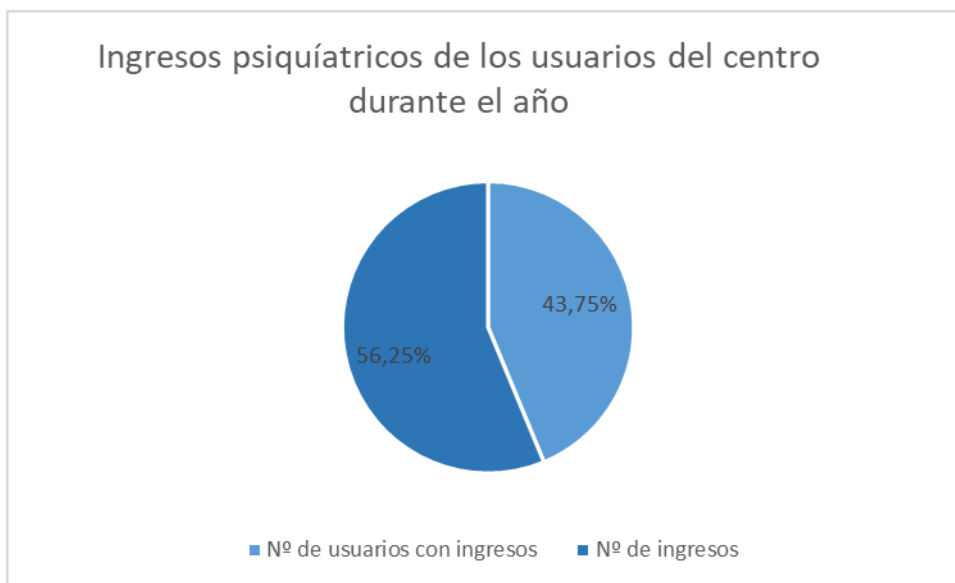
**4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS.**

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

**Tabla 30. Ingresos psiquiátricos de los usuarios del centro durante el año.**

	N	%*
--	---	----

	N	%*
<b>Nº de usuarios con ingresos</b>	7	43,75%
<b>Nº de ingresos</b>	9	



\*% sobre el total de usuarios atendidos

**Comentario:**

*Durante el 2025 se han producido 7 ingresos, tres menos que en el 2024. Los 9 ingresos han correspondido a siete personas. De los 9 ingresos, todos son voluntario, y tres por ingresos somáticos.*

*De las personas atendidas en 2024 treinta y una no han requerido ingreso.*

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

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

### **5.1. Servicios básicos y generales.**

#### **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, la carencia de vivienda propia,

la ausencia de apoyo familiar o social, etc. hacen que sea necesario un apoyo constante las 24 horas del día.

- Se ofrecen cuatro comidas diarias (desayuno, comida, merienda y cena), equilibradas dietéticamente, intentando atender a los gustos y estado de salud de los usuarios.
- Se facilitan distintos tipos de dieta para atender a las necesidades de regímenes especiales. También se hacen las adaptaciones necesarias a los menús en función de las alergias e intolerancias alimenticias.
- 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.



Comunidad  
de Madrid

Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad  
CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



- El equipo de educadores sociales y la terapeuta 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.
- 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.**

- Los usuarios hacen uso de la lavadora, tras la instrucción necesaria y con el apoyo profesional si es preciso. La frecuencia de lavado se establece en función de la demanda planteada por el usuario y la necesidad detectada por el equipo. También pueden lavar a mano si así lo precisan los usuarios. Disponen además de secadora o tendederos según prefieran secar su ropa o el planteamiento de los objetivos de intervención. Además, se trata de concienciar al usuario del uso racional y eficiente de los recursos, el ahorro energético, la conciencia medio-ambiental y el plan de Responsabilidad Social Corporativa de la Fundación Manantial.
- 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.
- El terapeuta ocupacional junto a los usuarios realiza un cuadro de turno para el lavado semanal, facilitando la organización de esta tarea.

### **D. Apoyo y soporte para la integración social.**

- Seguimiento y apoyo 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 coche si es imposible que el usuario se desplace en transporte público.

- Se realizan intervenciones estructuradas y transversales que pretenden fomentar la cooperación, convivencia y la participación social en sus distintos entornos. Los usuarios participan activamente en la elección de las actividades destinadas a intervenir en éste área.
- 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. La mediación entre los residentes y el apoyo individual para la facilitación de la convivencia, es el primer pilar para promover encuentros desde la convivencia.
- 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.
- Se propicia la participación desde el inicio al recurso de los apoyos sociales que la persona dispone. La familia cumple un lugar en la Residencia junto a usuario, donde el equipo trabaja en conjunto, cuando sea posible, las relaciones entre ellos que vayan a facilitar el desarrollo de la autonomía de la persona. También apoyando y acompañando a las familias en este proceso, ya que también presentan necesidades y cuidado.

#### **E. Apoyo emocional y psicosocial.**

- Se fomentan espacios y momentos de intervención dirigidos la expresión y reconocimiento de estados emocionales, a través de los cuales, se brindan elementos de apoyo terapéutico para disminuir, compartir, expresar y elaborar de otro modo el malestar emocional.
- Los profesionales trabajan hacia el desarrollo de habilidades que fomenten estrategias de afrontamiento, manejo del estrés, conocimiento y responsabilidad sobre su tratamiento, ...etc., que permite a los usuarios a fortalecer su cuidado.
- El equipo dirige su labora 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.



Comunidad  
de Madrid

Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad  
CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



- En coherencia y en apoyo a las intervenciones de Salud Mental y otros dispositivos especializados de salud y rehabilitación, todos los usuarios tienen sesiones de apoyo psicosocial con la psicóloga, la terapeuta ocupacional y los educadores sociales de la Residencia, así como un trato cálido y afectuoso.

#### **F. Entrenamiento en hábitos de la vida diaria para la 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 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 presentan 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.
- Se realizan seguimientos periódicos con los usuarios para conocer y abordar necesidades que tengan que ser atendidas desde los centros de Atención Primaria o de Especialidades para asegurar la correcta atención a la salud física de cada usuario.
- Se fomenta un estilo de vida activo, proponiendo distintas actividades en las que el ejercicio físico juega un papel esencial, además de espacios de cocina para conocer elaboración de platos saludables y gustosos.

#### **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.

- Los trámites y gestiones necesarios en caso de fallecimiento para aquellos usuarios que carecen de familia o no pueden contar con su apoyo.

Los usuarios realizan, con la organización, supervisión y apoyo profesional preciso, una amplia gama de las tareas necesarias para la organización de la convivencia en las condiciones adecuadas y para la prestación de los servicios básicos. De esta manera se trata de fomentar la participación del usuario en el recurso, de manera que cambien su rol de enfermos que están aquí sólo para recibir cuidados, por un rol más activo, productivo y participativo, lo cual tendrá su repercusión no sólo en el nivel de autonomía de los residentes, sino en su estado de ánimo, su nivel de autoestima, su sentimiento de pertenencia y compromiso. La Residencia garantiza con sus propios recursos humanos, la limpieza y correcto estado de las cosas, tanto de los espacios comunes como privados, de los usuarios y profesionales.

El estilo de supervisión por parte de los profesionales siempre se centra en acompañar al descubrimiento de potencialidades individuales, reforzarlas y darles un lugar y valor. El objetivo es que hagan las cosas porque le encuentren sentido y que reforzadores naturales sean los encargados de facilitar el mantenimiento, y no por obligación. Tratamos de que las conductas objetivo de cada usuario sean significativas para ellos. Del mismo modo que puedan ser significativas para el grupo, ya que se trata de acompañar un proceso de rehabilitación individual en un espacio de convivencia, donde los lazos sociales, la cooperación, participación y el compromiso con los otros son esenciales en este proceso también.

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



## 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 cada seis meses su revisión como mínimo.

En el diseño del Plan Individualizado de Atención Residencial se cuida con esmero que los objetivos planteados sean realistas y que tengan significado para el usuario. En la medida de lo posible se intenta que las intervenciones que se deriven 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 que nos ofrece la vida diaria en la Residencia y no mediante actividades programadas. Este estilo de trabajo, hace que el usuario se sienta cómodo en el recurso en lugar de desbordado por las actividades programadas, las obligaciones y las normas, y de esta forma es mucho más fácil conseguir que esté motivado y se implique en su propio proceso de rehabilitación. 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 Fuenlabrada son los siguientes:

## **A. DERIVACIÓN Y COORDINACION CON CSM.**

- 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 varios profesionales de la Residencia (Directora, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional y/o Educador Social). Es en estas comisiones es donde tienen lugar las derivaciones al recurso, 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.
- Después de hacer una breve descripción del caso que se presenta, conociendo la propuesta de objetivos de la derivación se acuerdan los plazos de estancia del usuario.
- Se perfilan unos primeros objetivos de trabajo.
- Se establece el plazo aproximado para el acceso del usuario.
- Las coordinaciones con CSM se desarrollan desde el modelo de seguimiento por Gestión de Caso. Desde este modelo de Gestión de Casos, todos los profesionales que atienden al usuario están presentes; referentes clínicos, trabajadores sociales de CSM, enfermería, profesionales, AMTA, UR, de otros recursos de rehabilitación de la red de Fuenlabrada y el equipo de Piso. A través de este modelo se trata de abordar el proceso de rehabilitación de forma más integral, multidisciplinar y en red. Abordando los siguientes aspectos: la evolución del usuario, los objetivos que se están trabajando, las intervenciones que se han diseñado encaminadas a conseguir dichos objetivos, los posibles problemas que estén surgiendo, la previsión de estancia considerada ideal de acuerdo a la evolución, etc.
- Cada dos meses la dirección del recurso mantiene coordinación con el Jefe de Servicio del recurso para la revisión de la lista de espera, actualización de la misma y valoración en caso de plaza vacante de la derivación asignada. En estas coordinaciones además se realiza un trabajo conjunto sobre la revisión de los tiempos de estancia en aquellos residentes que entraron con plaza indefinida y su evaluación puede ir dirigida a una salida del recurso, bien el piso supervisado, viviendas autónomas o regreso al domicilio familiar. También se aborda la distribución de las plazas por temporalidad, con el fin de prever que se disponga de una distribución acorde al pliego en plazas indefinidas, transitorias y cortas, y cuestiones de carácter organizativo y de coordinación entre ambos dispositivos.



Comunidad  
de Madrid

Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad  
CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



## B. PRIMERA VISITA.

- La visita previa tiene lugar varios días antes del acceso definitivo, siempre que sea posible. En la medida de lo posible, el usuario viene a conocer nuestro recurso acompañado de algún familiar o allegado, en ocasiones acompañado por profesionales del CSM.
- Le recibe la dirección del centro acompañada de algún otro profesional (preferentemente el educador social a quien se le ha asignado el caso). Si no pudiese estar la directora le recibirá la psicóloga o la terapeuta ocupacional y el educador de referencia preferentemente.
- En este contacto se priorizará que el usuario conozca el recurso, las dinámicas de convivencia y comience a crear vínculo con algunos de sus profesionales y usuarios. Es por eso por lo que se procurará que sea una entrevista lo más cálida posible.
- Es una aproximación a la vida en la Residencia, se inicia la explicación de las rutinas y costumbres en el recurso.
- Después se le enseñará el centro y, siempre que sea posible, su futura habitación.
- Además, se le presentará a algún otro usuario que pueda darle una visión positiva del recurso que contribuya a disminuir la ansiedad inicial, que incluso puede hacer de guía en un recorrido inicial por la residencia, haciéndole la visita más cercana.
- Se entrega el Libro de Acogida de la Residencia. Esta documentación consiste en un pequeño folleto informativo sobre el recurso, horarios, profesionales, actividades, enseres, objetos personales y de aseo básicos para su acceso al recurso y medios de transporte. Este pequeño folleto facilita el acceso cuando ya la persona se incorpora al recurso. Se incluyen medidas relacionadas con PRL y protocolo para control de plagas.
- Si es posible se comunica la fecha del acceso que ya habrá sido acordada con el Centro de Salud Mental correspondiente.
- La residencia dispone de un espacio grupal los lunes por la tarde que facilita la acogida grupal. Este espacio está abierto a recibir a los residentes que vayan a incorporarse en los próximos días, o bien a quienes desean conocer el recurso y la dinámica de este una vez derivados o antes de su derivación. A este espacio pueden acudir acompañados. Para ello se ponen en contacto con la residencia y se acuerda el lunes que van a participar en él.

### **C. ACCESO Y ACOGIDA.**

- El usuario llega a la Residencia para quedarse.
- Será recibido por su educador de referencia y por la Directora del recurso.
- Se le acompañará a su habitación y se le ofrecerá la ayuda necesaria para organizar sus objetos personales.
- El educador de referencia tendrá una breve sesión con él para acompañar, aclarar dudas y darle información básica sobre la organización de la vida en la Residencia. El educador 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 al recurso, etc. Con esta información el educador rellena la ficha de acogida del usuario.
- Se tratará de disminuir su ansiedad aportándole información tranquilizadora y ofreciéndole todo el apoyo que necesite.
- En este momento de acogida, el usuario también dispone de un espacio grupal, Hablamos, 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 pequeñas tareas, el educador de referencia y el equipo estará más próximo y disponible, acompañando a la persona en estos primeros días. Pasados unos días el educador se reunirá con el usuario para evaluar cómo han sido estos primeros días.
- Se dará especial importancia a que empiece cuanto antes a establecer contactos con otros usuarios, aprovechando las tareas de funcionamiento de la Residencia que fomenten las relaciones.
- Un profesional 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.
- No siempre en la acogida el usuario queda instalado, a veces la persona necesita sus tiempos de acercamiento, por lo que se ofrecen espacios grupales e individuales de acogida, sin pernoctar, y se va trabajando una planificación de tiempos para su entrada,



por ejemplo; visitas a grupos de Hablamos, entrevista con el referente, días para trasladar pertenencias a su habitación.

#### **D. EVALUACION INICIAL**

Este proceso en realidad comienza en la visita previa al recurso y en la Comisión de derivación ya que es necesario disponer de una información previa sobre la persona antes de su acceso 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.
- Personales y socio demográficos.
- Capacidades y necesidades para el autocuidado, actividades de la vida diaria, cuidado y responsabilidad en el tratamiento psiquiátrico, relaciones personales, ocio y tiempo libre, integración comunitaria, red de apoyo, familia.
- Se cumplimentará y firmará el Contrato de Residencia.
- Se pone a disposición del usuario el Reglamento de Funcionamiento Interno, una vez lo ha leído se aclaran las dudas que puedan aparecer.

#### **E. EVALUACION INTERDISCIPLINAR Y ELABORACION DE PIAR.**

- Una vez incorporado a la Residencia y tras unos primeros días de adaptación del usuario, 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 y espacios de seguimientos de evaluación acordados con el usuario. En esta etapa de evaluación se recoge la información necesaria para elaborar los posteriores objetivos de trabajo individualizados y se incluirá en ella encuentros con familiares y allegados que el usuario contemple como significativos en este proceso.
- La psicóloga, Terapeuta Ocupacional y Educador de referencia realizan la evaluación de las áreas asignadas a sus funciones, desde una perspectiva interdisciplinar.

- El tiempo de evaluación disponible es de 45 desde el momento de la incorporación del usuario, siempre con la flexibilidad necesaria para adaptarnos a las características individuales de cada usuario. El usuario durante ese periodo mantendrá entrevistas de evaluación con la Psicóloga y la Terapeuta, además de con su educador de referencia.
- Una vez transcurrido el tiempo estimado de evaluación se realiza la Junta de Evaluación para redactar y diseñar el PIAR y acordar los objetivos de trabajo. En este momento se cuenta con la participación del usuario en la redacción y establecimiento de los objetivos, siempre que sea posible. Ya que los objetivos son una herramienta a disposición del usuario para la elaboración de su proyecto vital. 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. Para el desarrollo de estos objetivos se mantiene coordinación con el CSM de referencia.
- Los objetivos de PIAR serán revisados cada seis meses junto al usuario, permitiendo disponer de un guion de trabajo que indique hacia dónde dirigir, 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.
- Los objetivos establecidos en la elaboración del PIAR y sus posteriores revisiones son comunicados en las Comisiones de Coordinación mensual con el SSM.

## **F. ATENCION INDIVIDUAL.**

Las intervenciones realizadas desde la Residencia de Fuenlabrada 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 concretos, 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 para el logro o como facilitadores activos. Por ello dividimos las intervenciones en individuales y grupales, dentro y fuera de la residencia, con las personas que conviven en él y con los apoyos relacionales que dispone la persona, además de contar con las coordinaciones necesarias de aquellos usuarios que se encuentren en otros recursos de la red o de la comunidad. 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 y disponga como

apoyo para su proceso de rehabilitación y desarrollo de su proyecto personal en la comunidad como un individuo más con la mayor calidad de vida posible.

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, con intervenciones abiertas, espontáneas y dinámicas que aparecen en día a día de la persona y son fuente de oportunidades de trabajo.

Los usuarios junto al educador de referencia programan semanalmente el seguimiento individualizado donde se incorpora a la psicóloga y/o terapeuta ocupacional según necesidad de intervención. Las intervenciones mantenidas en estos encuentros semanales están dirigidas al seguimiento de su PIAR con las áreas correspondientes de trabajo, además de poder abordar aquellas cuestiones cotidianas y diarias para fortalecer el apoyo a desarrollar en su rehabilitación.

En la programación de las intervenciones individuales, el usuario tendrá seguimientos individuales con la psicóloga y/o terapeuta ocupacional que sean necesarios para el desarrollo de los objetivos de su PIAR, así como con el resto del equipo.

Las principales intervenciones individuales se centran en las siguientes áreas:

- **ÁREA CLÍNICA Y TRATAMIENTO:** Se supervisa y se realiza seguimiento y apoyo en todo aquello vinculado a su salud psíquica y tratamiento establecido para ello desde su CSM. Los profesionales abordan y supervisan con el usuario cómo organiza y mantiene su plan de tratamiento. Esta área de intervención recoge un trabajo amplio sobre el cuidado y prevención de su estado de salud mental. 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, 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.

El autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

- **APOYO EMOCIONAL:** La misión principal para el equipo es elaborar día a día estrategias que faciliten una vinculación con el usuario, que permitan la consolidación de confianza. En la comprensión de que no sólo tenemos ante nosotros a una persona con dificultades, sino que se trata de alguien con sentimientos, inquietudes, proyectos, ilusiones y una serie de características individuales propias que la hacen única. El profesional representa un rol de apoyo, protección y contención; que facilita a su vez la “capacidad de estar sólo” contribuyendo a la madurez en el desarrollo emocional del usuario.
- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:** Damos a estas actividades diarias un lugar importante dentro de la vida cotidiana, una oportunidad para el auto-cuidado, para el desarrollo de capacidades y compromiso con el espacio donde vive, las personas con las que convive y el entorno social. Las actividades de la vida diaria, como cuidado de ropa o pertenencias, 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. Autopercebirse suficientes en el día a día permite que los residentes construyan de forma más segura y afianzada un proyecto de vida. Los educadores de referencia junto a la Terapeuta Ocupacional mantienen un seguimiento y apoyo individualizado para cada una de los residentes.
- **RELACIONES INTERPERSONALES/FAMILIARES:** Dividiendo en tres bloques la participación social, establecemos tres líneas de intervención; la participación en la comunidad, la participación en la familia y la participación con compañeros y amigos. Juntos conforman el apoyo social que los usuarios disponen o podrían disponer. La propia Residencia es un espacio comunitario donde se establecen diferentes y diversos tipos de relaciones. Se propicia el fomento de relaciones de convivencia que partan de la cooperación, la participación, compromiso con el grupo, respeto y el apoyo mutuo.

Respecto a los familiares, los amigos y la comunidad en general son un recurso muy valioso en los momentos de crisis a los que se enfrenta cualquier persona. Estas relaciones sociales proporcionan un espacio de intercambio e interacción con personas emocionalmente significativas en el que se encuentra soporte y apoyo emocional, sentimientos de afiliación, entre otras. El equipo desde el inicio de la incorporación del usuario inicia un trabajo individual junto al usuario, con sus relaciones sociales y

familiares, manteniendo encuentros con la familia y/o allegados significativos, en ocasiones conjuntos en otras separadas, según el momento y necesidades de intervención.

- **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 también de la Residencia. Valoramos el ocio como dimensión satisfactoria para los residentes, al mismo tiempo que desarrolla convivencia social sin perder su carácter personal. El equipo acompaña en la búsqueda de intereses personales para el disfrute del ocio y tiempo libre. En este acompañamiento individual incluimos espacios y tiempos compartidos entre los usuarios, encontrando que a menudo es un escape de tensiones en las relaciones, y estrecha el vínculo entre ellos.
- **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, el 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, junto al usuario, trabaja en busca de ir adecuando las necesidades e intereses del usuario, con las acciones pertinentes. Se trata mantener o descubrir esas necesidades o centro de interés que los residentes presenten para acompañar de forma segura a posibles nuevos contextos o espacios de participación como vecino y ciudadano.

## G. INTERVENCION GRUPAL

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

La Residencia como dispositivo para el desarrollo de la rehabilitación psicosocial de las personas, presenta además una característica propia, la convivencia junto a otras personas que se encuentran en procesos similares. Unida a esta característica se añade lo enriquecedor de ser un modelo residencial 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 de referencia, el psicólogo o el 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.



## PROGRAMAS 2025

Programas	Objetivos
VIDEOFORUM	Disfrutar de un espacio de ocio nocturno gratificante e interaccionar con las/os residentes y profesionales a través del visionado de series o películas.
UNA RESI SALUDABLE	Promover hábitos y rutinas saludables en los residentes, que les ayuden a mejorar su auto cuidado tanto físico como mental. Dentro se encuentran los de <b>Paseos con la vecina, Brunch</b>
OCIO	Fomentar las relaciones sociales a través el ocio y tiempo libre tanto dentro de la residencia como en el entorno comunitario de forma satisfactoria. Dentro se encuentran los grupos <b>Autocuidados, Juegos de Rol, salidas</b> , entre otros.
ESPACIO MUJERES	Generar relaciones de sororidad entre las mujeres de la residencia.
BOXEO	El boxeo tiene una serie de beneficios para la mente que no podemos ignorar. Este entrenamiento es un gran catalizador de energía y emociones. Asimismo, es una actividad en la que los participantes liberan tensiones, estrés acumulado y les permite exteriorizar las emociones reprimidas, facilitando así una correcta higiene del sueño.
FUTBOL ESPORTING-LEPONEX	Fomentar la actividad física y el deporte como instrumento para la integración social, la recuperación y la lucha contra la discriminación, promoviendo los valores como el deporte para todos y todas, la solidaridad y el trabajo en equipo. Este programa se lleva a cabo junto a la Residencia de Leganés.

COMPARTIENDO INQUIETUDES	Para hacernos conscientes de nuestra enfermedad y aprender a llevarla por ti mismo. Porque nos ayuda a manejar nuestro sufrimiento. Verse reflejado en el discurso del otro te permite aprender sobre ti mismo. Para aprender a dejar de lado las paranoias. Para entender al otro, cultivar la empatía y el conocimiento del otro y ayudar a mejorar así la convivencia en el recurso.
NATURALMENTE	Espacio que promueve el contacto con espacios naturales a través de salidas con rutas diarias. Fomentando las AVD, el ocio y tiempo libre junto a la integración comunitaria y relaciones entre iguales.
RADIO PODCAST	En el espacio de noche se lleva a cabo un programa de radio-podcast que busca crear un espacio participativo de expresión individual y colectiva.
REUNIÓN BIENESTAR (ASAMBLEA)	<p>Desde el equipo de profesionales se ha valorado la necesidad de estos espacios por las siguientes cuestiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La necesidad de espacios para la organización y toma de decisiones en lo referente al día a día residencial.</li> <li>- Fomentar la participación e implicación de las personas tanto en la residencia como en la comunidad de la que forman parte.</li> <li>- Adquirir un compromiso con las normas y las tareas de la residencia.</li> <li>- Para sentirse escuchados, además puede ser un elemento facilitador de la convivencia y rehabilitador.</li> <li>- Tener un espacio de acogida grupal para nuevos residentes.</li> </ul>



## ACTIVIDADES FAMILIAS

Durante el 2025, en la residencia se ha seguido interviniendo con las familias, y personas significativas de los residentes. La intervención se ha llevado a cabo desde tres líneas:

Desde la parte individual, donde tras la evaluación y los objetivos marcados, se valora la importancia y necesidad de poder introducir a la familia en el proceso de intervención, respetando siempre la decisión del residente de participar directamente en los encuentros; y siempre que no perjudique su proceso, teniendo en cuenta su historia biográfica.

Por otro lado, tenemos otra rama de intervención, que sería la parte de ocio, donde los objetivos es potenciar encuentros familiares donde se facilite un espacio donde puedan pensar y expresar sus emociones desde primera persona.

Y por último desde el ocio, donde tanto residentes, profesionales y familiares o personas significativas nos hemos podido reunir para realizar diferentes actividades, donde se pueda trabajar espacios gratificantes para los participantes, y romper dinámicas establecidas dañadas por lo vínculos generados anteriormente.

Este año un encuentro de familias “furor navideño” se realizó por la tarde a diferencia de las veces anteriores que se hace por la mañana y esto no siempre facilita la asistencia. Otras acciones han sido realizar una barbacoa y un bingo comunitario. De cara al año que viene la idea es crear un grupo más sólido con la idea de abrir un grupo multifamiliar.





### **OTRAS ACTIVIDADES GRUPALES DESARROLLADOS FUERA DE PROGRAMAS DURANTE EL 2025.**

Dentro de los espacios de la residencia se ha realizado actividades que no están integradas en los programas. Pero que consideramos de gran relevancia para fomentar la participación de los residentes en el centro, la comunidad y para vincular con los profesionales desde una experiencia positiva o una resignificación. Como dispositivo residencial, los espacios y relaciones que aparecen de forma más espontánea nos permiten realizar intervenciones grupales no programadas, como por ejemplo paseos, salir a hacer compras, cocinar postres, ver una película, etc. Estos espacios más menos estructurados aparecen de la escucha a los/as residentes, en función de sus intereses e inquietudes.

En este tipo de espacio, las profesionales nos convertimos en un apoyo para poner en marcha la actividad deseada, tanto de la difusión como de la preparación. Somos unas participantes más, lo que nos permite estar y vincular desde la horizontalidad.

Estas actividades se originan en espacios grupales, como Hablemos y Bienestar, juntos a las intervenciones individuales y espacios informales. El equipo escucha los intereses y deseos de los residentes, y junto a ellos se dirigen a poner en marcha lo que manifiestan, dando un lugar a la acción, responsabilidad y compromiso en sus intereses y deseos.

Estas son algunas de las actividades realizadas en el 2025, entre otras.

<b>ACTIVIDADES</b>
Historia de Egipto
Historia del Soul
Bloodbowl
Día de la tortilla
Encuentro 8M con Leganés
Grupo Salad Lovers
Merendola y juegos deportivos
Charla ola de calor, higiene bucal y limpieza de manos
Bolera y cocacolas
Conoce tu centro de salud
Paseos por el barrio y parques cercanos
Bingo navideño
Viernes de deporte
Barbacoa
Charla Cruz Roja
Economía para tu autonomía
Salidas ruta bicicleta

### **Participación en actividades del Servicio de Ocio y Valor Social de la Fundación Manantial.**

Desde la residencia valoramos el impacto que el ocio y uso de tiempo libre de forma gratificante y significativa tiene para los residentes. Las actividades de ocio no solo brindan diversión, estimulan actividad física, proporcionan relajación, fomentan interacciones sociales positivas y refuerzan la confianza y autoestima en uno mismo.



A lo largo de año hemos participado en diversas actividades de ocio que el Servicio de Ocio y Valor Social de la Fundación Manantial ofrece a los residentes.

<b>ACTIVIDADES</b>
Equipo sporting
Torneo baloncesto y actividades deportivas voluntariado la caixa
Encuentro intergeneracional Cruz Roja
Senderismo Rascafría
Propuesta voluntariado Virgen de la Cueva

#### **H. MEJORAS OFERTADAS.**

<b>ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Encuentro intergeneracional 8M Cruz Roja</li><li>• Sesión informativa UAR</li></ul>

<b>PERSPECTIVA DE GÉNERO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Formación en maternidad y salud mental “honrar a la madre”</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Encuentro con Grupo de Mujeres Mayores de Cruz Roja</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Encuentros con otras residencias</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Salidas Toledo, Alcalá, Aranjuez y Museo Thyssen</li></ul>
<b>PROGRAMA DE VACACIONES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gandía</li></ul>

<b>PROGRAMA FORMATIVO ESPECÍFICO</b>
<i>Genero</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación y salud mental “honrar a la madre”</li> </ul>
<i>Atención Psicosocial jóvenes.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención Psicosocial con personas jóvenes con problemas de salud mental</li> </ul>
<i>Prevención suicidio.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención y abordaje de la conducta suicida.</li> </ul>
<i>Intervención Psicosocial y Rehabilitación trastornos de personalidad.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los desafíos de los trastornos de personalidad.</li> </ul>

<b>ACTIVIDADES DERPORTIVAS Y PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.</b>
Equipo Futbol Esporting de Leponex.
Senderismo Rascafría

## **J. INTERVENCION 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. 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. En el trabajo diario se deberá dar prioridad a la interacción con los usuarios frente a otras tareas como la cumplimentación de registros.

Multitud de áreas se trabajarán a partir de las intervenciones desarrolladas en las distintas oportunidades que nos ofrece la vida cotidiana en 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 educador social 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 y posibles situaciones de aislamiento por Covid dentro del recurso.

- Pactos de cuidado grupales.

Como dispositivo residencial, los espacios y relaciones que aparecen de forma más espontánea nos permiten realizar intervenciones grupales no programadas, como salidas en bicicleta, paseos, jugar al baloncesto, salir a hacer compras, cocinar postres, etc. Estos espacios más o menos estructurados aparecen de la escucha al usuario e intereses de estos en conversaciones informales, donde el equipo le da un lugar para llevar a cabo el interés o propuesta que puedan realizar los usuarios sin necesidad de ello una programación y mayor estructura. Desde lo natural y espontáneo surgen salidas y actividades en el barrio, sobre todo las tardes y fines de semana.

## **K. APOYO Y SOPORTE**

Durante la estancia de los usuarios a veces se dan situaciones de desbordamiento de los usuarios o situaciones vitales muy complicadas de gestionar emocionalmente. Es un trabajo más de este recurso el prestar el apoyo necesario en estas situaciones con el fin de apoyar a las personas que aquí viven a cuidar de su vida y su salud mental. Es un trabajo de construcción con la persona para elaborar modos de afrontamiento y entendimiento de lo que acontece.

El apoyo que se da en estas situaciones es difícil de planificar, pero no por eso se da una respuesta menos profesionalizada. Para facilitar estas intervenciones, a parte de los PIAR, existe un código ético de la entidad que los profesionales han de seguir en las intervenciones.

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

Este marco teórico posibilita poder dar una respuesta rehabilitadora y educativa ante una situación que requiera apoyo emocional. Muchas de estas situaciones pueden ser conflictos entre compañeros, situaciones vitales estresantes como conflictos familiares, duelos, separaciones, etc.

Ante los problemas de un usuario intentamos que tenga al equipo como una figura de apoyo y poder buscar junto con él alternativas de solución.

Además del apoyo que ofrecen los profesionales, tratamos de fomentar el establecimiento entre distintos usuarios de relaciones positivas en las que prime la ayuda y el apoyo mutuo.

## **L. INTERVENCIONES TRANSVERSALES**



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 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 en una relación informal o no estructurada la posibilidad de trabajarlo se intervendrá desde las líneas de intervención marcadas en su PIAR. 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. De esta manera se suele intervenir sobre la aceptación de normas, el respeto a compañeros, hábitos de sueño, hábitos de higiene, alternativas de ocio. El abanico de posibilidades es muy amplio tanto como necesidades detectadas en los usuarios y posibilidades de intervención en la vida cotidiana.

Así 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.

#### **M. ELABORACION DE INFORMES, SEGUIMIENTO Y SALIDA.**

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

Una vez acabe el proceso de evaluación del usuario y se elabore el Plan Individualizado de Atención Residencial, éste se envía a los Servicios de Salud Mental que atienden a cada usuario. Entre las funciones de la Comisión de Derivación y Seguimiento con los Servicios de Salud Mental están la transmisión de la información sobre el seguimiento de los usuarios y prever las salidas de la Residencia con la antelación suficiente para preparar bien este proceso.

En este momento se presta especial atención a la coordinación con otros recursos de Atención Social ya que serán ellos los que continúen la intervención con el usuario que se marcha de la Residencia. Se intentará que las intervenciones siguientes vayan encaminadas a afianzar los objetivos conseguidos y a generalizarlos.

Ante la salida de cualquier usuario de la Residencia, se realiza un informe resumen de su estancia en el recurso. Este informe se entrega al profesional de los Servicios de Salud Mental que acude a la Comisión de derivación y seguimiento. Siempre que se considere necesario junto al usuario, se pondrá a disposición de este y/o sus familiares un informe resumen de su recorrido 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. 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.

#### ***Valoración de la mejora de la autonomía y funcionamiento psicosocial:***

*Durante el 2025, los usuarios de la residencia elaboran en conjunto con los profesionales su plan de rehabilitación, y posteriormente **hemos mantenido con ellos reuniones de seguimiento y diálogo sobre los mismos, actuando como agentes facilitadoras y los usuarios visualizando que son los sujetos de conocimiento de su proceso de vida.** Cada 6 meses estos objetivos se revisaron y evaluaron en mutuo acuerdo usuario-profesional.*

*Durante este año se han programado y realizado 3 Piar en plazo, y 65 revisiones de objetivos, llegando al 100% en la realización programada y desarrollada de PIARS y revisiones de objetivos.*

*En el año 2025 del 100% de los objetivos susceptibles de evaluación desde enero a diciembre, sean alcanzado el 60%.*

*Se han producido 10 salidas del recurso. En total las 10 salidas quedan distribuidas de la siguiente forma:*

- *4 altas por consecución de objetivos*



Comunidad de Madrid

Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad  
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



- 3 bajas
- 1 baja por abandono
- 2 expulsiones

## 6.2. Uso de recursos comunitarios.

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

Nº de usuarios que han participado en:	N	%*
Recursos de ocio, cultura y deporte	36	100%
Recursos educativos (formales)	1	3%
Recursos laborales y formativos (relacionados con el empleo)	3	8%

\*% sobre el total de usuarios atendidos

### Comentario:

De las personas atendidas, el 100% han hecho uso de recursos de ocio, cultura, un 8% de recursos formativos y laborales, y un 3% de recursos formativos formales.

## Cuestionarios globales de evaluación.

### 6.2.1. Satisfacción

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

	N	%*
Nº de usuarios a los que se ha aplicado el cuestionario para la evaluación de la satisfacción	34	94,44%
Usuarios a los que no se les ha aplicado	N	%*
Nº total de usuarios a los que no se les ha aplicado	2	5,56%
Motivos	N	%**

	N	%*
La persona no está en condiciones de contestar el cuestionario	1	2,78%
No sabe leer	-	-
No aceptan	-	-
Otros (Fallecimiento)	-	-
Otros (No estar presente en el centro)	1	2,78%

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

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

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

n° ítem		Media Ítem
	<b>¿Está usted satisfecho...</b>	
1	en general, con los servicios que presta este Centro?	4,13
2	con el tutor que le atiende en este Centro?	4,68
3	con las actividades en las que participa cuando acude a este Centro?	4,19
4	con la comida?	2,74
5	con la limpieza e higiene de este Centro?	4,61
6	con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales que trabajan en este Centro?	4,65
7	con la temperatura habitual que hace en este Centro?	4,09
8	con los objetivos y metas que se persiguen con las actividades que lleva a cabo en este Centro?	4,48
9	con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?	4,42
10	con las instalaciones de este Centro?	4,66
11	con los horarios de este Centro?	4,1
12	con los profesionales que le atienden en este Centro?	4,84
13	con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?	4,84

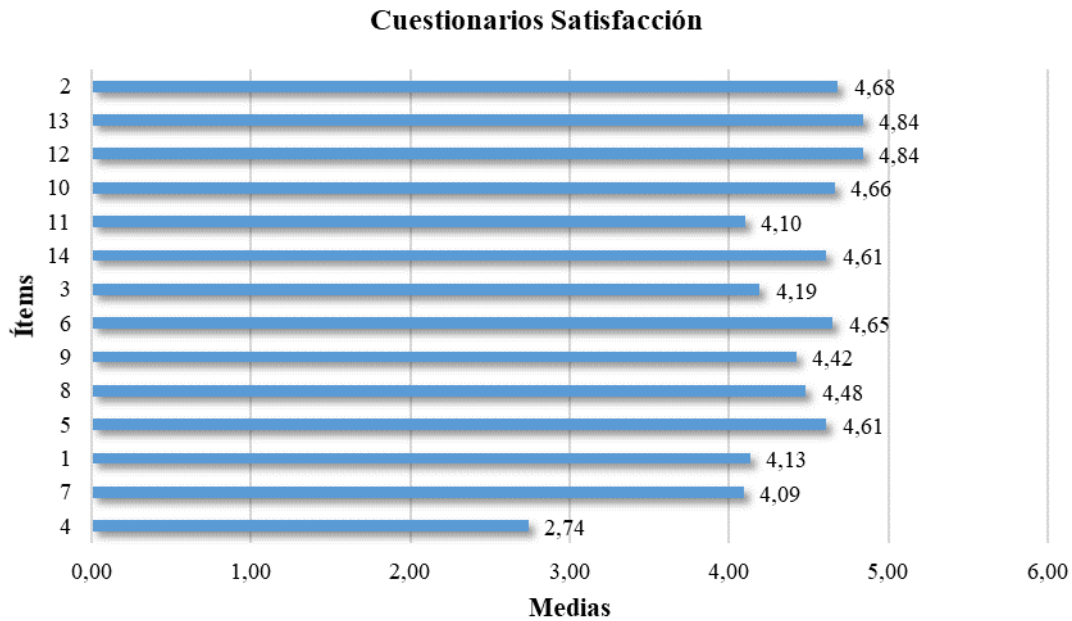


Comunidad de Madrid

Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad  
 CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



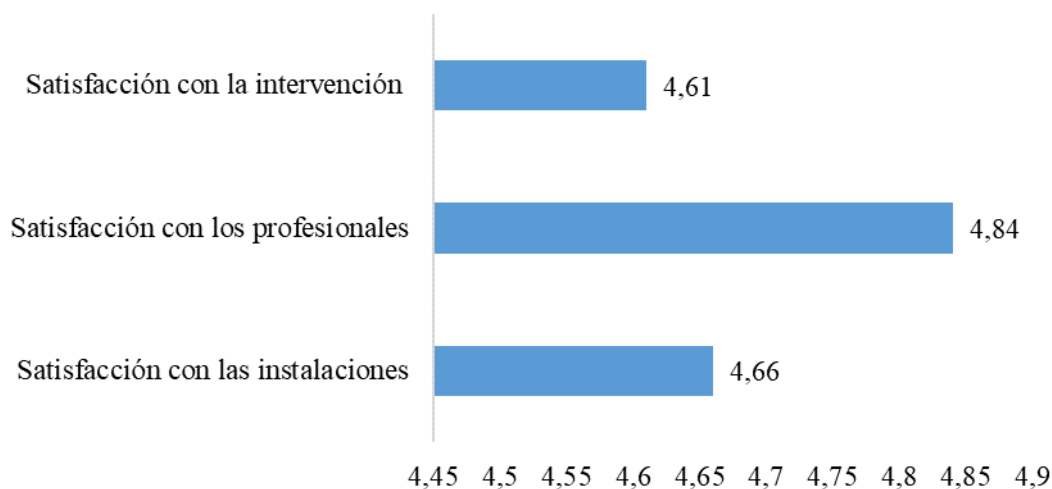
nº ítem		Media Ítem
	<b>¿Está usted satisfecho...</b>	
14	con el nivel de participación que le permiten en este Centro? (p.e. dar su opinión sobre determinadas cuestiones, acudir al Centro sin estar citado, etc.)?	4,61



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

	Media
Satisfacción con la intervención	4,61
Satisfacción con los profesionales	4,84
Satisfacción con las instalaciones	4,66

### Subescalas del cuestionario de satisfacción



#### *Comentario:*

*A lo largo del año se ha realizado 34 cuestionarios de satisfacción, un 95%. Este cuestionario se rellena en dos momentos a lo largo del año:*

- Cada vez que usuario finaliza su estancia en el recurso.*
- Una vez al año (en diciembre), lo rellenan todas las personas que están en atención en el recurso en ese momento.*

*Los motivos de las dos personas que no lo cumplimentan han sido:*

- 1 no en condiciones.*
- 1 no en el centro.*

*Sobre las subescalas del Cuestionario las puntuaciones han sido las siguientes:*

- Satisfacción con la intervención            4,61*
- Satisfacción con los profesionales        4,84*
- Satisfacción con las instalaciones        4,66*

#### **6.2.2. Calidad de vida.**

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



Comunidad  
de Madrid

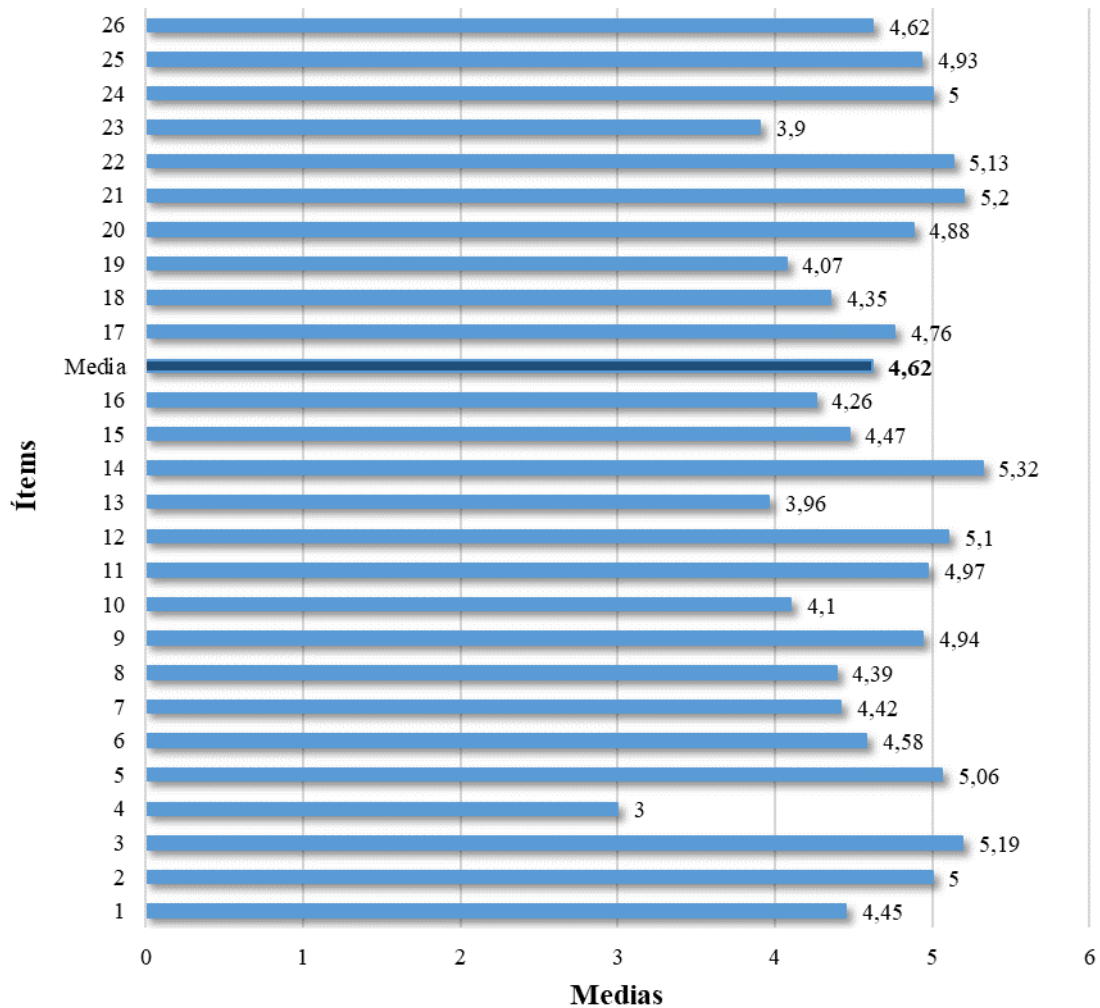
Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad

CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



Nº ítem		Media
	<b>¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:</b>	
1	a su vida en general?	4,45
2	a su hogar / piso / lugar de residencia?	5
3	a su barrio como un sitio para vivir?	5,19
4	a la comida que come?	3
5	a la ropa que lleva?	5,06
6	a su salud general?	4,58
7	a su forma física?	4,42
8	a su estado de ánimo?	4,39
9	a la tranquilidad que hay en su vida?	4,94
10	a su problema / trastorno de salud mental?	4,1
11	a las personas con quien convive?	4,97
12	a sus amigos?	5,1
13	En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir esto?	3,96
14	a su relación con su familia?	5,32
15	a su relación con su pareja?	4,47
16	En caso de no tener pareja ¿qué cara se siente acerca a cómo le hace sentir esto?	4,26
17	a su vida sexual?	4,62
18	a su relación con otras personas?	4,76
19	a su trabajo o actividad laboral?	4,35
20	En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿qué cara le hace sentir eso?	4,07
21	a los estudios o cursos de formación que realiza?	4,88
22	a sus actividades de ocio?	5,2
23	a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	5,13
24	a su situación económica?	3,9
25	a sí mismo?	5
26	a su vida en general?	4,93
	<b>Puntuación media total</b>	<b>4,62</b>

### Cuestionarios Calidad de vida



**Comentario:**

*Este cuestionario se cumplimenta en tres momentos del año:*

- *En el momento de acceso.*
- *En el momento de salida, si el usuario ha permanecido al menos tres meses en el recurso.*
- *A final de año (diciembre), todos los usuarios que estén en atención en ese momento y siempre que lleven en el recurso al menos tres meses.*

*Los datos recogidos en la tabla anterior recogen los cuestionarios realizados a 31 de*

diciembre de 2025.

*El Cuestionario de Calidad de Vida puntúa del 1 al 7 en cada ítem, de “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”. Las puntuaciones reflejadas en la tabla son las de los cuestionarios cumplimentados por los usuarios a 31 de diciembre.*

*La puntuación media obtenida este año es de 4,62 similar al año anterior.*

*Este cuestionario recoge una serie de dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja como son la salud física, el estado psicológico y emocional, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno, amigos y familia, las actividades cotidianas, el lugar de residencia, el ocio, los servicios disponibles, etc.*

*La percepción de todos los ítems oscila entre el 3 y 5,13.*

*Los aspectos mejor valorados han sido las relaciones con la familia, ocio, amigos, barrio, lugar de residencia.*

*Las personas con las que convive y la formación también son ítems valorados muy positivamente.*

*Los ítems sobre su comida y situación económica son los que han recibido menos puntuación, siendo los que señalan como menos satisfactorios en su vida.*

### 6.2.3. Funcionamiento

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

Nº de personas evaluadas en DAS-I	36
-----------------------------------	----

**Tabla 34. Puntuación en el DAS-I de los usuarios en atención a 31 de diciembre**

<b>Puntuación media en Cuidado personal</b>	1,47
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
<b>Puntuación media en Ocupación</b>	3,16
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
<b>Puntuación media en Familia y hogar</b>	3,16
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
<b>Puntuación media en funcionamiento en el contexto social</b>	3,03
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	0
<b>Duración total de la discapacidad</b>	
Menos de 1 año (nº de usuarios)	0
Un año o más (nº de usuarios)	35

Desconocida (nº de usuarios)	1
------------------------------	---

*Comentario:*

*La Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad (DAS-I) ha sido cumplimentada en 36 ocasiones a lo largo del año. Este cuestionario se cumplimenta en tres momentos del año:*

- *En el momento de acceso.*
- *En el momento de salida, si el usuario ha permanecido al menos tres meses en el centro.*
- *Al final del año, a todos aquellos usuarios que estén en atención en ese momento siempre que lleven en el recurso al menos tres meses.*

*Esta escala evalúa la dimensión de menos dependiente (valor 0) o más dependiente (valor 5) en el funcionamiento de cuatro áreas recogidas en cuatro ítems:*

- *Cuidado personal; donde la puntuación media obtenida es de 1,47*
- *Ocupacional; con una puntuación media de 3,16*
- *Familia y Hogar; obteniendo una media de 3,16*
- *Funcionamiento en el contexto general; puntuando la media de 3,03*

Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG)

<b>Nº de personas evaluadas en EEAG</b>	<b>36</b>
---	-----------

**Tabla 35. Puntuación en el EEAG de los usuarios en atención a 31 de diciembre**

	<b>Media</b>
<b>Puntuación media total en el EEAG</b>	<b>58,09</b>

*Comentario:*

*La Escala de Evaluación de Actividad Global recoge el funcionamiento psicológico, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. La puntuación media hace referencia a los cumplimentados a final de año.*

*Esta escala tiene los mismos tiempos que el DAS-I para ser cumplimentada. Este año ha sido rellenada en 36 ocasiones, siendo un 100%.*



**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad

CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



*La EEAG recoge una puntuación de puntuación de 1 a 100. Estas puntuaciones se encuentran agrupadas de diez en diez, empezando por el intervalo de 1- 10, hasta llegar al 91-100.*

## 7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.

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

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

**Tabla 36. Utilización de otros recursos del Plan por parte de los usuarios durante el último año**

<b>Usuarios atendidos que a la vez eran usuarios de:</b>	<b>N</b>	<b>%*</b>
Centros de Rehabilitación Psicosocial	13	36%
Centros de Rehabilitación Laboral.	6	17%
Plazas de pensiones supervisadas	-	-
Pisos supervisados.	-	-
Centros de día.	4	12%
Otros recursos del Plan (EASC).	2	5%
<b>Total usuarios</b>	<b>25</b>	<b>70%</b>

\*% sobre el total de usuarios atendidos

#### *Comentario:*

*De las 43 atenciones en la Residencia de Fuenlabrada durante el 2025 25 han sido atendidos en otros recursos del Plan. Sumando el 70% de las personas atendidas.*

*De los 25 usuarios, 13 han sido atendidos en el CRPS de Fuenlabrada. Se trata del recurso con el que mayor número de usuarios mantenemos en atención compartida. Este año se han incrementado el % de usuarios atendidos en el CRL, pasando de un 11% a un 17%.*

*Podemos decir que más de la mitad de usuarios residentes hacen uso de recursos del Plan de Atención Social acuden al Centro de Rehabilitación Psicosocial de Fuenlabrada.*

*Para los residentes poder compaginar este recurso residencial junto a otros recursos de rehabilitación, facilita el desarrollo de un proceso de recuperación más integral y holístico. Permitiendo al equipo de la Residencia acompañar en este y los deseos e intereses de cada persona.*

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

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

### Comentario:

*Durante este año los residentes han sido atendido o hecho uso de otros recursos que no pertenecen a la Red de Atención a personas con trastorno mental grave.*

*Estos recursos han sido.*

- *ASAVF. Asociación de Familiares y Personas con trastorno mental de Leganés.*
- *Servicios de Cruz Roja.*
- *CIS de Navalcarnero.*
- *CATR José Germain.*
- *Casa del 8 de Marzo.*
- *INEM.*
- *CIFE.*
- *Asociación Ricardo Pampuri.*
- *Servicios Sociales del Ayuntamiento de Fuenlabrada.*
- *Programa voluntariado SS Ayuntamiento de Fuenlabrada.*

- *IVIMA.*
- *SporSame*
- *Manantial Integra.*
- *Reincorpórate Fundación Manantial.*

## 8. OTRAS ACTIVIDADES DE LA MINI-RESIDENCIA.

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

### a. Actividades de coordinación.

**Tabla 37. Coordinaciones realizadas**

	N
<b>Nº de coordinaciones con:</b>	
S.S.M.	
Con las Áreas de referencia	3
Centro de Salud Mental de Referencia	43
Recursos del Plan de Atención Social	18
Agencia Madrileña de Tutela	15
Otras	35

#### *Comentario:*

*Los datos de la tabla anterior representan las coordinaciones que el equipo de la Residencia ha realizado durante el 2025 coordinaciones con los dispositivos del área con los que trabajamos conjuntamente. Al formato presencial se ha sumado, como el año anterior, el telemático, que ha permitido y facilitado las coordinaciones.*

*Además de estas coordinaciones, son habituales las coordinaciones telefónicas y/o vía mail con los profesionales de referencia del Centro de Salud Mental (Continuadores de Cuidado y/o Psiquiatras), profesionales de otros recursos de Atención Social, Unidades*

*Hospitalarias. Agencia de Tutelas y otros dispositivos que puedan estar atendiendo a los usuarios de la Residencia. Los canales de comunicación con todos los recursos son fluidos y adecuados, facilitando la comunicación y el encuentro entre los profesionales si aparece la necesidad antes de una coordinación programada*

*En cuanto a las coordinaciones con los SSM diferenciamos en:*

- ***Las coordinaciones con los recursos sanitarios y sociales residenciales del Área Sur (Comisión de Rehabilitación de la Zona Sur)*** en la que se intercambia información sobre la situación y necesidades de los recursos y del área. Se han realizado 3 coordinaciones durante las 2025.
- ***Las reuniones de Coordinación y Seguimiento mensuales con el Centro de Salud Mental de referencia (Fuenlabrada)***, en las que se realiza una revisión y seguimiento de la evolución y estado de los usuarios que atendemos en el recurso. El formato de coordinación se ha desarrollado desde el modelo de gestión de caso. En estos espacios mensuales, el psiquiatra de referencia, junto al equipo de continuidad de cuidados que atiende al usuario, se reúne con los profesionales de referencia de los recursos de rehabilitación de Fuenlabrada donde el usuario está siendo atendido. Este formato de seguimiento permite un trabajo interdisciplinar y de red que facilita la integración en la atención del usuario. Este año han sido 43.

*Este año además hemos mantenido coordinaciones con el SSM de Leganés, al tener en atención a una persona atendida en este servicio.*

- ***Comisiones de presentación y derivación de casos con el Centro de Salud Mental de Fuenlabrada.*** En estos espacios mensuales también se realizan las presentaciones y derivaciones de casos, y cuando no es posible se organizan estas fuera de los seguimientos mensuales, donde también se convocan a los recursos de rehabilitación que atienden a la persona que se va a derivar.
- ***Coordinaciones con profesionales de referencia del Centro de Salud Mental y el equipo de la Residencia (en ocasiones con otros dispositivos)*** para tratar temas puntuales referidos a un usuario concreto, que no han podido incluirse en los seguimientos mensuales. Durante el 2025 hemos realizado monográficas de casos, además de todas aquellas que han sido necesarias vía telefónica. En estos espacios de coordinación se han incluido a los recursos si los usuarios estaban en atención, como CD, CRL, EASC, CRPS de Fuenlabrada, Pisos de Leganés, AMAPAD, CATR, UHTR,

*Hospital de Día de Leganés, etc.*

- **Coordinaciones con el Jefe de Servicio del CSM de Fuenlabrada y las Dirección de los Recursos de Rehabilitación de Fuenlabrada.** *Se han mantenido varios, el objetivo era poner en común el trabajo conjunto de los Recursos de la Red de Fuenlabrada con el CSM y atender aspectos necesarios para mejorar la coordinación entre equipos, promover iniciativas, fomentar el trabajo en red, etc.*
- **Coordinación con la Coordinadora de PCC de Fuenlabrada.** *Además de las reuniones con el jefe de Servicio junto a los otros directores de los recursos de rehabilitación de Fuenlabrada, se han mantenido reuniones específicas de la residencia. Además, hemos participado en una sesión formativa en el espacio de SSM donde presentamos una sesión de reflexión sobre los procesos de rehabilitación de los residentes atendidos en la Residencia y el CRPS. En total más de 3 coordinaciones.*

*Respecto a las coordinaciones con otros **Recursos de la Red de Atención Social** se han realizado con el CRPS, CD, CRL y EASC de Fuenlabrada. Han sido varios usuarios este año que han asistido a estos recursos, por lo que tratamos de mantener una coordinación, no solo presencial, sino telefónica y telemática, con el objetivo de poder compartir las líneas de intervención con los usuarios atendidos.*

*Sobre la **AMAPAD** se han mantenido más de 2 coordinaciones presenciales, otras, es habitual mantener contacto y coordinación vía telefónica y/o mail. Durante este año la comunicación telefónica y vía mail se ha incrementado significativamente, atendiendo a las necesidades acontecidas.*

***Otras**, se han mantenido, entre otras, las siguientes coordinaciones:*

- *Centros de Atención Primaria de Fuenlabrada.*
- *Unidad de Atención Residencial de la Zona Suroeste.*
- *Servicio de Voluntariado del Ayuntamiento de Fuenlabrada.*
- *CIS Navalcarnero.*
- *CATR de Leganés.*
- *Cruz Roja.*
- *Servicios Sociales de Fuenlabrada.*
- *CRL Leganés.*

*Además, se han mantenido los encuentros con:*

- *Concejalía de Bienestar Social, sanidad y Consumo de Fuenlabrada.*
- *Colegio Virgen del Vega, para detectar, organizar y desarrollar acciones de sensibilización.*
- *Mesa de Inclusión.*
- *Comité Organizador del Foro para la Integración de Personas con Diversidad Funcional. Concejalía de Bienestar, Sanidad y Consumo Ayto. de Fuenlabrada.*
- *Instituto MEDAC, para acciones de sensibilización con alumnos de Integración Social.*
- *Foro de la diversidad, Concejalía de Bienestar Social, Ayuntamiento de Fuenlabrada.*
- *Departamento Trabajo comunitario de Atención Primaria de los centros de Cuzco y Alicante de Fuenlabrada.*
- *ACUMAFU.*
- *Concejalía de Feminismo y la Casa 8 de Marzo.*
- *Colegio Virgen de la Vega Fuenlabrada. Colaboración de Programa de voluntariado.*

*Además de las recogidas en la tabla, la dirección de la Residencia ha mantenido otras coordinaciones con las direcciones de los Recursos de Atención Social de Fuenlabrada (CASF). Estas reuniones están encuadradas para organizar y planificar acciones comunes con agentes externos del Municipio de Fuenlabrada, como Ayuntamiento, Servicios Sociales, CSM, etc. y abordar la planificación, estructura y acciones estrategias en el municipio de Fuenlabrada. Trabajar en coordinación estrecha las direcciones de los recursos de Rehabilitación de Fuenlabrada ha sido un eje nuclear para darnos a conocer y participar en espacios comunitarios de la ciudad de Fuenlabrada.*

## b. Actividades de formación y docencia.

En este apartado queda recogida la formación interna ofertada por la Fundación Manantial y externa en la que han participado diferentes profesionales del equipo de la Residencia de Fuenlabrada.

FORMACIÓN INTERNA 2025	Nº PARTICIPANTES
LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL EN EL ENTORNO LABORAL	13
PERSPECTIVA DE GENERO (PRIMER SEMESTRE)	1
INTRODUCCIÓN FACILITACIÓN DE GRUPOS	1
OCUPACIÓN CONSCIENTE EN EL AMBITO DE LA SM	2
PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA	2
ENCUENTROS ENTRE RESIDENCIAS	1
MALESTARES SUSTANCIAS Y RIESGOS EN LA CONVIVENCIA	3
LOS DESAFÍOS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	2
RECONOCIENDO A BYUNG CHUL HAN	5
INTRODUCCIÓN FACILITACIÓN DE GRUPOS	1
PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN	2
ABORDAJE DESDE LA PRÁCTICA DEL TS COMUNITARIO EN UN CS	1
ESCUCHADORES DE VOCES	1
WEBINAR CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA	1
PROFUNDIZACIÓN EN LA FACILITACIÓN DE GRUPOS	1
MASCULINIDAD AMPLIADA	2
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN JÓVENES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	3
ENTRE MENTES	2
FORMACIÓN BÁSICA OBLIGATORIA	1
PROFUNDIZACIÓN EN LA FACILITACIÓN DE GRUPOS	1
DISEÑO DE OBJETIVOS	1
ATENCIÓN AL CUERPO Y A LA SALUD FÍSICA EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	4
SALUD MENTAL Y DESAMPARO	2
PSICOSIS Y FENOMENOLOGÍA	5
INTERVENCIÓN MUJERES MIGRANTES	3
FILOSOFÍA Y PRÁCTICA DEL TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL	1
DISEÑO DE OBJETIVOS	1
PROTECCIÓN DE DATOS	1
SALUD MENTAL Y PERSPECTIVA DE GÉNERO (SEGUNDO	2

SEMESTRE)  
ENFOQUE DERECHOS DE SALUD MENTAL

Sobre la formación externa, algunos profesionales también han realizado algunas.

### c. Otras actividades

#### ***Otras actividades:***

*Con el departamento del Servicio de Voluntariado y Valor Social de Fundación Manantial en este año el recurso ha ofertado las siguientes actividades, en las que han participado varias personas atendidas en el 2024:*

*Algunas de estas actividades han sido:*

- *Jornada deportiva*
- *Senderismo*

*Además, desde el grupo de mujeres, se realizan distintas salidas.*

*Las otras salidas de las que hemos sido beneficiados son salidas de senderismo, guiadas y acompañadas por profesionales y voluntarios de la entidad, a la que han asistido y repetido varios residentes a lo largo del año.*

*Además de estas actividades, la residencia este año ha seguido colaborando con una vecina voluntaria para la realización de salidas y paseos que se hacen en la residencia una vez a la semana. Y la colaboración con el programa de voluntarios del Colegio Virgen de la Vega con alumnos de 4º de la ESO.*

*En cada recurso de nuestra entidad, existe una persona responsable del voluntariado. Durante el año se realizan encuentros y reuniones entre los responsables del voluntariado y personas voluntarias.*

*Las Dirección del recurso a lo largo del año ha mantenido reuniones con los mandos intermedios de la Fundación Manantial y el Comité Directivo para abordar temáticas relacionadas con la gestión del recurso departamentos transversales como RRHH, Limpieza, Catering, Mantenimiento Calidad, Laboral y Comunicación así como para seguir evaluando y gestionando la intervención a lo largo de este año.*

*Junto a los recursos de rehabilitación de Fuenlabrada, se mantiene el **Grupo de Trabajo Comunitario**, con el objetivo mantener la línea de trabajo comunitario conjunta como centros en la ciudad de Fuenlabrada. De este grupo de trabajo salen dos líneas de intervención una con actividades compartidas entre los centros, donde usuarios de la residencia han podido participar en espacios grupales junto a otros usuarios de diferentes recursos y profesionales. El grupo de trabajo comunitario tiene cinco comisiones de trabajo:*

- *Jóvenes.*
- *Vecinos.*
- *Deporte*
- *Genero.*
- *Entidades*

*Junto a las formaciones internas y externas realizadas durante el año 2025, el equipo de la Residencia de Fuenlabrada participa en **comisiones de trabajo internas** del dispositivo, con una frecuencia de dos meses:*

- *Comisión de Familias. Esta comisión tiene como objetivo fomentar la atención y el apoyo a las familias y allegados de los residentes, tanto a nivel individual como grupal.*
- *Comisión de Participación Comunitaria, que pretende pensar y abordar la participación en la comunidad, tanto dentro del recurso entre los residentes y la convivencia, como el recurso y los residentes en la comunidad, el vecindario.*
- *Comisión de Género. Desde esta comisión se trabaja la incorporación de la perspectiva de género en el trabajo en el recurso, el equipo, usuarios y comunidad.*

*Sobre la participación en actividades **anti estigma** quedan recogidos en el apartado de **acciones de sensibilización**, incrementándose éstas cada vez más.*

## **9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.**

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

**Balance:**

*Los espacios grupales y de encuentro entre residentes van tomando cuerpo e incluso se abren grupos nuevos y se proponen nuevas actividades. Se ha puesto el foco en actividades dirigidas a los cuidados físicos, el ejercicio, donde las actividades de salidas y excursiones a la naturaleza han tenido buena acogida. Las actividades dirigidas al ejercicio y encuentros con la naturaleza, se han incrementado significativamente. El “Earthing”, conectar con la tierra, mientras se hace ejercicio en la naturaleza aumenta las experiencias sensoriales para mejorar la salud, clave para el equilibrio psicofísico. El espacio de Boxeo y autodefensa ha ido adquiriendo mayor demanda, realizando actividades junto a la residencia de Leganés algunos de semana.*

*El equipo de fútbol, que participa en la LIGA SAME, “**Sporting de Leponéx**”, junto a la residencia de Leganés ha presentando alta participación y motivación por los residentes. Los encuentros deportivos de la residencia junto a los recursos de Fuenlabrada han tenido interés por parte de los residentes; encuentros de baloncesto, pin-pon, salidas en bicicleta, juegos de petanca, paseos fin de semana.*

*El Programa de **Una Resi Saludable** se ha mantenido con buena participación y las salidas de los paseos con la comunidad junto Atención Primaria también.*

*Además, hemos seguido abordando cuestiones de salud y cuidado, proponiendo acciones de colaboración en talleres de cuidados y hábitos saludables, primeros auxilios, medidas de prevención en olas de calor, etc., junto a la UAR y Atención Primaria. Este año iniciamos colaboración con la Asamblea de Cruz Roja de Fuenlabrada con el Técnico de Voluntariado y Medio Ambiente y la responsable del Departamento de Mayores. Estos encuentros han permitido desarrollar talleres dirigidos a el fomento de hábitos saludables, gestión emocional, etc. Además de tener el primer encuentro intergeneracional de mujeres mayores de Cruz Roja junto el grupo de mujeres de la Residencia.*

*Nuestra propuesta es afianzar el foco en el autocuidado y ejercicio, ampliando actividades en programas con este contenido, y afianzar estrategias con Atención Primaria sobre cuidados saludables y el vecindario para fomentar encuentros deportivos con la comunidad. Cuidados y hábitos imprescindibles para el bienestar y mejoría en la calidad de vida de los residentes. Durante el 2024 participamos en dos espacios formativos con los profesionales de Atención Primaria de Fuenlabrada.*

*Otra área fuerte de trabajo que ha ido incrementando en las demandas de los*

residentes ha sido el Ocio, creándose el **programa Club De Ocio**, que permite recoger intereses individuales y grupales para el desarrollo de un ocio satisfactorio centrado en necesidades. Además, que desde este programa se trabajan espacios dirigidos al ejercicio, como otro aspecto que recoge el ocio. Apostamos por el ocio como una herramienta para el desarrollo personal y la calidad de vida. Desde el programa de ocio se ha fomentado el ocio autónomo, donde los profesionales cada vez tratamos de tener menos presencia en su organización y desarrollo.

De los objetivos individuales trabajados este año con los residentes han sido los relacionados con salud y psicoeducación, actividades de la vida diaria y autocuidados los más demandados o necesitados y posteriormente los relacionados con la integración comunitaria, igual que al año anterior.

También durante este 2024 las actividades, acciones y colaboraciones de carácter comunitario y con el Ayuntamiento y otras entidades de Fuenlabrada se han incrementado significativamente. La Residencia ha estado presente en diferentes espacios junto a otras entidades y organismos de la ciudad; Mesa Inclusión, Concejalía de Feminismo, Junta de Distrito, Programa de Voluntariado, Proyecto Barrio, Colegios e Institutos, Foro de la Diversidad Funcional, Concejalía de Bienestar Social, Asociaciones de Vecinos, etc.

Otra cuestión significativa este año ha sido el trabajo en red con los recursos de rehabilitación en Fuenlabrada, esto ha permitido la participación de los residentes en más espacios grupales compartidos con otros usuarios de diferentes recursos, permitiendo fomentar las relaciones sociales y los vínculos, como el Huerto Comunitario, Actividades abiertas deportivas como las rutas en bicicleta, torneos de fútbol, etc.

Destacar que la ubicación del recurso dentro de un mismo edificio, juntos a los recursos CD, CRPS, EASC, CRL permite un trabajo de cooperación y colaboración estrecha en red entre estos recursos, ha facilitado la coordinación entre los equipos y con CSM por usuarios compartidos. Las direcciones de estos recursos mantenemos coordinaciones mensuales con el objetivo de establecer una línea de trabajo común con el SSM, el Ayuntamiento de Fuenlabrada, SSSS de Fuenlabrada, Atención Primaria, y otras entidades y organismos de la comunidad.

Al finalizar este año, en este apartado dejamos recogidos los objetivos propuestos por el equipo de la Residencia de Fuenlabrada para su consecución en 2024. **Los objetivos que se han desarrollado durante el 2025 han sido:**

**1. Construir una red de trabajo con los equipos de Atención Primaria de Fuenlabrada que ayude al cuidado y prevención de la salud de los usuarios atendidos.**

METODOLOGÍA	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN
<p>Las direcciones y sus equipos mantendrán reuniones con los equipos de SAP (servicio atención primaria) de la ciudad de Fuenlabrada.</p> <p>Mantener espacios formativos con los equipos de AP para recoger propuestas y necesidades de colaboración.</p> <p>Fomentar acciones de sensibilización con los equipos de AP.</p> <p>Llevar a cabo intervenciones grupales conjuntas con AP donde se aborden temáticas sobre el cuidado de la salud.</p> <p>Abordar en espacios grupales, como Bienestar, y en seguimientos individuales contenidos referentes hacia el cuidado y seguimiento de la salud del residente.</p>	<p>N.º de actividades junto a AP, partiendo de las necesidades detectadas. VO:2-----VR:4</p> <p>N.º coordinaciones con el SAP. VO:2-----VR:3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabla de actividades compartidas CASF.</li> <li>- Registro de otras actividades.</li> <li>- Historias seguimiento.</li> <li>- Actas reuniones SAP.</li> <li>- Datos memoria 2025</li> </ul>

Este objetivo se ha llevado a cabo mediante acciones formativas y talleres y de sensibilización con Atención Primaria. Nuestra idea es continuar con ello durante 2026 porque queremos seguir poniendo el foco en la salud integral de las personas residentes. También se han mantenido coordinaciones frecuentes y cuando ha sido necesario en función de los casos y características de cada situación.

**2. Reducir los tiempos medios de estancia en el recuso residencial un 7%.**

METODOLOGÍA	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN
<p>Mantener reuniones trimestrales con Jefe de Servicio de SSM para abordar el trabajo coordinado de los equipos de PCC y residencia dirigida a planes de salida.</p> <p>Ajustar perfiles en las derivaciones del SSM en las reuniones derivación, en las coordinaciones trimestrales con jefe de Servicio y participando en una sesión formativa del SSM.</p> <p>En los seguimientos mensuales con SSM abordar planes a medio plazo y propuestas de trabajo hacia altas con personas potenciales. A estos seguimientos mensuales fomentar las peticiones de coordinación de casos.</p> <p>En reuniones de equipo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener una sesión formativa en el SSM: VO.1-----VR:1</li> <li>- Reducir un 7% el promedio de tiempos de estancias</li> <li>- V0: 3,9 años VR: 3,6 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento Power Point de sesión formativa.</li> <li>- Acta reuniones de equipo.</li> <li>- BBDD</li> <li>- Listados de ocupación.</li> <li>- Estadillos.</li> <li>- Certificados de ocupación y certificados de vacante.</li> </ul>



Comunidad de Madrid

Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad

CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



realizar monográficos de casos abordando y afianzando en el plan individual las áreas de trabajo necesarias para un proyecto de visa autónomo.		
--	--	--

Se ha empezado a trabajar sobre la temporalidad de las estancias y hemos reevaluado los objetivos para las salidas de residentes. Y nuestra idea es continuar en esta línea durante 2026.

## 10. OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE.

Para finalizar la memoria este apartado recoge los objetivos propuestos por el centro para el próximo año 2026 que serán los mismos que durante 2025. La idea para este año también gira en torno a revisar los pactos de cuidado y procedimientos para apoyar situaciones críticas (intentos autolíticos, sobre ingestas...) así como mantener jornadas de reflexión y formación dentro del equipo. También por el año institucional que estamos viviendo de transformación y cambios, el equipo quiere seguir evaluando formas y herramientas para el cuidado interno del equipo (intervención, espacios de cuidado...).

**1.Construir una red de trabajo con los equipos de Atención Primaria de Fuenlabrada que ayude al cuidado y prevención de la salud de los usuarios atendidos.**

METODOLOGÍA	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN
Las direcciones y sus equipos mantendrán reuniones con los equipos de SAP (servicio atención primaria) de la ciudad de Fuenlabrada.	N.º de actividades junto a AP, partiendo de las necesidades detectadas. VO:2-----VR:4	- Tabla de actividades compartidas CASF. - Registro de otras actividades. - Historias seguimiento.
Mantener espacios	N.º coordinaciones con el	- Actas reuniones

<p>formativos con los equipos de AP para recoger propuestas y necesidades de colaboración.</p> <p>Fomentar acciones de sensibilización con los equipos de AP.</p> <p>Llevar a cabo intervenciones grupales conjuntas con AP donde se aborden temáticas sobre el cuidado de la salud.</p> <p>Abordar en espacios grupales, como Bienestar, y en seguimientos individuales contenidos referentes hacia el cuidado y seguimiento de la salud del residente.</p>	<p>SAP.</p> <p>VO:2-----VR:3</p>	<p>SAP.</p> <p>- Datos memoria 2025</p>
--	----------------------------------	---

**2. Reducir los tiempos medios de estancia en el recuso residencial un 7%.**

<b>METODOLOGÍA</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FUENTES DE VERIFICACIÓN</b>
<p>Mantener reuniones trimestrales con Jefe de Servicio de SSM para abordar el trabajo coordinado de los equipos de PCC y residencia dirigida a planes de salida.</p> <p>Ajustar perfiles en las derivaciones del SSM en las reuniones derivación, en las coordinaciones trimestrales con jefe de Servicio y participando en una sesión formativa del SSM.</p> <p>En los seguimientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener una sesión formativa en el SSM: VO.1-----VR:1</li> <li>- Reducir un 7% el promedio de tiempos de estancias</li> <li>- VO: 3,9 años VR: 3,6 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento Power Point de sesión formativa.</li> <li>- Acta reuniones de equipo.</li> <li>- BBDD</li> <li>- Listados de ocupación.</li> <li>- Estadillos.</li> <li>- Certificados de ocupación y certificados de vacante.</li> </ul>



Comunidad  
de Madrid

Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad

CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



<p>mensuales con SSM abordar planes a medio plazo y propuestas de trabajo hacia altas con personas potenciales. A estos seguimientos mensuales fomentar las peticiones de coordinación de casos.</p> <p>En reuniones de equipo realizar monográficos de casos abordando y afianzando en el plan individual las áreas de trabajo necesarias para un proyecto de visa autónomo.</p>		
---	--	--