



MEMORIA

2025

*Pisos Supervisados
“Fuenlabrada”*

*Los Pisos Supervisados “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*



INDICE

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PISOS SUPERVISADOS.....	2
2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN.	11
2.1. Movimiento asistencial.....	11
2.2. Datos por tipo de estancia prevista y duración de la estancia.....	15
3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.	18
3.1. Datos sociodemográficos.	18
3.2. Datos psiquiátricos.	28
4. DATOS SOBRE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS.	30
5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.	31
5.1. Servicios básicos y generales.....	31
5.2. Atención psicosocial.....	34
6. RESULTADOS.	51
6.1 Datos sobre mejora de la autonomía y funcionamiento psicosocial.....	51
6.2. Uso de recursos comunitarios.....	52
6.3. Cuestionarios globales de evaluación.....	53
7. UTILIZACIÓN DE OTROS RECURSOS.	57
7.1. Utilización de otros recursos del Plan de Atención Social. Usos de recursos comunitarios.....	58
7.2. Utilización de otros recursos ajenos al Plan de Atención Social.	58
8. OTRAS ACTIVIDADES DE LOS PISOS SUPERVISADOS.....	59
8.1. Actividades de coordinación.....	59
8.2. Otras actividades.	61
8.3. Actividades de formación y docencia.....	66
9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.	67
10. OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE.....	71

1. DESCRIPCIÓN GENERAL.

El Piso Supervisado de Fuenlabrada es un centro concertado dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales 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 marco de abril de 2021.

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

Con el Piso Supervisado se pretende ofrecer una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte residencial, completada con una supervisión flexible y ajustada a las diferentes necesidades de cada usuario atendido. El piso de Fuenlabrada está compuesto por un Director, un Educador Social, un Psicólogo, y un Auxiliar Administrativo compartidos con la Residencia de Fuenlabrada. El educador de este piso organiza una supervisión para apoyar el funcionamiento cotidiano y la convivencia, dentro y fuera del piso.

Cuando ocurran emergencias serán atendidos por el Educador vía telefónica y/o presencial, cuando este no se encuentre en su turno laboral, estas emergencias son atendidas por el equipo de profesionales de la Residencia de Fuenlabrada, a la que está vinculada al piso. Por tanto, el Piso Supervisado funciona de modo continuado 24 horas diarias los 365 días del año. El educador da el apoyo oportuno a los usuarios tanto en el funcionamiento doméstico y en la convivencia dentro del piso, como en la adaptación e integración en el entorno comunitario.



El Equipo del Piso Supervisados “Fuenlabrada” cuenta con un centro de referencia la Residencia de Fuenlabrada situado en la C/ Trinidad, 6, en el municipio de Fuenlabrada.

Los datos para contactar con el recurso son:

Teléfono: 912058000

Fax: 911538010

Mail: residenciafuenlabrada@fundacionmanantial.org.

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

El Piso Supervisado es un recurso residencial inserto en la comunidad, con el cual se pretende brindar una alternativa normalizada de alojamiento y soporte que facilite y sostenga la integración comunitaria de sus usuarios. En él se ofrece (con carácter temporal o indefinido): alojamiento, atención personal y social, apoyo a la rehabilitación e integración comunitaria y una supervisión flexible y continuada. La función principal del equipo del Piso Supervisado es promover un ambiente facilitador, con apoyos flexibles y continuados, que favorezca la participación en un contexto normalizado de convivencia dentro de la comunidad.

Los objetivos generales del Piso Supervisado son los siguientes:

- Proporcionar un recurso de alojamiento, convivencia y soporte lo más normalizado posible, que facilite el mantenimiento de las personas con enfermedad mental grave y duradera en la comunidad, en las mejores condiciones posibles de autonomía y calidad de vida.
- Promover y posibilitar el proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria de cada usuario.
- Evitar situaciones de abandono y marginación o procesos de cronificación y deterioro de usuarios sin apoyo familiar o social.
- Las principales características de este recurso se detallan a continuación:
- Ser 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 del piso y de cada uno de sus 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 orientada a mejorar la autonomía e independencia del usuario y promover el desempeño de roles sociales significativos que faciliten su progresiva integración comunitaria.

Trabajar en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental de referencia, con Residencias, otros Recursos de Rehabilitación, Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos socio-comunitarios sean necesarios para asegurar una atención integral a los usuarios.

1.1 Destinatarios del programa

Las personas candidatos/as para acceder a al piso son aquellos usuarios/as que, tras ser derivados por los Servicios de Salud Mental de los distritos asignados (Fuenlabrada), sean aceptados para ello en la Comisión de Seguimiento y Derivación correspondiente. Todos los usuarios, una vez accedan al recurso de Piso Supervisado, siguen siendo atendidos por sus Centros de Salud Mental tras la derivación.

Perfil de los usuarios candidatos a Piso.

Para poder acceder a una de las cuatro plazas disponibles del Piso Supervisado los/as candidatos/as tienen que cumplir una serie de características que forman parte del **perfil** necesario:

- Ser una persona con enfermedad mental grave y duradera cuyo déficit o discapacidades en su funcionamiento psicosocial le impida o dificulte cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte.
- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Tener un nivel aceptable de autonomía personal y social que le permita afrontar las demandas que suponen la vida y la convivencia en el piso.
- Estar atendido por el Programa de Continuidad de Cuidados de su Servicio Salud Mental de referencia y derivado por el psiquiatra de su Centro de Salud Mental de referencia para este Piso Supervisado. En la medida de lo posible, los usuarios pasaran por la Residencia de referencia, para facilitar su proceso de preparación de acceso al piso.
- Estar incluido en el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados del Servicio de Salud Mental correspondiente.
- Tener una situación psicopatológica estabilizada y no estar en situación de crisis psiquiátrica.
- No presentar patrones de comportamiento excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás ni problemas graves de toxicomanías o alcoholismo.
- No presentar enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica o de enfermería especializada y continuada; no tener graves problemas de movilidad que imposibiliten su vida cotidiana en una vivienda.

- Tener una necesidad de alojamiento y soporte y no disponer por ausencia, inadecuación o imposibilidad de un medio familiar que les preste los apoyos necesarios para vivir con un aceptable nivel de calidad de vida o por estar en situación de riesgo de exclusión social y/o marginación sin hogar.
- Tener unos ingresos mínimos que le permita sostener sus gastos.
- Personas que no requieran una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias y que con un apoyo flexible puedan adaptarse, convivir y funcionar adecuadamente en el Piso Supervisado.

Este perfil general puede ser adaptado o ajustado a las necesidades específicas que se planteen en el marco de la coordinación con Salud Mental, así como con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid.

1.2 Ubicación de los pisos

El Piso Supervisado se encuentra ubicado en la localidad de Fuenlabrada. Fundación Manantial es el titular de uso de estos inmuebles como arrendatario.

- Plaza de la Albufera, 5. 3ºB
- Fuenlabrada 28945

El piso está inserto en la Junta de Distrito La Avanzada-La Cueva. Esta área ofrece una gran cantidad de recursos de los que poder participar;

RECURSOS	
TRANSPORTE	La serna (Cercanías) Parque de los Estados (Metro)
CULTURALES	Centro Cultural “Tomás y Valiente”
DEPORTIVOS	Polideportivo “La Cueva” Complejo Piscinas Municipales Polideportivo Municipal “Fermín Cacho” Campo de fútbol “Chechu Huerta” Campo de fútbol “Giner de los Ríos”
SANITARIOS	Centro de Salud Cuzco Centro de Salud Alicante
ADMINISTRATIVOS	Junta Municipal de Distrito Centro Cívico La Avanzada – La Cueva

TERCERA EDAD	Asc. Pensionistas y Jubilados La Avanzada Asc. Cultural de Mayores de Fuenlabrada
PARQUES	Avanzada Límite Norte Parque de los Estados Parque Leganés Parque de la Olla
INMIGRANTES	Asc. Marroquí-Española de convivencia Asc. Living Wor Church – Iglesia Palabra Viva Asc. Santo Tomé y Príncipe Hermanos
OTROS	Centro Servicios Sociales Centro de Día Ramón Rubial Laboratorio Municipal Policía Nacional

1.3 Equipación

El piso cuenta con todas las instalaciones necesarias para garantizar unas condiciones de habitabilidad óptimas. Dispone de cuatro dormitorios individuales, dos baños, salón comedor, cocina y galería. Pose calefacción individual y un teléfono móvil a disposición de los usuarios. El piso se encuentra en perfectas condiciones de habitabilidad y está totalmente equipado en cuanto a mobiliario, electrodomésticos, menaje y otros enseres.

1.4 Personal

El equipo profesional que ha atendido al Piso Supervisado a lo largo del 2025 se detalla en la siguiente tabla:

EQUIPO PROFESIONAL
Directora
Psicóloga
Educadora Social
Auxiliar Administrativo

Las principales funciones del equipo de profesionales de Pisos son las siguientes:

- Acudir (Directora, Psicóloga y/o Educador Social) a las Comisiones de coordinación con el SSM, para participar en la primera valoración, las derivaciones que se plantean y ofrecer información sobre evolución y estrategias de intervención de cada uno de los usuarios a los responsables de continuidad de cuidados de cada caso.
- Coordinar el proceso de acercamiento y acogida de cada usuario al Piso Supervisado.
- Mantener coordinaciones frecuentes con otros recursos implicados en el proceso de rehabilitación de cada usuario.
- Mantener un trabajo de apoyo y acompañamiento a las familias.
- Realizar una evaluación específica de las distintas necesidades, habilidades y capacidades que cada usuario dispone o debe poner en práctica en el piso.
- Supervisar el Piso y apoyo, acompañamiento y seguimiento de los usuarios.
- Participar, en colaboración con los profesionales de la Residencia, en el Plan Individualizado de Atención Residencial de todos los usuarios que ocupan una plaza en el Piso Supervisado.
- Diseñar y poner en marcha distintas estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos marcados en el PIAR de cada usuario.
- Colaboración en las tareas de evaluación y programación, en las distintas áreas de atención e intervención psicosocial; auto cuidado, actividades de la vida diaria, psicomotricidad, ocio y tiempo libre, integración comunitaria, etc.
- Colaborar en el desarrollo de los programas de entrenamiento e intervención a realizar con los usuarios y en el conjunto de actividades de apoyo social y comunitario.
- Diseñar distintas intervenciones dirigidas a garantizar la integración comunitaria de los usuarios en el barrio y su vecindario.
- Colaboración y apoyo en el seguimiento y apoyo comunitario de los usuarios.
- Acompañamiento y apoyo individualizado a los usuarios en el funcionamiento y en todos los aspectos de la atención en el Piso, así como en la participación e implicación de los usuarios en tareas domésticas (limpieza y orden de su habitación y espacios comunes, preparación de comidas, etc.).
- Colaborar en la elaboración de las normas de convivencia que estructurarán la vida en el Piso Supervisado.

- Supervisar y fomentar la autonomía en el seguimiento y asistencia de las citas médicas y el tratamiento correspondiente con su CSM de referencia.
- Organizar reuniones semanales (asambleas) en el piso para fomentar la participación de los usuarios en la organización del recurso, así como para potenciar las relaciones entre ellos desde un marco de convivencia, poder debatir y solucionar diversas situaciones de conflicto que puedan surgir en la convivencia.
- Acompañar y sostener situaciones de malestar psicopatológico que no necesiten de ingreso psiquiátrico, facilitar el desarrollo de estrategias personales que ayuden a solventar situaciones emocionales complejas.

1.5 Organización y funcionamiento del piso.

El Piso Supervisado tiene como clave de su funcionamiento la naturaleza socio-comunitaria. La comunidad no es más ni menos que el mundo inmediato en el que vivimos, la realidad que nos rodea. El domicilio es precisamente el lugar de más clara referencia respecto a este objetivo, que representa al hogar, referencia, entorno de seguridad y máximo exponente de vida autónoma de la persona. Desde un enfoque basado en la persona, en todas sus dimensiones, como eje central de la intervención en la rehabilitación, se suma que esta se encuentra en el espacio vital, contexto y comunidad donde reside la persona.

La organización y funcionamiento de Piso Supervisado trata de ofrecer que este sea una alternativa estable y normalizada de alojamiento y sostén de la persona, que se da en un contexto de barrio y comunidad, donde los usuarios participen y han uso de este como un miembro más en la convivencia, el vecindario y el entorno.

El acceso al Piso Supervisado inicia su recorrido en los Centro de Salud Mental, donde se deriva a los usuarios que pueden cumplir las características apropiadas para ocupar una plaza en el Piso Supervisado.

Para realizar esta derivación se mantiene una reunión con el CSM donde se realiza la presentación de caso y correspondiente derivación y se acuerdan los tiempos de estancia, así como los motivos y objetivos de la derivación. Lo habitual es que estas derivaciones sean de personas que están viviendo en la residencia y se establezca un tránsito de un recuso a otro. Aunque no es obligatoria el Protocolo de Derivación e Informe de Continuidad de Cuidados, ya que se dispone al estar en la residencia el usuario. Cuando el usuario no es residente de la residencia es favorable disponer de estos documentos cuando se realizar la presentación y derivación. En ambos documentos, se indica que se propone al usuario para ocupar una plaza en

los Pisos Supervisados. Es habitual el paso previo por la Residencia antes del acceso al Piso Supervisado, sin ser por ello esto imprescindible, aunque si favorable. Ya que las personas que acceden al Piso Supervisado tiene que disponer de ciertas capacidades o herramientas personales que aseguren unos mínimos de autonomía en el recurso.

Desde el momento de la derivación se inicia un proceso organizado en fases que se describen de forma más extensa en el punto 5 de la memoria.

Estas fases son:

- Derivación.
- Apoyo previo y acercamiento.
- Acogida, incorporación, evaluación e intervención.
- Coordinación con Centro Salud Mental, Recursos de la Red de Atención y otros no pertenecientes a la Red.
- Coordinaciones internas del equipo de Residencia y Piso.
- Seguimiento e intervención individual, grupal, familiar y comunitaria.
- Salida.

2. DATOS GLOBALES DE ATENCIÓN.

En este apartado se recogen datos sobre diversos aspectos de la atención llevada a cabo 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

	Nº
Personas en lista de espera 1/1	5
Personas en lista de espera 31/12	2

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

	Nº (Días)
Tiempo medio en lista de espera de las personas que se han incorporado en 2025	0

2.1.2. Derivaciones del último año.

En el último año se ha derivado a una persona quedándose una lista de espera de 2 persona a 31 de diciembre de 2025

Tabla 3. Derivaciones recibidas en el último año

Área: 9	Distrito: Fuenlabrada	Total
Nº de derivaciones	1	1
Nº de personas derivadas	1	1

*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

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

Comentario:

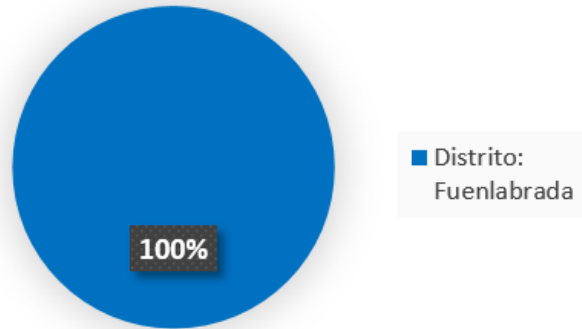
*A lo largo del 2025 se han realizado cuatro atenciones con 5 usuarios atendidos.
Faltan datos de derivaciones del 2025*

2.1.3. Entradas en el último año.

Tabla 5. Entradas producidas durante el año

Área: 9	Distrito: Fuenlabrada	Total
Nº de personas que han accedido	1	1
Nº de accesos	1	1

Número de personas que han accedido



Número de accesos

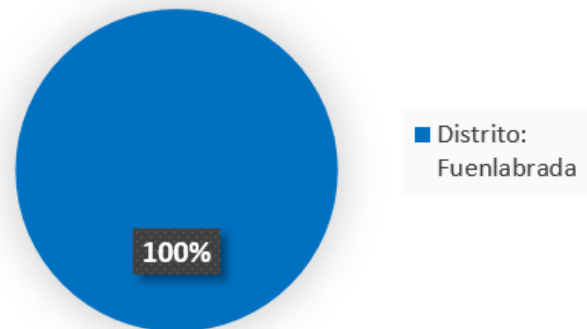


Tabla 6. Personas que han entrado durante el año

	Nº
Nº total de personas que han accedido al centro	1
Nº de personas que inician*	1
Nº de personas que reinician**	0
Nº de usuarios que han entrado durante el año atendidos previamente en los Pisos desde el comienzo de su funcionamiento	0
Nº de usuarios que han reiniciado en el año al que se refiere la memoria	0
Nº de reinicios	0

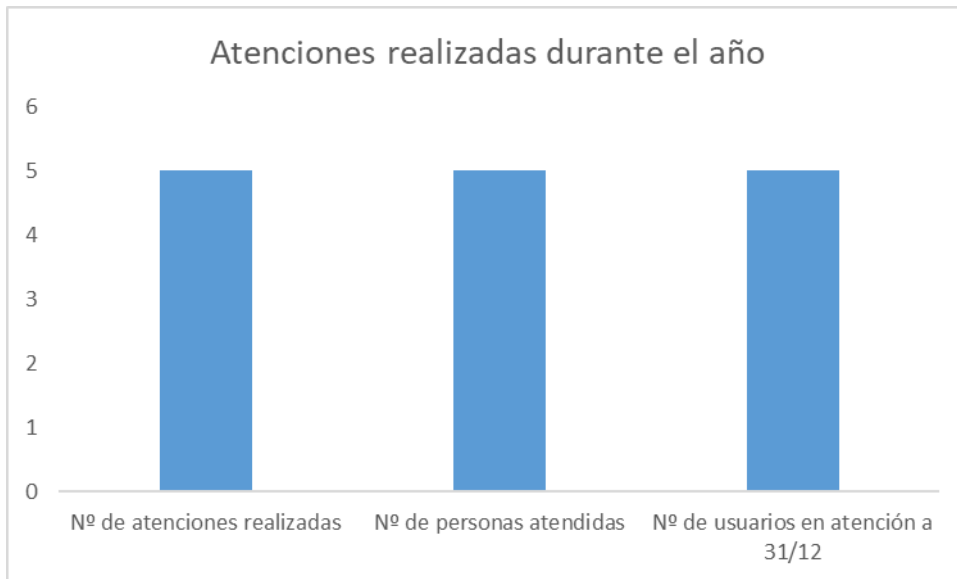
* Nº de usuarios que han accedido en el último año y que no habían sido atendidos en ninguna ocasión anterior.

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

2.1.4. Atenciones en el último año.

Tabla 7. Atenciones realizadas durante el año

	Nº
Nº de atenciones realizadas	5
Nº de personas atendidas	5
Nº de usuarios en atención a 31/12	5



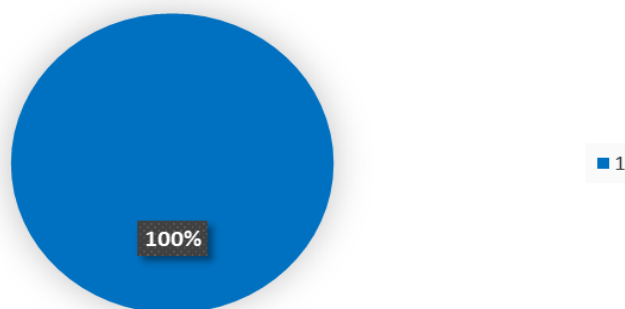
2.1.5. Motivos planteados por el S.S.M. para la entrada.

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

Nº de accesos por:	Nº
Descanso familiar	-
Emergencia social	-
Grave problemática de convivencia	-
Carencia de alojamiento	-
Transición hospital-comunidad	-
Preparación para una vida más autónoma	1
Alternativa a la hospitalización prolongada	-
Otros	-
Total accesos	1

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

Preparación para una vida más autónoma



2.1.6. Salidas durante el año.

Tabla 9. Salidas producidas durante el año

	Nº
Nº de personas que han salido	1
Nº de salidas producidas	1

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

	Salidas		Usuarios
	Nº	%*	Nº
Motivos de finalización de la intervención:			
<i>Altas (1)</i>	-	-	-
<i>Bajas (2)</i>	1	100,00%	1
Baja por:			
Abandono voluntario	-	-	-
Derivación a otro recurso**	1	100,00%	1
Fallecimiento	-	-	-
No adecuación al recurso***	-	-	-
Expulsión	-	-	-
Otros	-	-	-
Total	1	100,00%	1

*% sobre el total de salidas producidas

** Incluye hospital, MR, etc.

***Falta de ajuste al perfil, presencia de necesidades que el recurso 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.

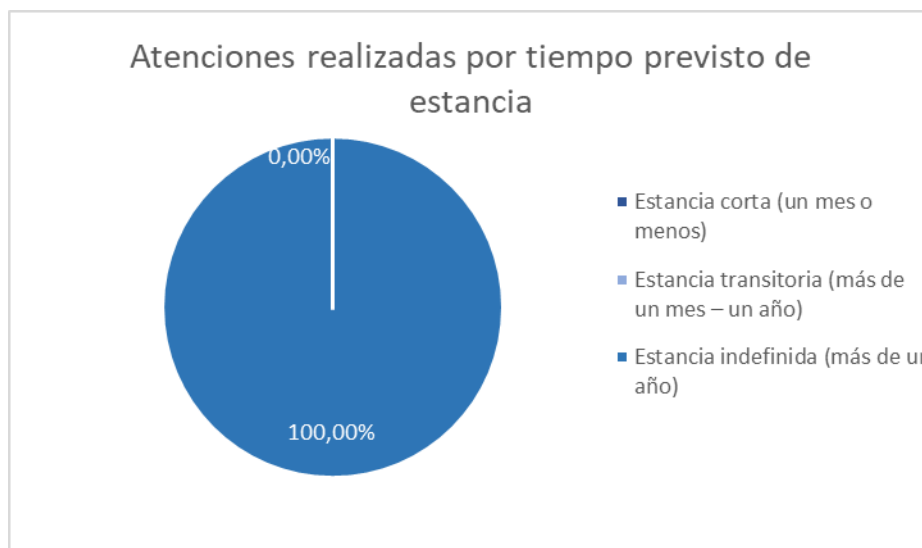
2.2. Datos por tipo de estancia prevista y duración de la estancia.

2.2.1. Número de atenciones realizadas según estancia prevista:

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

Nº de atenciones previstas de:	Nº	%*
Estancia corta (un mes o menos)	-	-
Estancia transitoria (más de un mes – un año)	-	-
Estancia indefinida (más de un año)	5	100,00%

*% sobre el total de atenciones



2.2.2. Duración de la estancia.

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

Duración de la estancia de los residentes en atención a 31/12	Nº	%*
< 1 mes	-	-
1 mes – 6 meses	-	-
6 meses – 1 año	-	-
1 año – 2 años	1	25%
2 años – 3 años	-	-
3 años – 4 años	2	50%
4 años – 5 años	-	-
> 4 años	1	25%

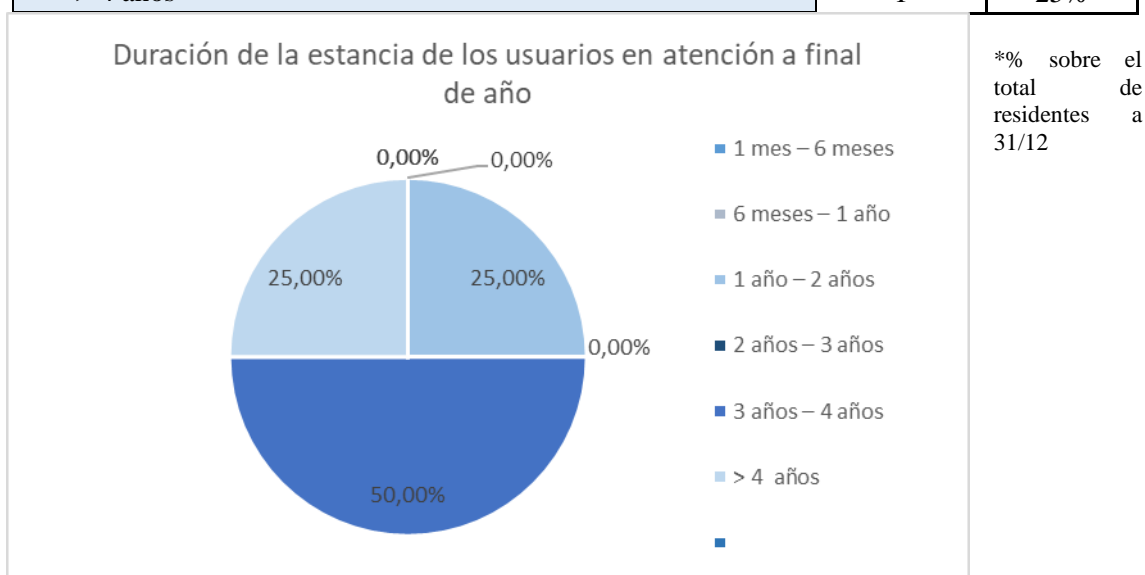
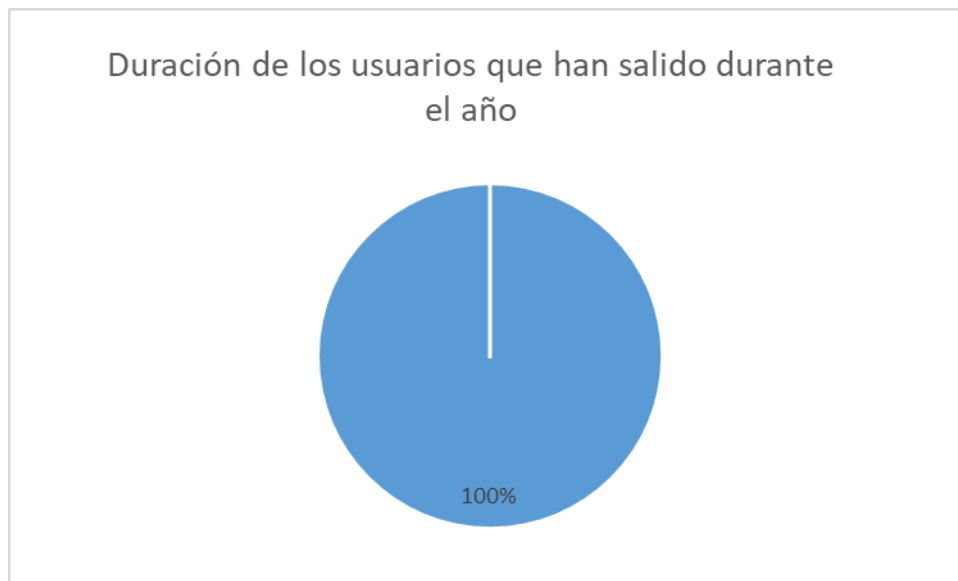


Tabla 13. Duración de la estancia de los usuarios que han salido durante el año.

Duración de la estancia de las salidas producidas durante el año	Nº	%*
--	----	----

Duración de la estancia de las salidas producidas durante el año	Nº	%*
< 1 mes	-	-
1 mes – 6 meses	-	-
6 meses – 1 año	-	-
1 año – 2 años	-	-
2 años – 3 años	-	-
3 años – 4 años	-	-
4 años – 5 años	1	100,00%
> 4 años	-	-

*% sobre el total de salidas producidas durante el año



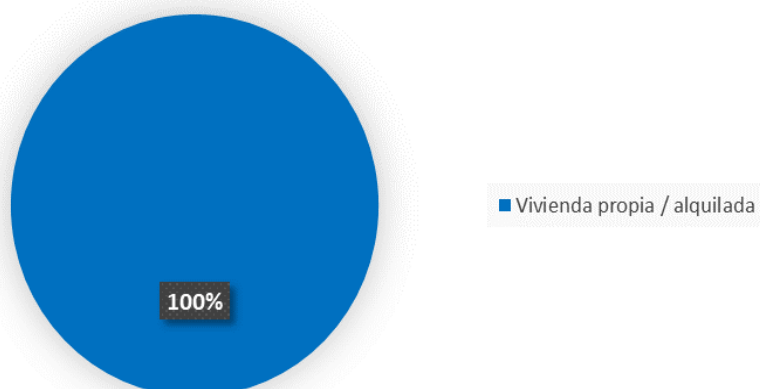
2.2.3. Situación residencial a la que han pasado los usuarios que finalizan su estancia en los pisos

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

Situación residencial de los usuarios cuando finalizan su estancia	Nº	%*
Vivienda propia / alquilada	-	-
Vivienda familiar	-	-
Piso supervisado	-	-
Mini-residencia	1	100,00%
Pensión	-	-
Hospital psiquiátrico	-	-
Otros (Residencia de la red)	-	-

*% sobre las salidas totales

Situación residencial de los usuarios cuando finalizan su estancia



3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL PSIQUIÁTRICO.

En este apartado de la memoria se recogen los datos sobre el perfil sociodemográfico y clínico-psiquiátrico de las **personas que se han incorporado** y del total de **personas que han sido atendidas** a lo largo del año al que hace referencia la memoria.

3.1. Datos sociodemográficos

Tabla 15. Sexo de los usuarios

Sexo	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Varones	4	100,00%	1	100,00%
Mujeres	0	0,00%	0	0,00%
Total	4	100,00%	1	100,00%

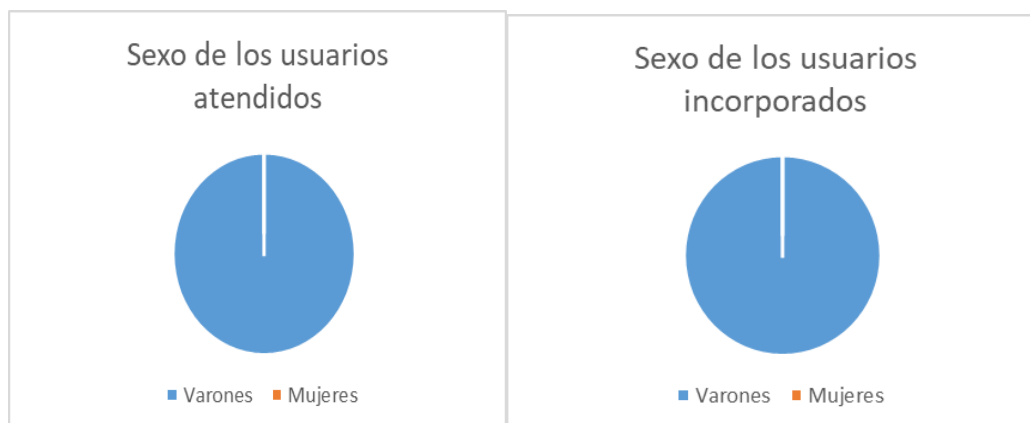


Tabla 16. Edad de los usuarios

Edad	Atendidos		Incorporados	
	Media		Media	
Edad	47,19		34	
	Nº	%	Nº	%
Edad:				
Entre 18 – 30	-	-	-	-
Entre 31 – 50	4	100,00%	1	100,00%
Entre 51 – 65	-	-	-	-
Total	4	100,00%	1	100,00%

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

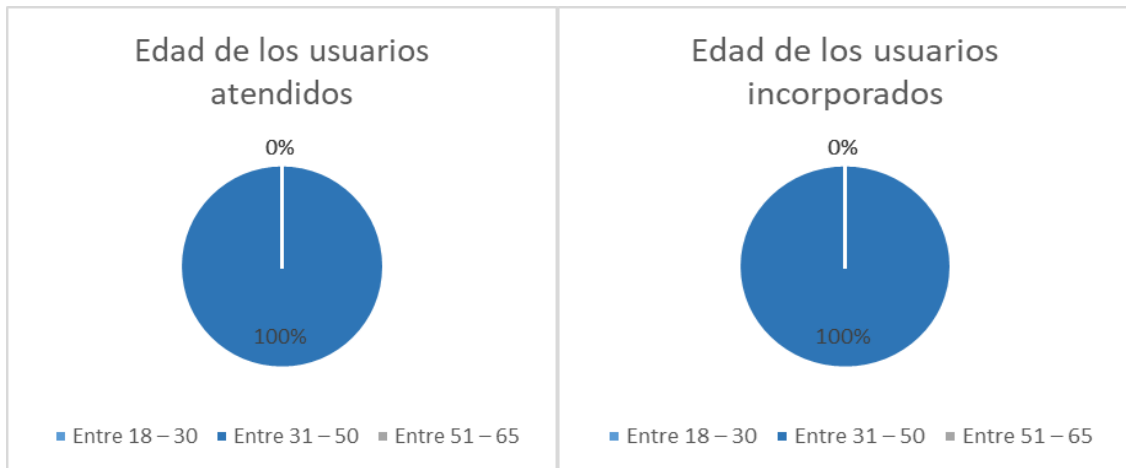


Tabla 17. Estado civil de los usuarios

Estado civil	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Solteros	4	100%	1	100,00%
Casados / pareja de hecho	-	-	-	-
Separados o divorciados	-	-	-	-
Viudos	-	-	-	-
No se conoce	-	-	-	-
Total	4	100,00%	1	100,00%

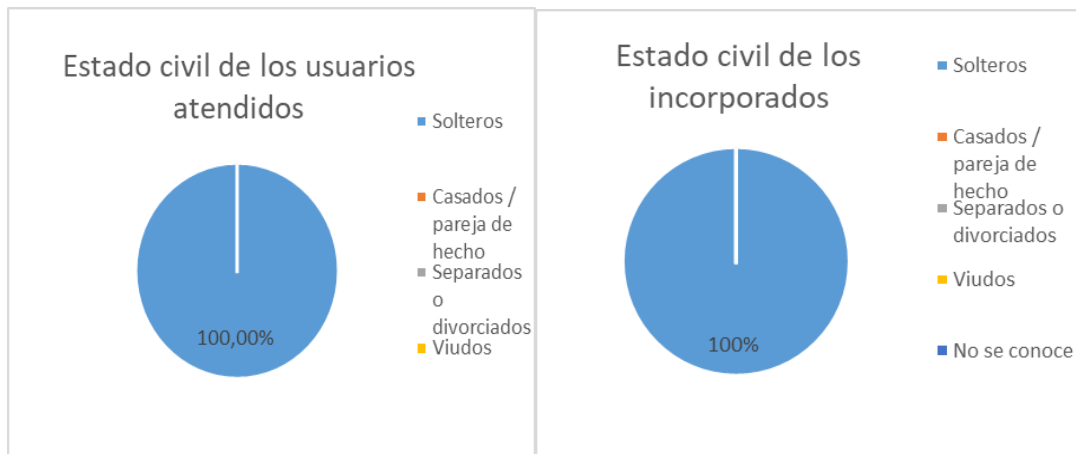
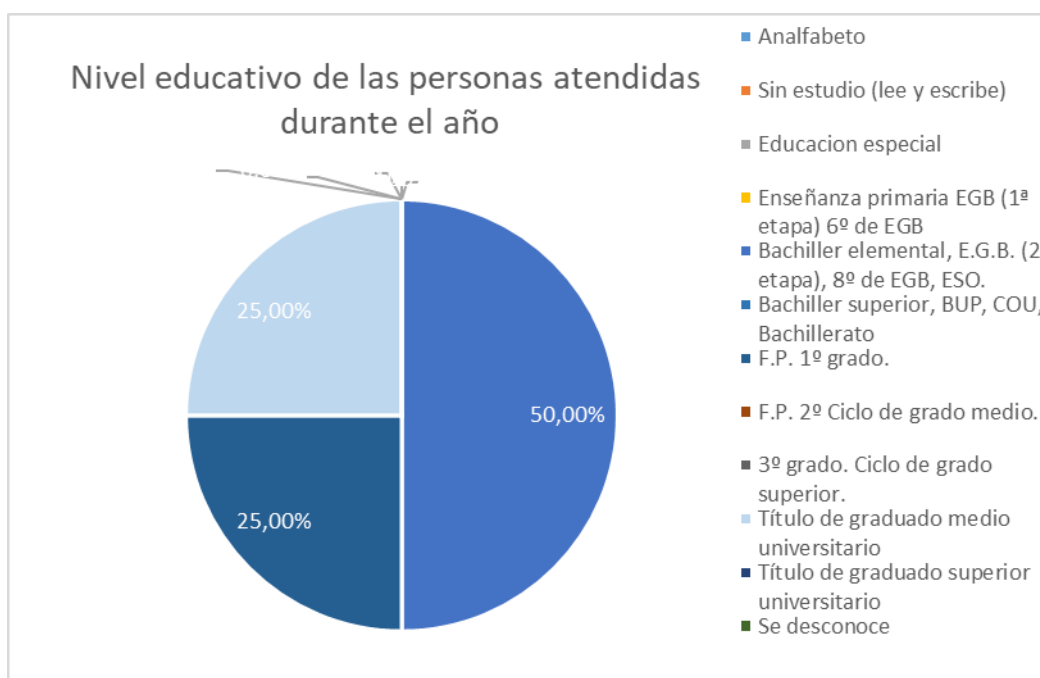


Tabla 18. Nivel educativo de los usuarios

Nivel educativo*	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	-	-	-	-
Sin estudio (lee y escribe)	-	-	-	-
Educación especial	-	-	-	-
Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB	-	-	-	-
Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB, ESO.	2	60,00%	-	-
Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato	-	-	-	-
F.P. 1º grado.	1	20,00%	1	100,00%
F.P. 2º Ciclo de grado medio.	-	-	-	-
3º grado. Ciclo de grado superior.	-	-	-	-
Título de graduado medio universitario	1	20,00%	-	-
Título de graduado superior universitario	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
Se desconoce	-	-	-	-
Total	4	100,00%	1	100,00%



Se refiere a estudios terminados

Tabla 19. Tipo de convivencia de los usuarios

Tipo de convivencia**	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Solo	-	-	-	-
Con el cónyuge	-	-	-	-
Con padres	-	-	-	-
Con padre o madre	1	25%	-	-
Con otros familiares	-	-	-	-
Con los hijos	-	-	-	-
Miniresidencia, piso protegido o pensión (supervisada)*	3	75,00%	1	100.00%
Otros (especificar)	-	-	-	-
No se conoce	-	-	-	-
Total	4	100,00%	1	100,00%

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

** En caso de que la convivencia sea con más miembros que los que figuran en la tabla, se indica sólo aquellos sobre los que recae el peso de la atención

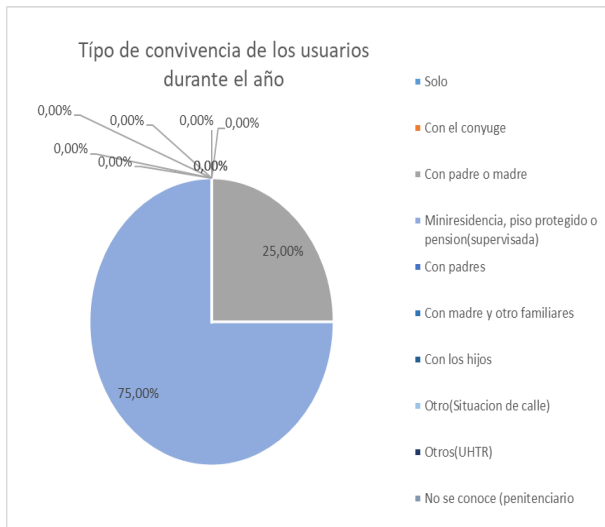


Tabla 20. Usuarios con hijos entre los usuarios

Usuarios con hijos	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Sí	1	25,00%	-	-
No	3	75,00%	1	100,00%
No se conoce	-	-	-	-
Total	4	100,00%	-	00,00%

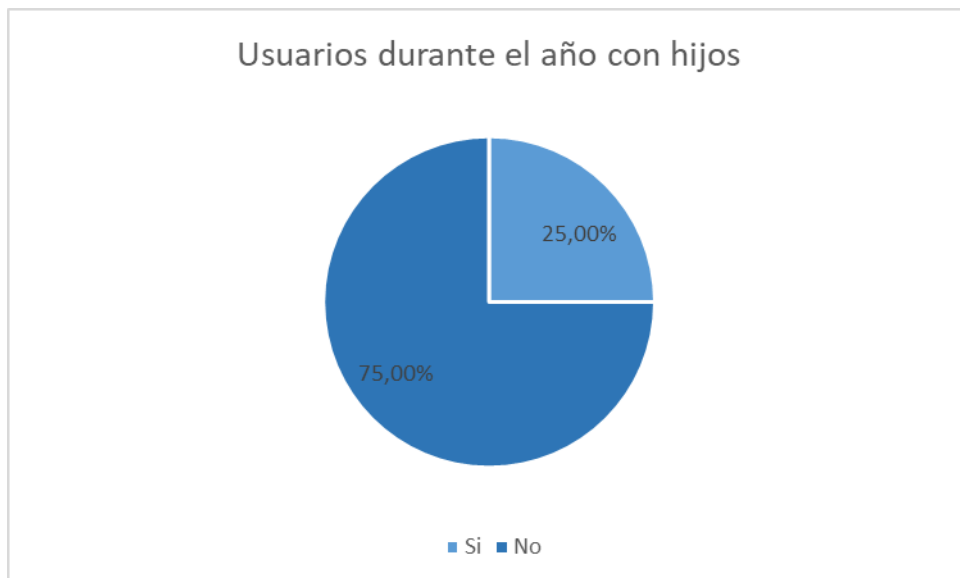
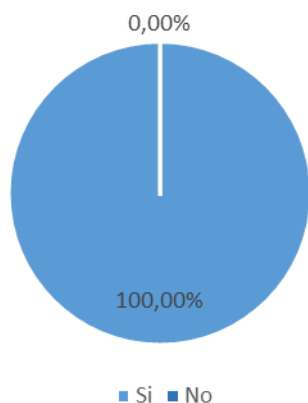


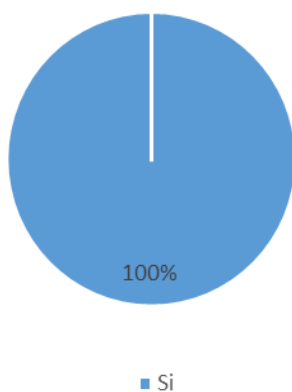
Tabla 21. Situación económica de los usuarios

Usuarios con ingresos propios				
Sí	4	-	1	100%
No	-	-	-	-
Nivel de ingresos				
Menos de 300 euros	-	-	-	-
De 301 euros a 600 euros	3	75%	1	100%
De 601 euros a 900 euros	1	25%	-	-
Más de 901 euros	-	-	-	-
No se conoce	-	-	-	-
Procedencia de los ingresos				
Pensión no contributiva	2	50%	-	-
Pensión contributiva	2	50%	-	-
RMI	-	-	1 (IMV)	100%
Trabajo	-	-	-	-
Orfandad	-	-	-	-
Hijo a cargo	-	-	-	-
Otros (pensión no contributiva y trabajo)	-	-	-	-
No se conoce	-	-	-	-
Total	4	100%	1	100%

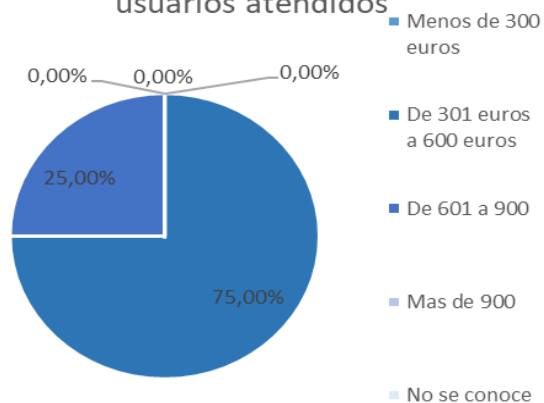
Usuarios con ingresos propios



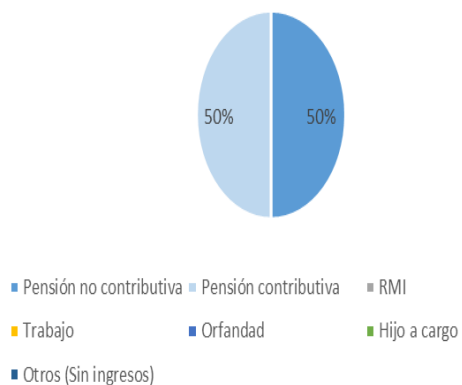
Usuarios incorporados con ingresos propios



Situación económica de los usuarios atendidos



Procedencia de los ingresos de los usuarios atendidos



Situación económica de los usuarios incorporados

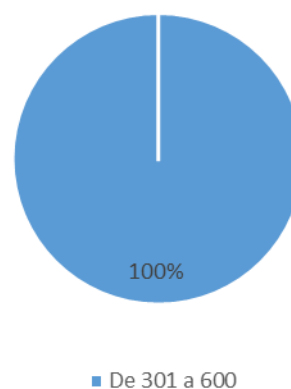




Tabla 21. Profesión de los usuarios atendidos durante el año.

Profesión	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Sin profesión	1	25%		
Trabajadores no cualificados	1	25%	1	100
Trabajadores cualificados	2	50%	-	-
Estudiantes	-	-	-	-
Amas de casa	-	-	-	-
Ocupaciones marginales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
No se conoce			-	-
Total	4	100%	1	100,00%

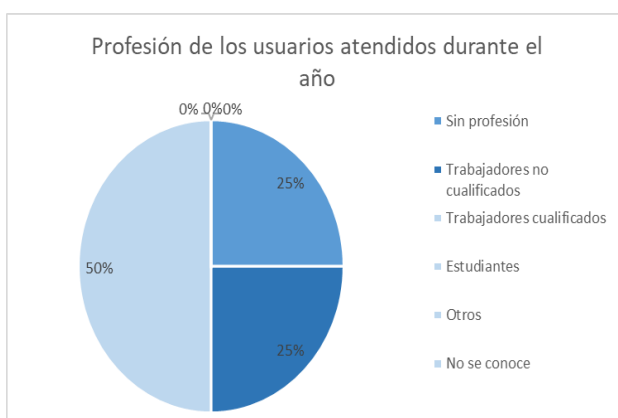


Tabla 22. Situación laboral de los usuarios

Situación laboral	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Trabajando (incluye actividad marginal e ILT)	1	25%	-	-
Buscando su primer empleo (no es necesario estar inscrito en la ORE)	-	-	1	100%
Parado (no es necesario estar inscrito en la ORE)	2	50%	-	-
Estudiante	-	-	-	-
Jubilado, pensionista (no incluir los que perciben PNC)	1	25%		
Labores del hogar	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
No activo				
No se conoce	-	-	-	-
Total	4	100%	1	100%

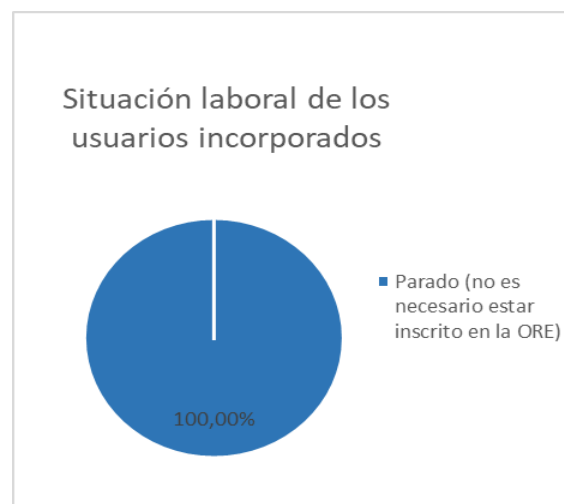
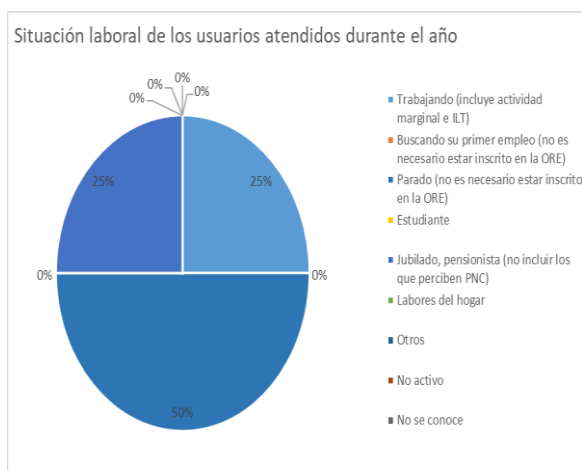
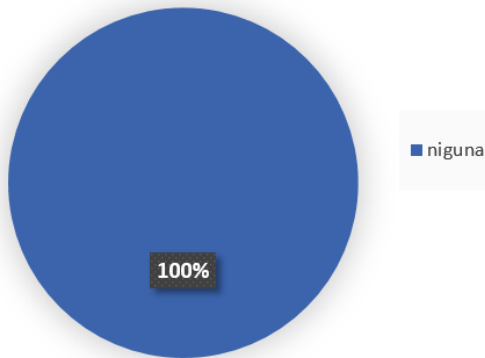


Tabla 23. Minusvalía de los usuarios atendidos durante el año.

Declaración de minusvalía	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Sí	4	100,00%	1	100%
No*	-	-	-	-
No se conoce	-	-	-	-
Total	4	100,00%	1	100,00%

* Incluye los que la están tramitando

Minusvalía de los usuarios atendidos durante el año



Minusvalía de los usuarios incorporados durante el año

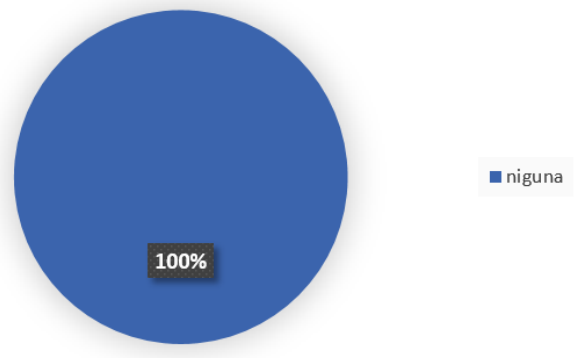
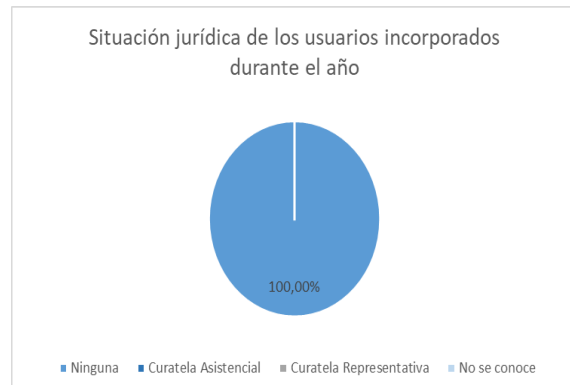
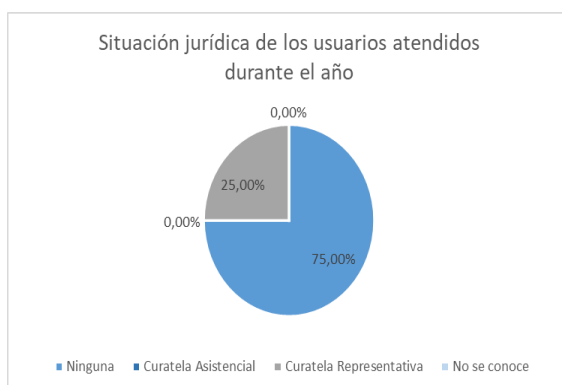


Tabla 24. Situación jurídica de los usuarios atendido durante el año.

Situación jurídica	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Ninguna	3	75%	1	100,00%
Curatela Asistencial			-	-
Curatela Representativa	1	25%	-	-
No se conoce	-	-	-	-
Total	4	100,00%	1	100,00%



Comentario:

Tras el análisis de los datos recogidos en las tablas y graficas anteriores, podemos concluir que el perfil socio-demográfico de los usuarios atendidos durante el 2025 en el Piso

Supervisado es el siguiente;

- *El 100% de las personas atendidas han sido hombres.*
- *La edad media atendida se encuentra en la franja de 31 a 50 años, siendo 44 años la edad media, reduciéndose en tres años frente a la del año anterior.*
- *De los cinco usuarios atendidos en 2025, tres proceden de recursos residenciales de la red, (tres MR Fuenlabrada, uno del piso de Parla) y otro del domicilio familiar.*
- *El estado civil las personas atendidas es; 100 % solteros, aunque uno estuvo en convivencia con su pareja durante años, pero sin formalizar la relación. Este usuario tiene dos hijas con las que mantiene vínculo.*
- *Sobre los estudios, un 40% finaliza los estudios primarios, un 40% tiene FP grado1 y un 20% tiene título grado medio universitario.*
- *Todas las personas atendidas disponen de ingresos propios, como el año anterior. Dos de ellas sus ingresos corresponden a un PNC, dos perciben una PC y una persona percibe IMV.*
- *En el ámbito laboral 3 personas atendida ha trabajado durante este año. 1 de ellos continua trabajando a 31 de diciembre de 2025.*
- *De las personas atendidas el 100% disponen del reconocimiento de grado de minusvalía y solo una persona tiene curatela representativa desde 2024.*

3.2. Datos psiquiátricos

Tabla 25. Diagnóstico principal de los usuarios atendidos durante el año.

Diagnóstico principal	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Esquizofrenia	3	75%	-	-
Trastorno bipolar	-	-	-	-
Trastorno delirante	-	-	-	-
Otras psicosis	-	-	-	-
Trastorno de personalidad	1	25%	1	100,00%
Trastornos de ansiedad o del estado de ánimo	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
No disponible	-	-	-	-
Total	4	100%	1	100,00%

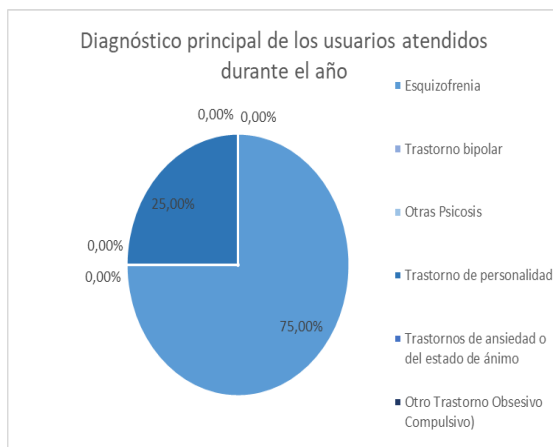


Tabla 26. Diagnóstico asociado de los usuarios atendidos durante el año.

Diagnóstico asociado	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
No	3	75%	1	100,00%
Sí	1	25%	-	-
Trastorno de personalidad	-	-	-	-
Retraso mental	-	-	-	-
Abuso de sustancias	1	-	-	-
Alcohol	1	25%		
Otras(otras sustancias psicoactivas)	-	-	-	-
Total	4	100%	1	100,00%

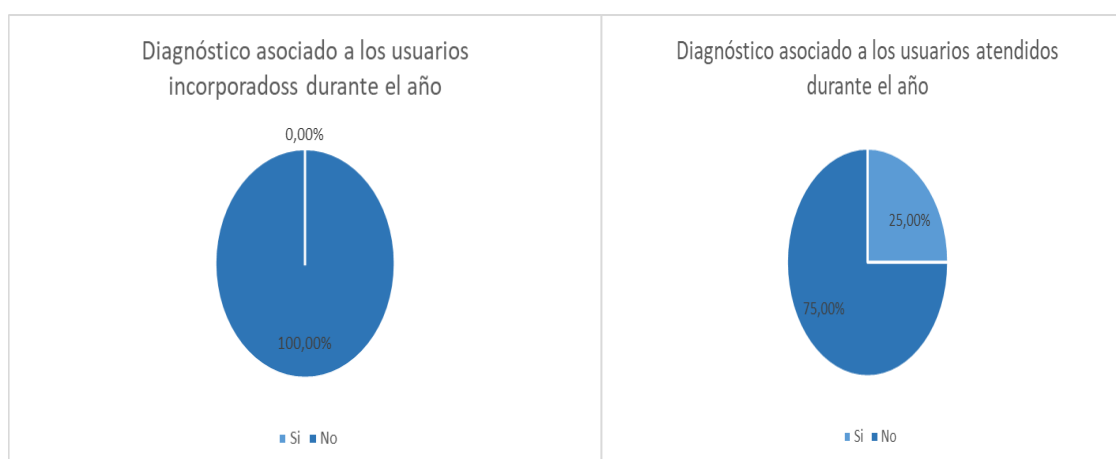
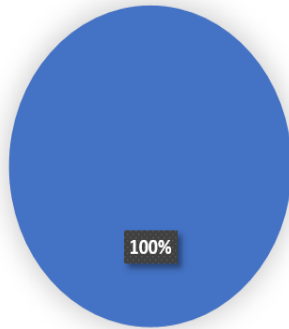


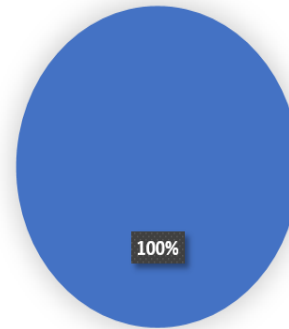
Tabla 27. Ingresos previos a la incorporación al centro de los usuarios atendidos durante el año.

	Atendidos		Incorporados	
	Nº	%	Nº	%
Usuarios con ingresos previos a su incorporación al centro	4	100%	1	100%

Usuarios con ingresos previos a su incorporación al centro de usuarios atendidos



Usuarios con ingresos previos a su incorporación al centro de usuarios incorporados



Comentario:

Los diagnósticos manejados durante el 2025 se distribuyen en un 60% esquizofrenia y un 40% con diagnóstico de trastorno de personalidad, un 20% presenta diagnóstico asociado, relacionado al consumo de alcohol. Todos han tenido historia previa de ingresos antes de incorporarse al recurso.

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 28. Ingresos psiquiátricos de los usuarios durante el año

	Nº	%*
Nº de usuarios con ingresos	0	0%
Nº de ingresos	0	0%

*% sobre el total de usuarios atendidos

Comentario:

Durante el 2025 no se han producido ningún ingreso psiquiátrico.

5. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DESARROLLADA.

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

5.1. Servicios básicos y generales.

El Piso Supervisado trata de ofrecer una alternativa estable y normalizada de alojamiento y sostén de la persona, que se da en un contexto de barrio y comunidad, donde los usuarios participen y hagan uso de este como un miembro más del vecindario y el entorno, acompañada con una supervisión y apoyo flexible ajustado las diferentes necesidades de sus usuarios.

Para ello, el equipo de profesionales proporciona el apoyo oportuno y adecuado tanto en lo relativo al funcionamiento doméstico, como en la mejora de la convivencia dentro del piso, favoreciendo la adaptación e integración en el entorno comunitario.

En el Piso Supervisado, se proporciona la ayuda necesaria para cubrir las necesidades básicas de alojamiento, manutención y cuidados con una supervisión y apoyo a la rehabilitación e integración continuada, por lo que para su adecuado funcionamiento se organizan asegurando los siguientes servicios básicos:

- **Cobertura de las necesidades básicas de alojamiento y manutención.**

El alojamiento es en una habitación individual asegurando la adecuada protección, limpieza, higiene y respeto a su intimidad. Promoviendo que el usuario decore su espacio individual de acuerdo a sus gustos y preferencias. Se realiza una aportación mensual de 40 euros por parte del recurso, como apoyo a la manutención y organización de gastos que conlleva el piso en cuestiones cotidianas. Durante el 2026 esta aportación se va a revisar viendo la necesidad de la misma.

- **Apoyo a la autonomía y participación de tareas domésticas, de cocina, limpieza, cuidado y orden de habitaciones individuales y espacios comunes del piso.**

En el piso se supervisa y realiza el seguimiento necesario, respecto al mantenimiento y cuidado de las instalaciones y mobiliario del piso, para asegurar así que estén en condiciones adecuadas, incluyendo limpiezas íntegras del piso de forma semestral o anual según las necesidades, reparación de infraestructuras cuando es necesario y aportación de la equipación necesaria según las necesidades de cada momento. Respecto al mantenimiento del espacio y cuidado de este, los usuarios están participando de forma comprometida con pequeños arreglos de la vivienda, prefiriendo antes de llamar al servicio de mantenimiento, tratar de solucionarlo ellos. Se fomenta y favorece que los usuarios sean quienes diseñen la compra y los menús alimenticios, conociendo y trabajando desde el cuidado de la salud con menús variados y equilibrados, respetando costumbres y preferencias en el ámbito culinario que cada uno de ellos presenta. Sabemos que la cocina no solo es una cuestión de alimentación sino también de tradiciones familiares, que tratamos de mantener. Si algún usuario no pudiera participar activamente en la elaboración de las comidas, se le asegurara durante el tiempo que dure esa circunstancia la manutención diaria de cuatro comidas.

- **La supervisión y apoyo personal e individualizado que cada usuario necesite para las actividades de la vida diaria y para la mejora de su funcionamiento y adaptación a la convivencia y vida en el Piso.**

Desde la incorporación de la persona al piso, el equipo pone en marcha las intervenciones necesarias individuales y/o grupales encaminadas a garantizar que los usuarios pueden ir asumiendo de forma progresiva mayor autonomía en las diferentes habilidades y capacidades relacionadas con la vida diaria que implica vivir en un Piso Supervisado. De forma grupal se realizan encuentros semanales (Asamblea) donde entre ellos puedan elaborar la organización y distribución de las diferentes tareas domésticas del piso. Son ellos los que llegan a acuerdos sobre los turnos y distribución de estos en el orden y realización de tareas. También en este espacio grupal se abordan cuestiones de convivencia y relaciones, permitiendo poder expresar y buscar soluciones a dificultades que puedan surgir en la convivencia.

- **Apoyo y soporte para la integración comunitaria.**

Participar como miembro activo en la comunidad donde la persona reside fortalece el bienestar, ayuda a la integración en la comunidad, proporciona sentimientos

de competencia e identidad y permite poner en juego determinados roles más proactivos y saludables. El hecho de convivir en el Piso Supervisado necesita de la asunción y desempeño de rol de compañero de piso, vecino. 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 trabaja el mantenimiento de las relaciones y rutinas habituales del usuario dentro su propio entorno comunitario, dentro de su propio barrio. Que utilicen asociaciones, recursos educativos y culturales, laborales, centros sociales, gimnasios, comercio del barrio, transporte público, en definitiva, el fomento de la utilización de recursos comunitarios, tanto formales como informales (de ocio, culturales, educativos, socio sanitarios).



- **Apoyo, acompañamiento y sostén emocional.**

Desde un lugar de acompañamiento en su proceso de rehabilitación, se fomentan espacios y momentos de intervención dirigidos a 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. Trabajar 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.

Se propicia la reconstrucción de los lazos sociales y familiares, se apunta al desarrollo de las potencialidades individuales y de las capacidades que presenta el nuevo contexto, con el propósito del desarrollo de un proyecto de vida.

El equipo del Piso Supervisado trabaja 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 la confianza en sus propios recursos.

5.2. Atención psicosocial.

El Piso Supervisado de Fuenlabrada desarrolla su funcionamiento desde una naturaleza psico-socio-comunitaria. Pensamos que el barrio es el territorio donde vivimos y donde las personas desarrollamos la vida cotidiana. Y el equipo del Piso trabaja desde la transversalidad de como la vida cotidiana construida en un espacios físico, social y cultural aporta activos de salud a personas con problemas de salud mental, que conviven en ocasiones con situaciones críticas vitales.

El equipo del Piso Supervisado dirige sus intervenciones dentro del marco de la rehabilitación psicosocial, poniendo en marcha apoyos a las personas que viven en él a impulsar una vida más agradable y satisfactoria, a reconocer y desarrollar herramientas personales que permitan afrontar la vida cotidiana de una forma más segura, a buscar apoyo y relaciones interpersonales dentro y fuera del piso, a facilitar la construcción de soportes naturales en su entorno inmediato, que sumen al apoyo que reciben de los profesionales.

La organización sobre la que se planifica la atención a las personas que viven en el Piso presenta un carácter flexible, continuado y dinámico, siempre al compás de un proceso individualizado de rehabilitación. Desde el inicio cada usuario es atendido desde su individualidad, con sus demandas y necesidades. Para el desarrollo de esta labor cada uno de ellos recibe el seguimiento, intervención y apoyo necesario en cada momento, y en él incluimos al entorno y las relaciones significativas que las personas mantienen antes de su incorporación,

como elemento que también acompañara al proceso de recuperación de la persona, siempre que sea posible.

A continuación, se desarrollan los procesos de trabajo que articulan nuestra atención en el Piso Supervisado y las áreas de funcionamiento psicosocial.

A. DERIVACION Y COORDINACION CON CSM.

- a. Una vez al mes se mantiene la Comisión de Coordinación y Seguimiento con Salud Mental a la que asisten distintos profesionales de los Servicios de Salud Mental, Piso Supervisado y Residencia, en ellas se utiliza un espacio para las propuestas de derivación. Sumado a esta Comisión de Coordinación, el Servicio de Salud Mental de Fuenlabrada nos convoca a los profesionales del Piso Supervisado y Residencia a Presentaciones de caso, donde se realiza la presentación y derivación de un usuario a la Residencia, con el objetivo que esta sea un lugar de tránsito y preparación para acceder posteriormente al Piso Supervisado.
- b. En estas derivaciones se presentan el informe del Programa de Continuidad de Cuidado junto a la propuesta de derivación correspondiente (si la persona derivada no viene de la residencia) y se incluye en la lista de espera.
- c. El usuario accederá a la Residencia y de ahí se inicia un proceso de evaluación y preparación de distintas necesidades y habilidades, necesarias para ocupar una plaza en un piso supervisado (autonomía con la toma de medicación, autocuidado, habilidades en el desarrollo de tareas domésticas, actitudes para la convivencia, etc.).
- d. La evaluación sobre el proceso de adaptación y evolución de cada usuario de traslada a los Servicios de Salud Mental. Si se valora finalmente junto al SSM y el usuario, que tiene perfil y el usuario desea continuar su proceso de recuperación en el Piso Supervisado, se le incorpora a la lista de espera y se establece un tiempo aproximado de acceso al recurso. Durante este periodo se trabaja desde intervenciones dirigidas al acercamiento e incorporación al piso y a reforzar aquellas áreas necesarias en el usuario para ello.
- e. EL CSM comunica al usuario que está en la lista de espera y sobre el proceso que tendrá lugar desde ese momento hasta su incorporación definitiva.
- f. En las Comisiones de Coordinación con el Centro de Salud Mental, se informa y aborda, junto a los diferentes profesionales, sobre diferentes aspectos: la evolución de

del usuario, los objetivos que se han diseñado junto a este y el desarrollo de las intervenciones para su logro, posibles dificultades que estén surgiendo, como propuestas de nuevos objetivos, entre otros. Desde el inicio en el proceso de derivación se trabaja en coordinación con Centro de Salud Mental.

- g. Junto a las Comisiones de Coordinación mensuales, se mantiene un contacto continuo y flexible con el SSM, que permite atender no solo a lo programado sino a las circunstancias diarias y cotidianas del usuario que necesiten de esta coordinación.
- h. También se puede producir un acceso al recurso del Piso sin pasar por la Residencia, para ello es necesario una estrecha coordinación con el CSM de referencia y los recursos de rehabilitación que están acompañando al usuario en su proceso. La evaluación y preparación sobre las habilidades y capacidades necesarias para la ocupación de la plaza son evaluadas desde el Centro de Salud Mental de referencia, valorando apta su derivación.
- i. El seguimiento mensual de usuarios se realiza desde el modelo de Gestión de Casos, donde todos los profesionales que atienden al usuario están presentes; referentes clínicos, trabajadores sociales de CSM, enfermería, profesionales de otros recursos de rehabilitación de la red de Fuenlabrada y el equipo de Piso. A través de este modelo se trata de abordar al 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.
- j. Cada tres meses la dirección del recurso mantiene coordinación con la Jefa 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 y otras cuestiones organizativas y de coordinación entre ambos dispositivos. En estas coordinaciones además se ha iniciado un trabajo conjunto sobre la revisión de los tiempos de estancia, su evaluación puede ir dirigida a una salida del recurso, viviendas autónomas o regreso al domicilio familiar.

B. APOYO Y SUPERVISIÓN PREVIO

- a. Lo frecuente es que el apoyo y preparación de los usuarios derivados al Piso Supervisado se lleve a cabo en la Residencia.

- b. Una vez se encuadra el tiempo de acceso y tránsito del usuario al Piso Supervisado, los equipos de la Residencia junto al educador del Piso realizan la asignación de la persona de referencia de este en el Piso. En la Residencia de Fuenlabrada, cuando el usuario accede con previsión de ocupar plaza en el Piso Supervisado, se asigna al educador de Piso como educador referente, permitiendo que se mantenga una continuidad en el trabajo vincular con el usuario, evitando rupturas en el proceso con los profesionales de referencia.
- c. El educador de referencia asignado, siendo habitualmente el educador de Piso Supervisado, está presente desde la incorporación del usuario en la Residencia en el desarrollo de su proceso con el recurso. Participa en la elaboración de su Plan Individual de Residencia (PIAR), junto a la psicóloga y terapeuta ocupacional, proponiendo objetivos e intervenciones dirigidas a la incorporación al Piso en un plazo estimado y acordado junto a su SSM. Desde el inicio el usuario encuentra un trabajo relacionado entre los profesionales de la Residencia y el Piso.
- d. No solo se realiza un trabajo coordinado y continuo de objetivos entre los profesionales, sino que el usuario es participe en la toma de decisiones de los objetivos vinculados a su proceso, así como sobre los tiempos y acciones a llevar a cabo para su desarrollo.
- e. Durante esta fase los profesionales y el usuario realizan un trabajo común, flexible y adaptado a las circunstancias del usuario, facilitando el proceso individual de tránsito con todo lo que este conlleva y pueda necesitar.
- f. Cuando no es usuario de la Residencia se mantienen reuniones con la persona, con el Centro de Salud Mental, otros recursos que este en atención y familiares, elaborando un plan cronológico dirigido a seguir un acercamiento progresivo al recurso.

C. ACERCAMIENTO Y ACCESO

- a. Una vez alcanzados los objetivos planificados en su PIAR, se inicia el proceso de acercamiento al Piso Supervisado, previo a un acceso definitivo.
- b. El usuario, junto al educador de referencia, elaboran un plan de acercamiento con un cronograma, que permita familiarizarse con el entorno y el recurso nuevo, los compañeros, organización de tareas, las normas, así como del barrio y lo que este ofrece y dispone.
- c. Los profesionales que participan en este parte del proceso, como posteriormente, no solo es el educador de referencia del Piso, además la Psicóloga junto a la Terapeuta Ocupacional están presentes desde el inicio del proceso. Esto nos permite poder

- disponer de mayores herramientas profesionales y características personales que faciliten la vinculación, fomentando un proceso más flexible y adaptado para el usuario.
- d. El cronograma elaborado estará adaptado a las necesidades de cada usuario, junto a él. El Piso Supervisado de Fuenlabrada dispone de un espacio semanal para facilitar visitas a aquellos usuarios que desean conocer el Piso. Este espacio ha sido creado por los usuarios que viven en él, donde a través de un café ofrecen a las personas que acuden a él la información sobre la convivencia en el Piso, normas, tareas, horarios, etc. Con este espacio se desea facilitar también a las personas que en un futuro puedan acceder al Piso, disponer de mayor información sobre este recurso al que están derivados.
 - e. Se trata de que el primer contacto con el piso sea a través de este espacio de visita acompañado por el profesional.
 - f. Junto a este espacio, el usuario participa en otros espacios grupales que dispone el piso como la Asamblea u organización de compras y necesidades de piso, además de otros fuera del recurso, dirigidos más al ocio en el barrio permitiendo además de conocer el entorno, iniciar relaciones con los compañeros desde un lugar menos normativo y satisfactorio. En paralelo estos espacios grupales se mantiene actividades de apoyo individuales que se establezcan como necesarias para la incorporación, como seguimientos individuales para conocer y apoyar el proceso que inicia.
 - g. Los primeros momentos el usuario estará más acompañado por la figura del educador de referencia, permitiendo la observación en el desempeño de tareas y responsabilidades dentro del Piso, además de evaluar con el usuario como está viviendo el cambio y la adaptación, que necesidades puede presentar la persona y poner en marcha aquello que no ha podido ser programado con antelación.
 - h. Posteriormente el educador de referencia va facilitando tiempos de estancia dentro del piso sin su presencia tan directa, ofreciendo que el usuario empiece a apropiarse del nuevo espacio y ponga en marcha recursos propios para ello, para ser evaluados junto al educador posteriormente.
 - i. Cuando la fase de acercamiento al Piso se resuelve de forma positiva, se inicia el traslado de pertenencias personales del usuario a su habitación. En este traslado el educador acuerda junto al usuario como quiere ir haciéndolo y si para ello necesita de su ayuda o por lo contrario pide esta ayuda a apoyos naturales, como allegados o familiares.

- j. En el tiempo que transcurre durante esta fase, al usuario se le asignan tareas en el piso, de forma progresiva, de modo que este puede ir tomando mayor contacto con la nueva realidad del recurso, y lo que implica participar en este espacio de mayor autonomía para la persona.
- k. Todo este proceso será informado tanto a su SSM como al equipo de profesionales de la Residencia, u otros recursos que este en atención si fuese necesario.
- l. El usuario que disponga de apoyos tanto familiares, como relaciones significativas, desde el inicio van a estar presentes en el proceso. En este aspecto se mantendrán encuentros con el usuario y su red de apoyo natural.

En el momento se acuerda el día de incorporación al Piso, desde la Residencia se planificará no solo la salida con las ayudas necesarias para el traslado, sino un acompañamiento en el cierre y despedida con el recurso, recordándole que la Residencia continuará siendo un referente de apoyo en momentos puntuales que no puedan ser abordados desde el Piso, pero además fomentado mantener las relaciones positivas de apoyo que puedan haber establecido con otros usuarios de la Residencia.

- a. El usuario realiza la salida de la Residencia hacia el Piso Supervisado acompañado por el educador de referencia,
- b. Durante los primeros días el equipo de profesionales vinculados al Piso estará especialmente pendiente de su incorporación y adaptación, mostrando mayor disponibilidad y flexibilidad en la atención y seguimiento.
- c. Depende de lo acordado con el usuario, se le ayudará a organizar y colocar sus pertenencias. En el Piso de Fuenlabrada los tres usuarios que han accedido a él han pedido hacerlo ellos y ocuparse sin ayuda de esto.
- d. Al margen de las tareas individuales asignadas dentro del Piso, el usuario y el educador mantendrán encuentros de forma frecuente para abordar dudas, necesidades y otras cuestiones que pueden presentarse al inicio de su vida en el piso.
- e. Junto a las cuestiones organizativas de implica la estancia en piso, en este periodo es importante estar disponibles y presentes para el usuario, ya que se trata de un cambio que necesita de mayor apoyo sobre todo en cuestiones más emocionales. También tenemos presente este apoyo a las familias y allegados que pueden estar participando en el proceso junto al usuario.
- f. Con los usuarios que no han sido atendidos desde la Residencia, se trabajará además un acercamiento a ella, ya que se trata de dispositivo vinculado, desde donde recibirá

apoyo y acompañamiento cuando el educador de Piso no se encuentre en su turno de trabajo.

D. EVALUACION Y ELABORACION DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCION RESIDENCIAL (PIAR).

Una vez ocupada de forma definitiva el usuario su plaza en el Piso Supervisado, 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.

- a. La evaluación se realiza a través de la observación y espacios de seguimientos de evaluación acordados con el usuario, junto a la coordinación con su SMM. En esta etapa de evaluación se recoge la información necesaria para elaborar los posteriores objetivos de trabajo individualizados y se incluye en ella encuentros con familiares y allegados que el usuario contemple como significativos en este proceso.
- b. La psicóloga, Terapeuta Ocupacional y Educador de referencia realizan la evaluación de las áreas asignadas a sus funciones, desde una perspectiva interdisciplinar.
- c. El tiempo de evaluación disponible es de 45 días desde el momento de la incorporación del usuario al Piso, 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.
- d. Una vez transcurrido el tiempo estimado de evaluación se realiza la Comisión para redactar 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.
- e. 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.
- f. Los objetivos de PIAR serán revisados cada seis meses junto al usuario, firmando el usuario y equipo el documento de revisión de objetivos, 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.

- g. Los objetivos establecidos en la elaboración del PIAR y sus posteriores revisiones son comunicados en las Comisiones de Coordinación mensual con el SSM.

E. INTERVENCION

Las intervenciones realizadas desde el Piso Supervisado 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 del piso, 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 del Piso Supervisado 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.

Para el desarrollo de las intervenciones el equipo de Piso 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, espontaneas y dinámicas que aparecen el al día a día de la persona y son fuente de oportunidades de trabajo.

a. Atención individual.

- Los usuarios tienen programado semanalmente seguimiento individualizado con el educador de referencia.
- 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.
- Las principales intervenciones individuales se centran en las siguientes áreas:
 - **AREA CLINICA Y TRATAMIENTO:** Se supervisa y se realiza seguimiento y apoyo en todo aquello vinculado a su salud psíquica y tratamiento establecido para ello. Los profesionales del Piso abordan 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, 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. Para reforzar la intervención en este area se han prestado talleres monográficos sobre higiene bucodental, funcionamiento de la tarjeta sanitaria digital, alimentación saludable y consumo de bebidas energéticas y carbonatadas.
 - **APOYO EMOCIONAL:** La misión principal para el equipo del Piso Supervisado es elaborar en el día a día las 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. Los profesionales del Piso representan un rol de apoyo, protección

y contención; que facilitan 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 autocuidado, 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. Auto percibirse 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 las personas que residen en el Piso Supervisado.
- **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. 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 del Piso Supervisado, desde el inicio de la incorporación del usuario al Piso 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:** Desde el Piso de Fuenlabrada se fomentan los espacios de ocio y tiempo libre de los residentes, tanto entre ellos como de forma individual, dentro y fuera del recurso. 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.

- **PARTICIPACION E INTEGRACION EN LA COMUNIDAD:** La participación de los usuarios en actividades, espacios y/o grupos en el entorno comunitario donde se ubica el Piso 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 de 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.
- **ENCUENTROS ASAMBLEA.** Se dispone de un espacio de frecuencia semanal o quincenal, donde los residentes del piso ocupan un lugar para expresar, organizar y tomar decisiones de forma conjunta sobre cuestiones de convivencia. Mediante el diálogo, aportan su punto de vista, escuchan al otro, debaten y asumen las responsabilidades que requieren los acuerdos logrados. Desde la Asamblea se trata de poder pensar entre todos a través de las dificultades surgidas y fomentando las fortalezas individuales y del grupo para la convivencia. Un lugar en el que se pone de manifiesto que se forma parte de una unidad de convivencia.



- **ORGANIZACIÓN VIVIENDA Y PRESUPUESTO MENSUAL.** Utilizando el espacio de asamblea se decide cómo organizar los aspectos prácticos de convivencia. Como la organización de tareas comunes dentro del piso. Entre estas destacan;
 - La limpieza: mediante un cuadrante se especifican las tareas a realizar, qué prácticas requieren y el responsable de cada tarea, que cambia de forma semanal.
 - Por otro lado, la persona encargada de la caja de dinero común; cada mes un residente se hace cargo de realizar las compras relativas a consumo común de alimentación y limpieza, así como de atesorar el dinero y controlar el gasto. Esta función es rotativa.

Mediante esta acción se ponen en marcha distintas intervenciones encaminadas a que los usuarios aprendan a:

- Elaborar un presupuesto mensual y ajustarse a él.
- Controlar los gastos y distribuir el dinero del que disponen.
- Valorar por necesidad, qué gastos son más prioritarios y cuales se pueden posponer.
- Aprender estrategias de ahorro, tomar conciencia de la importancia de tener un remanente al que acudir si tienen una emergencia.

• **ESPACIO VISITA/ACOGIDA.** Este espacio nace como necesidad de acercar el piso a quien quiera conocerlo, bien residentes de la MR, que estén en un proceso a medio plazo de derivación al recurso, como derivaciones de CSM. Se destina media hora semanal a invitar a los compañeros que quieran conocer el piso, favoreciendo el diálogo y la resolución de dudas. Todo mediante un pequeño aperitivo que lo acompaña haciéndolo más agradable. Durante el 2025 desde la residencia de Fuenlabrada han acudido dos residentes a este espacio, una de ellas ha sido derivada en 2025, iniciando el tránsito de residencia a piso una de ellas a finales de noviembre del mismo año.

- **OCIO COMPARTIDO.** Las profesionales del piso intentan fomentar la participación de los usuarios en actividades de ocio y tiempo libre, tanto dentro como fuera del recurso. Se darán los apoyos que sean necesarios y se tendrá en cuenta que las actividades que se propongan estén ajustadas a los gustos e intereses de cada usuario. Para todo ello, haremos uso de todos los recursos que pone a nuestra disposición la comunidad en la que estamos ubicados, además de ofrecer a los usuarios de los pisos la

posibilidad de seguir participando en las salidas de ocio que se organicen desde la Residencia

Estas salidas de ocio compartido ofrecen un lugar de encuentro, en el que de manera informal se refuerza el vínculo, conocimiento mutuo y cohesión grupal.

- **ENCUENTROS CON FAMILIARES.** Entendiendo que la familia puede ser un sistema potencial de apoyo y que la salida del piso, en ocasiones, es de retorno al domicilio familiar, el trabajo y la coordinación con las familias se considera fundamental dentro del proceso de recuperación de cada usuario.

Se favorece el contacto, apoyo y asesoramiento de la familia de los usuarios para no perder el vínculo familiar.

Se establecen encuentros, a poder ser mensuales, entre el usuario, la familia o personas significativas y las profesionales del piso. El principal objetivo de estos contactos será tratar de implicar a la familia en el proceso de rehabilitación que se diseña con cada usuario y fomentar el mantenimiento de los lazos con su familiar mientras dure la estancia en el piso.

Se utiliza el encuentro de familias de la residencia para que participen los usuarios del piso y sus familias.

Además de los seguimientos e intervenciones con las familias de cada uno de los usuarios desde el Piso Supervisado se realizan actividades grupales con familiares y usuarios junto a la Residencia de Fuenlabrada, como han actividades de barbacoas, salidas de senderismo y actividades navideñas. Para el Piso Supervisado la familia y la relación que los usuarios presentan con ellas puede ser un potencial de bienestar. A través de actividades lúdicas, de carácter trimestral, se trata de mejorar la comunicación interpersonal y fomentar nuevas oportunidades de estar junto a sus familiares y allegados, promover el sentimiento de pertenencia y vivenciar momentos de afectos y reconocimiento como miembros de un grupo familiar.



b. Coordinaciones.

El trabajo del Piso Supervisado incluye la participación y promoción de coordinaciones con todos aquellos servicios o recursos que puedan estar implicados en la atención del usuario.

Con el fin de promover su rehabilitación e integración, y facilitar un proceso integral de atención, rehabilitación e integración comunitaria, el equipo mantiene diversas coordinaciones. Estas se pueden dividir en tres bloques:

- **INTERNAS:** Las coordinaciones dentro del equipo son necesarias para tener un conocimiento común de la situación del piso y de las personas que lo habitan.

En estas reuniones participan las profesionales que tienen atención directa en el piso junto con la directora del piso. Este espacio está destinado a la organización de las intervenciones, así como a la puesta en común de dificultades, propuestas y reflexiones que nos suscitan las situaciones con las que nos encontramos a la hora de trabajar así. Estas reuniones se agendan mensualmente.

Es de vital importancia tener en cuenta que, a parte de las profesionales que trabajan de forma directa en él, también profesionales de los diferentes turnos de la Residencia tienen que intervenir en otras ocasiones de forma puntual. Para poder hacer

partícipes al conjunto del equipo se dispone de las reuniones de equipo, donde semanalmente se tratan todos los temas relativos a los pisos y sus usuarios. Por otra parte, mediante las herramientas de la agenda, archivos informáticos como los historiales individuales y el diario de los asuntos comunitarios, queda reflejado el trabajo diario, con sus incidencias, que sirve de canal de comunicación entre los profesionales. También el traspaso de información directa que se da en los cambios de turno ayuda al mismo fin.

A estos espacios se suman las reuniones para elaboración y revisión del PIAR.

- **EXTERNAS CON SSM Y RED DE ATENCION SOCIAL:**

Los profesionales del Piso participan en las coordinaciones mensuales de presentación, derivación y seguimiento de usuarios con Centro de Salud Mental de Fuenlabrada. Además, se establecen reuniones específicas con profesionales de Salud Mental para abordar cuestiones sobre el proceso del usuario en el piso, esto facilita coherencia entre todas las actuaciones realizadas con el usuario.

El seguimiento mensual de usuarios se realiza desde el modelo de Gestión de Casos, donde todos los profesionales que atienden al usuario están presentes; referentes clínicos, trabajadores sociales de CSM, enfermería, profesionales de otros recursos de rehabilitación de la red de Fuenlabrada y el equipo de Piso. A través de este modelo se trata de abordar al proceso de rehabilitación de forma más integral, multidisciplinar y en red.

Se mantienen reuniones mensuales junto a las direcciones de los recursos de atención social en Fuenlabrada (CASF) con el Jefe de Servicio de SSM de con el objetivo general de poner en común el trabajo conjunto, atender aquellos aspectos necesarios para mejorar la coordinación entre los equipos y promover iniciativas que puedan mejorar los espacios de coordinación y seguimientos.

También se mantienen reuniones cada tres meses con el Jefe de Servicio de Área de Salud Mental de Fuenlabrada y la dirección de MR-Piso, con el objetivo de complementar el trabajo de los equipos, manteniendo encuentros cada dos meses para abordar cuestiones organizativas, de estructura y propuesta de trabajo común entre dos dispositivos, uno sanitario y otro social.

También de forma trimestral la dirección acude a la Comisión de Rehabilitación de la Zona Sur, en las que se intercambia información sobre la situación y necesidades de los recursos y del área.

Junto a las coordinaciones con SSM de Fuenlabrada, se mantiene reuniones con aquellos dispositivos de Red de Atención Social que los usuarios estén haciendo uso, con el fin de fomentar el trabajo en red en el proceso de rehabilitación de la persona. Estas coordinaciones posibilitan la reflexión entre los equipos y la persona para el correcto desarrollo de la atención al usuario. Dichas reuniones o comunicación se establecen cuando son necesarias.

Durante este año hemos mantenido coordinaciones con CRPS y CRL de Fuenlabrada, ya que tres usuarios han hecho uso de los recursos de rehabilitación.

- **OTRAS COORDINACIONES:** Se mantienen además otras coordinaciones con aquellos dispositivos no pertenecientes a la Red de Atención de Rehabilitación, donde los usuarios pueden estar siendo atendidos y se necesite de encuentros y coordinaciones. (AMAPAD, Libelula, SSSS)

c. Informes de seguimiento

Durante la estancia en el recurso el equipo del Piso Supervisado mantiene coordinación continua con el Centro de Salud Mental de Fuenlabrada. Desde el momento de la incorporación del usuario al dispositivo se inicia la evaluación para su PIAR, que una vez finalizada se hace llegar a los Servicios de Salud Mental que los atienden.

Se mantiene un seguimiento sobre la evolución y revisión de los objetivos establecidos en su plan individual. Cada seis meses se realiza la revisión de objetivos del PIAR, y se traslada esta información al equipo de su Centro de Salud Mental.

F. SALIDA

En el proceso de salida de un usuario del piso supervisado, se consensua con la persona cómo estima hacer el proceso, de forma que se acuerdan las acciones previas a la salida y el acompañamiento que requiere. Todo ello queda registrado en su historial.

A su salida del piso Supervisado se elabora un informe resumen de su estancia en el piso. Este se entrega al profesional de referencia del CSM.

Siempre que el usuario valore necesario se pondrá a disposición de este y/o sus familiares un informe resumen de su recorrido en el piso.

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 a lo largo del año. Además, los resultados de la aplicación 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.

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

Valoración de la de la autonomía y funcionamiento psicosocial

Durante el 2025 hemos elaborado planes de intervención individuales contando con la implicación de la persona en atención, estando siempre presentes en la redacción de los objetivos y manteniendo con ellos reuniones de seguimiento y diálogo sobre los mismos.

Se han mantenido en plazo en total el 100% de las revisiones programadas

De las revisiones de objetivos realizadas en 2025 se han revisado 13 objetivos siendo el % de cada área el siguiente:

- Autocuidado: 23%

- AVD: 23%

-Psicoeducación y afrontamiento estrés: 0%

- Relaciones sociales: 2%.

-Ocio y tiempo libre: 8%.

- Integración comunitaria: 31%

- Intervención familiar: 0%.

6.2. Uso de recursos comunitarios.

Tabla 29. Uso de recursos comunitarios por parte de los usuarios durante el año.

Nº de usuarios que han participado en:	Nº	%*
Recursos de ocio, cultura y deporte	4	80,00%
Recursos educativos (formales)	1	20%
Recursos laborales y formativos (relacionados con el empleo)	2	40%

*% sobre el total de usuarios atendidos

Comentario:

De las cuatro personas atendidas tres realizan actividades de forma activa en recursos de ocio, cultura y deporte en su entorno comunitario.

Uno de ellos ha asistido a una formación para aprender inglés en el CIFE y dos de ellos han participado en formaciones dirigidas al ámbito laboral, uno impartido por el CIFE Ad Los Molinos para trabajo en limpieza y otro de circuito de cámaras de videovigilancia en la Juan Carlos I.

El 50% además hacen uso del servicio del SEPE de Fuenlabrada.

6.3. Cuestionarios globales de evaluación.

6.3.1. Satisfacción

Tabla 30. 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	3	75%
Usuarios a los que no se les ha aplicado	1	25%
Nº total de usuarios a los que no se les ha aplicado	1	25%
Motivos:		
La persona no está en condiciones de contestar el cuestionario		
No sabe leer		
No aceptan	1	

*% sobre el total de usuarios atendidos durante el año

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

Tabla 31. Datos sobre los ítems del cuestionario de satisfacción

Nº ítem		Media Ítem
	¿Está usted satisfecho...	4,5
1	en general, con los servicios que presta este Centro?	4,33
2	con el tutor que le atiende en este Centro?	4,67
3	con las actividades en las que participa cuando acude a este Centro?	5
4	con la comida?	3,67
5	con la limpieza e higiene de este Centro?	4,33
6	con el nivel de información que recibe por parte de los profesionales que trabajan en este Centro?	4,67
7	con la temperatura habitual que hace en este Centro?	4,33
8	con los objetivos y metas que se persiguen con las actividades que lleva a cabo en este Centro?	4,67
9	con el interés que muestran y el apoyo que recibe por parte de los profesionales que le atienden en este Centro?	4,67
10	con las instalaciones de este Centro?	4,33
11	con los horarios de este Centro?	4,33
12	con los profesionales que le atienden en este Centro?	4
13	con el entorno físico, el espacio y la luminosidad de este Centro?	5
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.)?	5

Tabla 32. Datos sobre las subescalas del cuestionario de satisfacción

	Media
Satisfacción con la intervención	4,67
Satisfacción con los profesionales	4
Satisfacción con las instalaciones	4,33

Comentario:

El Cuestionario de Satisfacción de recursos se pasa en tres ocasiones:

- *A la entrada del usuario al recurso.*
- *A final de año.*
- *A la salida del usuario del recurso.*

A lo largo de este año el recurso ha atendido a cinco personas, de las que dos lo realizan y tres no. Uno de ellos anualmente se niega a realizar los cuestionarios de fin de año, este año se suma otros dos usuarios, uno de ellos que no se encontraba en un estado emocional estable, expresando su deseo de no rellenarlo y otro expresa el hartazgo por rellenarlo en otros recursos de la red.

Esto hace que al ser el 50% los porcentajes este año salgan algo más bajo por la menor

participación de usuarios, siendo la media del año anterior de un 5,4 a este año 4,8. Valorando que este año la participación para rellenarlo ha sido del 50%.

- *Satisfacción con la intervención de 5,33 pasa a 4,5.*
- *Satisfacción con los profesionales se mantiene con 5, igual que el año anterior.*
- *Satisfacción con las instalaciones de un 5,3 pasa a 5.*

6.3.2. Calidad de vida.

Nº de personas evaluadas en CDV	3
---------------------------------	---

Tabla 33. Puntuación en el cuestionario de calidad de vida de los usuarios en atención a 31 de diciembre

Nº ítem		Media
	¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto:	
1	a su vida en general?	6,33
2	a su hogar / piso / lugar de residencia?	5
3	a su barrio como un sitio para vivir?	6,33
4	a la comida que come?	3,67
5	a la ropa que lleva?	5
6	a su salud general?	4,67
7	a su forma física?	5
8	a su estado de ánimo?	6
9	a la tranquilidad que hay en su vida?	6,33
10	a su problema / trastorno de salud mental?	4
11	a las personas con quien convive?	5,67
12	a sus amigos?	5,33
13	En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir esto?	5
14	a su relación con su familia?	6,33
15	a su relación con su pareja?	5
16	En caso de no tener pareja ¿qué cara se siente acerca a cómo le hace sentir esto?	4,33
17	a su vida sexual?	4
18	a su relación con otras personas?	5,33
19	a su trabajo o actividad laboral?	4
20	En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿qué cara le hace sentir eso?	3,67
21	a los estudios o cursos de formación que realiza?	4
22	a sus actividades de ocio?	5
23	a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	5,67
24	a su situación económica?	4
25	a sí mismo?	5,33
26	a su vida en general?	6
	Puntuación media total	5,04

Comentario:

El cuestionario de Calidad de Vida, se ha cumplimentado por las cinco personas que han sido atendidas en el piso 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 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.*

Este cuestionario 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.

Este cuestionario recoge una serie de dimensiones relacionadas entre sí 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.

Este año de 4 cuestionarios programados para final de año, se han realizado 2. Esto repercute en la media que se obtiene este año bajando una décimas respecto al año anterior. Como con el cuestionario de calidad dos usuarios se han negado a realizarlo, uno lo tiene como actitud anual recurrente y el otro no se encontraba en un momento emocional estable a final de año, decidiendo no realizarlo.

6.3.3. Funcionamiento

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

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

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

Puntuación media en Cuidado personal	
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	

Puntuación media en Ocupación	
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	
Puntuación media en Familia y hogar	
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	
Puntuación media en funcionamiento en el contexto social	
Nº de usuarios con funcionamiento con asistencia	
Duración total de la discapacidad	
Menos de 1 año (nº de usuarios)	
Un año o más (nº de usuarios)	
Desconocida (nº de usuarios)	

Comentario:

La Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad (DAS-I) ha evaluado a los usuarios atendidos en 2024. Esta escala se cumplimenta en tres momentos en el año:

- En el momento de acceso.*
- En el momento de salida, si la persona ha permanecido al menos tres meses en el recurso.*
- A final de año, todas aquellas personas que están 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) a más dependientes (valor 5) en el funcionamiento de los cuatros áreas recogidas:

- Cuidado personal; pasa de 1,4 a 0,5 en 2024.*
- Ocupacional: pasa de 2,4 a 2,25 en 2024.*
- Familia y Hogar; pasa de 2,6 a 2,25 en 2024.*
- Funcionamiento en el contexto social; pasa de 2 a 1,75 en 2024.*

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

Nº de personas evaluadas en EEAG	5
---	----------

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

	Media
Puntuación media total en el EEAG	63

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.

Esta escala tiene los mismos tiempos que el DAS-I para ser cumplimentada.

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.

El intervalo de 1-10 indica “peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte”.

El intervalo de 91-100 “Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.”

La media obtenida en esta escala por los usuarios ha sido de 63 frente a un 65,2 frente en 2023, intervalo que indica “algunas dificultades en la actividad social, laboral o escolar, aunque en líneas generales puede considerarse correcta; el individuo mantiene algunas relaciones personales significativas”.

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 de pisos supervisados 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

Usuarios atendidos que a la vez eran usuarios de:	Nº	%*
Centros de Rehabilitación Psicosocial	3	60,00%
Centros de Rehabilitación Laboral.	2	40,00%
Centros de día.	-	-
Otros recursos del Plan.	-	-

*% sobre el total de usuarios atendidos

Comentario:

Durante los 2025 los cinco usuarios han hecho uso de los recursos del Plan durante el año acudiendo al CRPS y CRL de Fuenlabrada.

Desde el equipo de Piso supervisado se intenta que las personas atendidas mantengan actividades estructuradas fuera del recurso, acompañándolos lo más posible a una vida organizada y normalizada. El objetivo es propiciar una ocupación del tiempo donde se pueda distribuir la productividad y el ocio de modo equitativo. Así como se intenta que nuestros usuarios estén en intervención (si es que la requieren) con otros recursos del plan para así facilitar que otros profesionales los atiendan y sean varios criterios profesionales los que velen por su bienestar. De este modo, uno de los pilares fundamentales del trabajo en los pisos, será la coordinación con otros recursos, para poder, entre todos, prevenir las recaídas de los usuarios y realizar las intervenciones más pertinentes.

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

Durante el año 2025, desde el piso supervisado se han acercado diferentes recursos comunitarios de ocio y formativos, como centro cultural Tomás y Valiente, Casa de la Mujer, Asociación borde exterior, centros deportivo la cueva, asociación San Ricardo Pampuri, ...

Comentario:

Dos de los usuarios de la vivienda han hecho uso de recursos fuera del Plan, participando en ASAV(Asociación Salud y Alternativas de Vida), Tomás y Valiente, y Equipo de Footbal

8. OTRAS ACTIVIDADES.

En este caso se recogen datos sobre otras actividades realizadas diferentes de las de atención directa, fundamentalmente datos sobre coordinación del centro con otros recursos.

8.1. Actividades de coordinación.

Tabla 37. Coordinaciones realizadas

Nº de coordinaciones con:	Nº
S.S.M.	
Con las Áreas de referencia	2
Centro Salud Mental de Referencia	6
Otras	1
Recursos del Plan de Atención Social	5
Agencia Madrileña de Tutela	1
Otras	

Comentario:

Los datos de la tabla anterior representan las coordinaciones presenciales que el equipo del Piso Supervisado ha realizado durante el 2025 con los dispositivos del área con los que trabajamos conjuntamente.

Hay que añadir que además de estas coordinaciones presenciales y telemáticas, 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, Agencia de Tutelas y otros dispositivos de la zona que puedan estar atendiendo a los usuarios del Piso. 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 **Áreas 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.

- ***Las reuniones de Coordinación y Seguimiento mensuales con el Servicio 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. Se han realizado 4 mensuales y 2 de caso.***
 - *6 Coordinaciones junto a la Coordinadora del PCC, con el objetivo de organizar y dirigir el trabajo de ambos equipos a un trabajo en red y de atención integral, además de lograr la ocupación de las plazas al 100%.*
 - *2 Coordinaciones entre las Direcciones de los Centros de Atención Social de Fuenlabrada (CASF) y el Jefe de Servicio del SSM. El objetivo es 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, la participación en los talleres clínicos del CSM por parte de los equipos de rehabilitación, etc. etc.*
- *Respecto a las **coordinaciones con otros Recursos de la Red de Atención Social** hemos mantenido coordinaciones programadas con el CRL y CRPS de Fuenlabrada.*
- *AMAPAD, se han mantenido dos coordinaciones, ya que este hay una persona con medidas de apoyo*
- ***Otras:***
 - *Atención Primaria Cuzco y Alicante, con dos presentaciones a los equipos de estos centros*
 - *Mesa Técnica de Inclusión, Área de Derechos de Ciudadanía, Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Fuenlabrada.*
 - *Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Fuenlabrada. Con varias visitas al recurso y reuniones para dar continuidad al trabajo comunitario*
 - *Y diferentes centros educativos, sociales y formativos.*

Además de las recogidas en la tabla, la dirección de la Residencia ha mantenido reuniones

mensuales con las direcciones de los Recursos de Atención Social de Fuenlabrada (CASF), en total 6. Estas reuniones están encuadradas para organizar y planificar acciones comunes con agentes externos del Municipio de Fuenlabrada, como Ayuntamiento, Servicios Sociales, CSM, entidades y organizaciones de Fuenlabrada, etc. y abordar la planificación, estructura y acciones estratégicas 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, que ha facilitado el desarrollo de diversas acciones comunitarias.

Por otro lado la dirección del recurso a lo largo del año ha mantenido reuniones con los mandos intermedios de la Fundación Manantial y todas las áreas transversales que participan el funcionamiento del recurso como; departamento de Calidad, Departamento de Limpieza, Departamento de Mantenimiento, Área de P,ByD, Área de Comunicación, etc.



8.2. Otras actividades.

Otras actividades:

*En el año 2025 el piso y la residencia de Fuenlabrada ha sido beneficiada por el **Servicio de Voluntariado y Valor Social** de forma habitual con ofertas diversas sobre ocio, medio ambiente, deporte y un viaje a Benidorm.*

Algunas de estas actividades han sido:

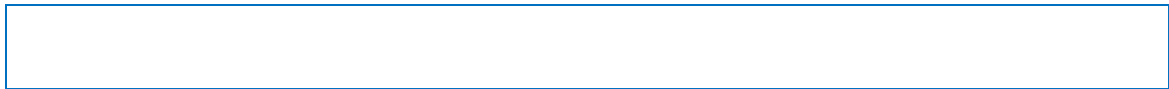
- *Deporte asequible, junto al Voluntariado de Telefónica.*
- *Diversión en la nieve.*
- *Visita al zoo.*
- *Biomaratón contra la basuraleza.*
- *Jornada Actividad Multiaventura.*
- *Viaje a Gandia*
- *Actividad Equinoterapia.*

*De forma habitual, como años anteriores. Participamos en espacio formativos del SSM, sus “**Talleres de Actualización Clínica**”. En este espacio asisten los recursos de atención social de Fuenlabrada (CD, EASC, CRL, CRPS, Piso y Residencia) y profesionales del Programa de Continuidad de Cuidados, psiquiatras, PIR, MIR y EIRE. Este tipo de encuentros permite dar visibilidad y valor al trabajo de rehabilitación que hace el recurso, conocer la metodológica del recurso y facilitar a los profesionales del SSM más herramientas para pensar en perfiles y derivaciones. Además de que conozcan cual es la vida cotidiana que se trabaja en el recurso y que en los seguimientos mensuales no es tan visible a los clínicos.*

*Junto a los recursos de rehabilitación de Fuenlabrada, se mantiene el **Grupo de Trabajo Comunitario**, con el objetivo de definir e iniciar la línea de trabajo comunitaria 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.*

*Junto a las formaciones internas y externas realizadas durante el año 2024, el equipo 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.*



MEJORAS OFERTADAS

ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Sesiones Formativas UAR
<ul style="list-style-type: none">• Talleres de sensibilización Colegio Virgen de la Vega de Fuenlabrada
<ul style="list-style-type: none">• Encuentro intergeneracional 8M, Cruz Roja Fuenlabrada
<ul style="list-style-type: none">• Marcha por la Igualdad 8M “Día Internacional de las Mujeres”.
<ul style="list-style-type: none">• Encuentro de sensibilización con Alumnos de 3ºESO Virgen de la Vega de Fuenlabrada.
<ul style="list-style-type: none">• Encuentro de Equinoterapia junto al programa de Voluntariado y Valor Social y Centro de Equinoterapia Madrid Sur
<ul style="list-style-type: none">• Voluntariado Cooperativo mensual con Alumnos 4ºESO del Colegio Público Virgen de la Vega de Fuenlabrada.
<ul style="list-style-type: none">• Cuentacuentos Escuela Infantil El Lago, Fuenlabrada.
<ul style="list-style-type: none">• Deporte Asequible con Voluntariado de Telefónica.
<ul style="list-style-type: none">• Programa 4º ESO EMPRESA con el Colegio San Juan García.
<ul style="list-style-type: none">• Participación en la semana del Foro de la Diversidad, Concejalía de Bienestar Social, Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Fuenlabrada.
<ul style="list-style-type: none">• Grupo semanal Encuentro Social paseo junto a los centros de Atención Primaria de Fuenlabrada.
<ul style="list-style-type: none">• Entrevista Ser Proyecto colaborativo SENDA MAGICA.
<ul style="list-style-type: none">• Colaboración Proyecto SENDA MAGICA, Centro Educativo Ambiental de Fuenlabrada.
<ul style="list-style-type: none">• Participación de los Recursos de Fuenlabrada en el espacio formativo

de los equipo de Atención Primaria de Fuenlabrada.
<ul style="list-style-type: none"> Jornadas de Deporte Accesible con Telefónica y el Servicio de Ocio y Voluntariado de Fundación Manantial.

PROGRAMA DE VACACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Gandia

PERSPECTIVA DE GÉNERO
<p>En el piso durante el 2024 no se han atendido a mujeres, pero si se ha ofrecido la participación en actividades grupales relacionadas con la perspectiva de género.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Participación en el “Día Internacional de la Mujer” 8M.
<ul style="list-style-type: none"> Encuentro Intergeneracional
<ul style="list-style-type: none">
PROGRAMA FORMATIVO ESPECÍFICO
<i>Genero</i>
<ul style="list-style-type: none"> Intervención grupal con hombre
<ul style="list-style-type: none"> Perspectiva de género en rehabilitación psicosocial.
<ul style="list-style-type: none"> Afectividad y sexualidad.
<i>Atención Psicosocial jóvenes.</i>
<ul style="list-style-type: none"> Intervención Psicosocial con personas jóvenes con problemas de salud mental.

<i>Prevención suicidio.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y abordaje de la conducta suicida.
<i>Intervención Psicosocial y Rehabilitación trastornos de personalidad.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Los desafíos de los trastornos de personalidad.
<i>Actividades deportivas y promoción actividad física.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de paseo comunitario.
<ul style="list-style-type: none"> • Salidas de rutas de senderismo, deporte accesible, actividad de equinoterapia con Departamento Voluntariado y Valor Social.
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Futbito Sporting de Leponex.
<ul style="list-style-type: none"> • Paseo con la vecina dentro del Programa Una Resi Saludable.
<ul style="list-style-type: none"> • Rutas con el programa de Naturalmente.
<ul style="list-style-type: none"> • Liga de Baloncesto.
<ul style="list-style-type: none"> • Liga de Pin-pon.
<ul style="list-style-type: none"> • Rutas en bicicleta.
<ul style="list-style-type: none"> • Rocódromo.

8.3 Actividades formativas

FORMACIÓN INTERNA 2024	Nº PARTICIPANTES
El equipo en el centro de intervención: Modelo AMBIT	1
Gestión del cambio	1
Cultura digital	2
Cumplimiento normativo de políticas Compliance	3
Retos y oportunidades de la intervención comunitaria	1
XXI Jornada anual FM. “Desinstitucionalización y nuevos modelos de cuidado en la comunidad”.	2
Formación Factorial	3
Primero Auxilios y equipos PRL	3
Supervisión de equipo	3
Supervisión individual dirección	1
Protección de datos	1

9. VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO.

En este apartado 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.

El equipo de piso conformado por una educadora social y una psicóloga a tiempo parcial, cuenta además con la figura de apoyo de la Terapeuta ocupacional de la residencia. Disponer de estas tres figuras profesionales enriquece el trabajo en equipo interdisciplinar. Permite que las intervenciones puedan ser pensadas desde diferentes lugares y abordadas con las figuras que cada momento necesita. Cada intervención individual tiene asignada a uno o dos de los profesionales, siempre vinculando su presencia a las áreas de intervención. Esto produce un enriquecimiento tanto para el equipo como el usuario, ayuda a definir encuadres y líneas de trabajo. Clarifica al usuario el por qué y para qué es cada encuentro.

Durante el 2025 se ha continuado trabajando para mantener el buen clima de convivencia y apoyo entre residentes. Se han mantenido espacios dentro de las asambleas para hablar de malestares y apoyarse mutuamente. Del mismo modo se ha mantenido la creación de espacios amables fuera del piso para compartir ocio y celebrar logros (salir a tomar un aperitivo, celebrar la consecución de nacionalidad de uno de los residentes.)

Continúa siendo un piso bastante autónomo en las AVDS requiriendo intervenciones puntuales por parte de la educadora en las tareas de limpieza de los espacios comunes del piso pi. En el cuidado de la propia habitación se realizan intervenciones más regulares con una de las personas y puntualmente algún señalamiento verbal a dos de ellos. Todos ellos son totalmente autónomos para las labores que implica la alimentación y cuidado de la ropa. Todos ellos son autónomos para recordar y acudir a sus citas si bien se apoya a uno de ellos en la organización de su agenda de manera semanal para evitar que solapen actividades y citas.

Todas las personas que residen en el piso cuentan con red de apoyo familiar. Se realizan intervenciones familiares con uno de los residentes ya que son los únicos accesibles y que tienen un peso más importante en el proceso de la persona

Cuatro de las cinco personas han estado este año en búsqueda activa de empleo, dos de ellas son usuarias de CRL y otra del CRPS de Fuenlabrada. Desde el equipo de piso se ha ido acompañando y reforzando el trabajo dirigido hacia este objetivo en coordinación con el CRL y CRPS.

Del mismo modo dos de ellos han realizado formaciones orientadas a la búsqueda de empleo en distintos recursos (SEPE, U Rey Juan Carlos...). Uno de los usuario ha trabajado en una empresa de limpieza con contrato temporal.

En cuanto al ocio tienen diversas inquietudes. Dos de ellos acuden de manera regular a actividades propuestas desde otros espacios como la residencia, CRPS, ASAV o Servicio de Ocio y voluntariado de la Fundación Manantial Uno de estos también realiza actividades en familia tales como vacaciones o fines de semana en una parcela familiar

Los otros dos residentes limitan más su ocio a compartir algo de tiempo con las familias y a alguna actividad puntual propuesta por la educadora del piso. Además uno de ellos ha realizado un viaje en periodo vacacional con su familia.

Los objetivos propuestos para el 2025 han los siguientes:

1.Revisar y ajustar las propuestas de derivación y altas del recurso con del SSM, que permitan trabajar proceso de autonomía e incorporación a alojamientos normalizados.

METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>Mantener reuniones de equipo residencial donde pensar residentes que pueden ser posibles derivaciones al piso y elaborar un plan de intervención definido con una temporalidad necesaria para trabajar y fortalecer herramientas imprescindibles antes de su derivación.</p> <p>Presenta una sesión Formativa en el espacio formativo del SSM sobre trabajo del piso.</p> <p>Trabajar con PCC las propuestas de derivación a pisos, teniendo en cuenta las variables de apoyo (social, familiar y económica) que</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N.º reuniones de monográficos de casos con contenido de planes de salida. <p>VO (valor objetivo): 1</p> <p>VE (esperable): 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - N.º con Coordinadora PCC para abordar perfiles a derivar a pisos desde la residencia. VO:2 VE:3 - Reuniones de casos con referentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Listados de ocupación. - Actas de derivaciones. - Actas reuniones con CSM - Actas reuniones de equipo.

<p>permitan llevar a cabo un plan a medio plazo de autonomía e independencia.</p> <p>Mantener reuniones de casos con PCC y usuarios para reforzar planes de salida del recurso.</p>	<p>CSM.</p> <p>V0:1</p> <p>VE:2</p>	
---	-------------------------------------	--

Durante el año 2025 se ha estado trabajando con el fin de que las intervenciones han ido enfocadas a un proceso de autonomía incorporación de alojamientos normalizados, para ello se han realizado monográficos con contenido de planes de salida de las cuales se han realizado 2 lo que confirma que se han alcanzado el valor esperable, por otro lado se ha abordado en coordinación con el PCC de los perfiles de las personas derivadas a piso desde la residencia, cuyo valor esperable era 3 pero no se a llegado alcanzar ,ya que se han realizado 2, por ultimo en cuanto a la coordinación de casos junto con los referentes de se ha alcanzado el valor esperado.

Por todo ello consideramos que este objetivo debe seguir trabajándose ya que de esta manera se generar una mayor rotación en el recursos pudiendo atender a un mayor números de casos, y evitando la creación de una larga lista de espera.

2. Reducir los tiempos de estancia en el piso trabajando planes y proyectos de vida hacia la búsqueda de alojamiento normalizado.

METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>Se mantendrá reuniones mensuales con el equipo de piso para analizar y abordar las intervenciones individuales y sus proyectos de futuro.</p>	<p>- Seguimientos individuales donde el contenido se centre en la elaboración y desarrollo de proyectos de autonomía hacia alta del recurso.</p> <p>V0: 8</p>	<p>- Actas reuniones con CSM</p> <p>- Actas reuniones de equipo.</p> <p>- Seguimiento historias.</p> <p>- Revisiones de objetivos.</p>

<p>La educadora de piso junto a la psicóloga trabajaran las situaciones individuales de cada usuario en coordinación con los recursos y apoyos externos, con el fin de reconocer, fortalecer y afianzar herramientas y apoyos dirigidos a la salida del recurso.</p> <p>Se propondrá un encuentro con personas que ya viven en domicilios particulares que han pasado por el recurso para compartir sus experiencias.</p> <p>Estas intervenciones se recogerán en las historias y revisiones de objetivos. Manteniendo una continuidad a lo largo del año, incorporando a las familias en los casos que sea viable.</p> <p>Junto a SSM se mantendrán coordinaciones de casos y/o seguimientos mensuales para coordinar planes y proyectos individuales.</p>	<p>VE: 16</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reuniones equipo piso. Para seguimiento de planes individuales. <p>V0: 6</p> <p>VE:8</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinaciones de casos con SSM. <p>V0:4</p> <p>VE:6</p>	
---	---	--

Durante el año 2025 se considera se han mantenido sesiones individuales hacia alta del recurso en un total de 18 veces lo cual ha propiciado la salida de un residente y dos personas han

encaminado sus objetivos y por ello la intervención. Esto ha sido posible ya que se han realizado coordinaciones del equipo del piso con los otros recursos del RAS.

En cuanto a los encuentros con personas que han tenido la posibilidad de pasar de una vivienda supervisado a una vida en un piso autónomo se ha realizado una la cual tuvo buena acogida

Por todo lo expuesto anteriormente consideramos el objetivo cumplido

10. OBJETIVOS PARA EL AÑO SIGUIENTE.

1.Revisar y ajustar las propuestas de derivación y altas del recurso con del SSM, que permitan trabajar proceso de autonomía e incorporación a alojamientos normalizados.

METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>Mantener reuniones de equipo residencial donde pensar residentes que pueden ser posibles derivaciones al piso y elaborar un plan de intervención definido con una temporalidad necesaria para trabajar y fortalecer herramientas imprescindibles antes de su derivación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N.º reuniones de monográficos de casos con contenido de planes de salida. <p>VO (valor objetivo): 1 VE (esperable): 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Listados de ocupación. - Actas de derivaciones. - Actas reuniones con CSM - Actas reuniones de equipo.
<p>Trabajar con PCC las propuestas de derivación a pisos, teniendo en cuenta las variables de apoyo (social, familiar y económica) que permitan llevar a cabo un plan a medio plazo de autonomía e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N.º con Coordinadora PCC para abordar perfiles a derivar a pisos desde la residencia. V0:2 VE:3 	

<p>independencia.</p> <p>Mantener reuniones de casos con PCC y usuarios para reforzar planes de salida del recurso.</p>	<p>- Reuniones de casos con referentes CSM.</p> <p>VO:2</p> <p>VE:4</p>	
---	---	--

2- Fomentar las intervenciones dentro del área de salud física

METODOLOGÍA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>Aumentar el número de intervenciones relacionadas con esta área.</p>	<p>Nº de intervenciones que traten temas de salud física</p> <p>VO:4</p> <p>VE: 6</p>	<p>Tabla de e</p>
<p>Actividades formativas relacionadas con el área de la salud</p>	<p>Nº de actividades relacionadas con salud junto con los servicios de salud del distrito</p> <p>VO:2</p> <p>VE:4</p>	
<p>Proponer actividades deportivas</p>	<p>Nº de actividades deportivas propuestas y que acudan a ellas</p>	

--	--	--