



GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS

PARA SALUD MENTAL



DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES
COMISIÓN TÉCNICA DEL ÁREA DE SALUD MENTAL
ÁREA TÉCNICA

Licencia Creative Commons



Comisión Técnica de **Salud Mental Grupo 5**

Este documento se ha realizado por parte de la Comisión Técnica de Salud Mental de Grupo 5. Es un documento técnico de referencia y planificación que recoge las aportaciones de la experiencia de los profesionales y las evidencias de la investigación sobre la atención residencial a las personas con una enfermedad mental.

Se ha diseñado con una metodología estructurada y teniendo en cuenta que debe ser objeto de revisión a medida que las evidencias y las experiencias cambien, pero también con el objetivo de que las acciones que se desarrollen en Grupo 5 en los Pisos Supervisados tengan como referencia de desarrollo y funcionamiento las recomendaciones y acciones que aquí se recogen.

La misión de la Comisión Técnica y de este producto que ha diseñado, es mejorar la efectividad de la intervención en nuestra organización, así como adecuarla a las necesidades de las personas atendidas. Y más en concreto, diseñar modelos de intervención y guías técnicas que aumenten el compromiso de la organización con un enfoque centrado en las personas y en las mejores evidencias.

Por tanto, presentamos esta Guía de atención en pisos supervisados para personas con problemas de salud mental que integra a la diversidad de viviendas supervisadas dependientes de diferentes agentes públicos y privados de Grupo 5, los orienta y garantiza una intervención eficaz con las personas usuarias.

Ficha Técnica

Coordinadores:

María Marcos.

Psicóloga coordinadora de pisos supervisados de Grupo 5.

Daniel Navarro.

Responsable de Área Técnica de Grupo 5.

Año 2022

Grupo de trabajo:

Todos los centros pertenecen a la Comunidad de Madrid o a la Junta de Extremadura y están gestionados actualmente por Grupo 5.

- Pablo Sierra. Psicólogo Pisos Alpedrete.
- Alba Cabezuelo. Educadora Pisos Alcobendas
- Irene Granados. Educadora Pisos Alcobendas
- Alba Gaspariño. Educadora Pisos Mérida
- Julia Cardero. Educadora Pisos Sevilla La Nueva.
- Noelia Cano. Educadora Pisos Alpedrete
- Mónica Muriel. Educadora Piso Plasencia

Revisores externos:

Miguel Simón.

Director de Innovación y Relaciones Institucionales de Grupo 5.

Índice

1. OBJETIVOS	8
2. ALCANCE.....	8
3. MÉTODO DE ELABORACIÓN.....	11
3.1. PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN COMISIÓN TÉCNICA DE SALUD MENTAL	11
3.2. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	11
3.3. GRUPO DE TRABAJO	13
4. CONSIDERACIONES PREVIAS.....	16
5. MÉTODO DE ELABORACIÓN.....	20
5.1. REFLEXIÓN DAFO DEL GRUPO DE TRABAJO DE PISOS DE LA COMISIÓN TÉCNICA.....	20
6. ¿DÓNDE VIVEN LAS PERSONAS CON UNA ENFERMEDAD MENTAL?.....	25
6.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL LUGAR DE RESIDENCIA	26
7. TIPOLOGÍA DE RECURSOS	29
8. MODELOS DE REFERENCIA	33
8.1. MODELOS DE REFERENCIA	33
8.2. REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS	36
9. EL MODELO DE PISOS DE GRUPO 5.....	39
9.1. VINCULACIÓN DEL MODELO DE PISOS CON EL MODELO DE INTERVENCIÓN	41
10. PERFIL DE LAS PERSONAS CANDIDATAS A RESIDIR EN PISOS SUPERVISADOS.....	44
10.1. PERFILES DE GRAVEDAD ASOCIADOS AL TRASTORNO	45
11. TIPOS DE APOYO A PRESTAR O NIVELES DE SUPERVISIÓN	48
11.1. EVALUACIÓN DE APOYOS.....	53
12. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN	56
13. MÉTODO DE ATENCIÓN EN PISO SUPERVISADO	59
13.1. EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL PISO SUPERVISADO	60
14. ÁREAS DE INTERVENCIÓN	70
15. PROFESIONALES NECESARIOS.....	75
16. COORDINACIÓN O TRABAJO EN RED	80
17. SISTEMAS DE EVALUACIÓN	80
18. REFERENCIAS.....	83
19. ANEXOS	85

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

01

OBJETIVOS

02

ALCANCE

1. OBJETIVOS

El objetivo principal de esta guía es describir el modelo de intervención (rehabilitación/recuperación) de los pisos supervisados o con apoyo de personas con problemas de Salud Mental de Grupo 5 (en adelante PS).

El objetivo es tener un Modelo de Atención en pisos que integre y dé sentido funcionalmente a la diversidad de viviendas supervisadas dependientes de diferentes agentes públicos y privados de Grupo 5, los oriente y garantice la intervención que se diseñe con las personas residentes.

Con los PS se pretende ofrecer una alternativa de alojamiento y soporte con una supervisión flexible y ajustada a las diferentes necesidades de cada persona, que facilite el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de calidad de vida y promueva los procesos de rehabilitación, recuperación e integración social de las personas atendidas.

Este modelo viene a complementar y a desarrollar de modo específico el modelo de intervención de salud Mental de Grupo 5 (2021) y supone una referencia obligada para el desarrollo de las normativas técnicas de funcionamiento interno de la entidad y de las pautas metodológicas y de intervención a desarrollar con las personas usuarias del recurso.

2. ALCANCE

El alcance de esta guía se extiende a todos los pisos supervisados de salud mental gestionados por Grupo 5.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

03

MARCO LEGAL

Procedimiento de elaboración por la Comisión Técnica.

Características de Calidad.

Grupo de Trabajo.

3. MÉTODO DE ELABORACIÓN

3.1. Procedimiento de elaboración por la Comisión Técnica de Salud Mental de Grupo 5

Un grupo heterogéneo de 16 expertos y expertas en atención en rehabilitación psicosocial de Grupo 5 realizaron un trabajo que consistió en identificar elementos y productos técnicos e innovadores y basados en la evidencia, para incorporar a los servicios prestados por la organización e incrementar el valor de la atención prestada en los centros.

Mediante técnicas de análisis interno y de priorización, se identificaron los productos y los proyectos a desarrollar. Todo ello quedó plasmado en un plan estratégico denominado “Plan de Acción de la Comisión Técnica del Área de Salud Mental de Grupo 5” (abril de 2021). Todos los productos se jerarquizaron mediante la técnica “Hanlon” de determinación de prioridades, clasificando todos ellos por orden de importancia para tener una mayor claridad de la importancia de todos ellos.

Una vez ordenados todos ellos se les concedió en función de la puntuación final obtenida un “código de prioridad” que identifica a cada producto con el siguiente código:

- 1+: Prioridad muy alta
- 1: Prioridad alta
- 2: Prioridad media
- 3: Prioridad baja

En concreto, **el desarrollo del Modelo de atención en pisos supervisados obtuvo una puntuación de 1 (Prioridad alta).**

3.2. Características de calidad

Para el desarrollo del modelo se partió de la definición de unas características de calidad que se describen en el siguiente cuadro sintético.

ACTIVIDAD:
Desarrollo del modelo de atención residencial en los pisos supervisados de Grupo 5.
GRADO DE IMPORTANCIA:
1
PRODUCTO ESPERADO:
Tener un modelo específico de atención en pisos supervisados que identifique los elementos esenciales para la intervención en este recurso y guíe los futuros desarrollos
OBJETIVOS:
- Servir de referencia a las Normativas Internas de Funcionamiento (NIF) de pisos y los diseños que se hagan en el ámbito privado y público dentro de Grupo 5. - Dar a conocer los modelos de intervención de referencia en la atención de apoyo residencial en un piso. - Definir los perfiles de persona usuaria de un piso. - Definir el proceso de atención. - Definir el modelo y cartera de servicios - Definir las competencias profesionales para poder trabajar en un piso supervisado.
PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA COMISIÓN:
María Marcos y Daniel Navarro (coordinadora técnica de pisos en Comunidad de Madrid y Responsable de Área Técnica de Salud Mental).
PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD:
Profesionales de los recursos residenciales de Grupo 5
DESTINATARIOS DEL MODELO:
- Estructura central de Grupo 5 - Profesionales que trabajan en los pisos supervisados - Personas usuarias de pisos supervisados
CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:
- Descripción de un modelo de intervención específico que identifique los elementos de la atención en pisos supervisados y que sea acorde con el Modelo de Intervención General de Salud Mental. - Identificar herramientas de evaluación específicas en consonancia con el modelo de atención de pisos. - Diseñar indicadores de evaluación del modelo (fidelidad y calidad). - Informar y formar a los profesionales de los pisos en el modelo.
RECURSOS NECESARIOS:
Profesionales seleccionados para el grupo de trabajo.
DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:
- Procesos y guías actuales de pisos supervisados - Proyectos técnicos de pisos supervisados - Referencias nacionales e internacionales de recomendación.

3.3. Grupo de Trabajo

El grupo que participó en el análisis interno y propuestas al modelo fue el siguiente:

- Pablo Sierra. Psicólogo Pisos Alpedrete.
- Alba Cabezuelo. Educadora Pisos Alcobendas.
- Irene Granados. Educadora Pisos Alcobendas.
- Alba Gaspariño. Educadora Pisos Mérida.
- Julia Cardero. Educadora Pisos Sevilla La Nueva.
- Noelia Cano. Educadora Pisos Alpedrete.
- Mónica Muriel. Educadora Piso Plasencia.
- María Marcos. Psicóloga coordinadora de pisos Madrid.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

04

CONSIDERACIONES PREVIAS

4. CONSIDERACIONES PREVIAS

El piso supervisado se enmarca en el Modelo de atención a personas con problemas de salud mental de Grupo 5 (2021), teniendo en cuenta los [Principios de Autonomía, Recuperación de la vida e Integración en la comunidad](#).

Son recursos habitacionales (pisos) en los que conviven habitualmente entre 4 y 5 personas, todas ellas con un diagnóstico de trastorno mental grave. Para lograr un óptimo funcionamiento y organización está [supervisado por un grupo multidisciplinar de profesionales](#) de diferentes categorías sociales y sanitarias, en ocasiones asociado a otro recurso más grande del que depende, que suele ser una residencia.

Los modelos de intervención que dirigen la atención de apoyo residencial en un piso supervisado se articulan entorno a:

- Modelo de apoyos residenciales flexibles “Supported Housing”.
- Modelo de calidad de vida.
- Modelo de atención centrada en la persona.

Los Modelos residenciales han sido desarrollados y definidos en sus aspectos teóricos y prácticos en nuestro país. La consideración de cada modelo da como resultado modos organizativos diferentes.

Para acceder al piso, es asumido en todos los modelos que las personas han de [tener autonomía suficiente para el desarrollo de su vida diaria](#), que es evaluada con antelación a la entrada en el recurso residencial por los/las profesionales una vez que sean propuestos como posibles candidatos.

El desarrollo de un modelo específico de atención en pisos incorpora [nuevas oportunidades](#), ya que reconoce a estos recursos como una prestación específica y no dependiente de otros recursos cuyos modelos no son ni deben de ser coincidentes (residencias). Por tanto, como recursos con principios organizativos y cartera de servicios especializados que son deben guiarse por este modelo.

Las normativas internas, denominadas NIF, desarrollan el itinerario individual de las personas en el recurso en las fases sobre las que se articula el proceso de rehabilitación psicosocial: **derivación, pre-acogida, acogida y adaptación, evaluación, intervención y seguimiento**, siendo todas ellas una extensión de este modelo.

Cualquier piso debe integrarse funcionalmente en una red de atención de salud mental en el territorio. Debe contar con la colaboración y coparticipación de los equipos de los Servicios de Salud Mental de referencia de cada persona usuaria, trabajando siempre desde [una lógica de coordinación](#).

Un piso supervisado debe ofrecer y garantizar desde cualquier modelo unos elementos básicos que se resumen:

- **Un plan individual de supervisión** en el recurso que marque unos tiempos mínimos de atención garantizados de manera flexible y cambiante en función de las necesidades de la persona.
- **Orientación, acompañamiento y seguimiento** para que las personas puedan desarrollar proyectos de vida propios.
- **Intervención en rehabilitación**, en actividades de la vida diaria, de modo que las personas puedan mejorar su autonomía e independencia en la vivienda y fuera de ella.
- **Intervención de apoyo en ocio** y actividades ocupacionales.
- **Entrenamiento en habilidades sociales** de uso del entorno comunitario en el que se integra el piso.
- **Apoyo y acompañamiento en la salida** a otras alternativas residenciales.

El servicio tipo piso es un derecho incluido en la Declaración de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (19 de diciembre de 1966 y ratificado por España el 30 de abril de 1977) y debe contemplar las siguientes características:

- La vivienda adecuada debe proveer más que cuatro paredes y un techo.
- Se deben cumplir requisitos para considerar una vivienda adecuada (ver figura).



GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

05

ANÁLISIS INTERNO DE SITUACIÓN

Procedimiento de elaboración por la Comisión Técnica de Salud Mental de Grupo 5.

Metodología.

Características de calidad.

5. MÉTODO DE ELABORACIÓN

5.1. Reflexión DAFO del grupo de trabajo de pisos de la comisión técnica de salud mental

Se desarrolló mediante metodología de grupo de trabajo una sesión de reflexión que permitió identificar la matriz DAFO y sintetizar la información de partida.

El DAFO se ha realizado a través de la técnica de Grupo Nominal sobre la base de una sesión dirigida de grupo de *brainstorming*. Se recogieron las aportaciones de cada miembro, se incorporaron todas en una sesión plenaria común, y cada miembro puntuó cada una de manera independiente. Se entregaron 20 votos a cada persona y según su preferencia ponían sus votos a las ideas plasmadas en el panel común. El panel estaba a la vista de todos y alojado en un espacio telemático con acceso de todos los miembros del grupo de trabajo. La asignación de votos fue un trabajo individual y libre a cada idea del DAFO según valoración de importancia. Los resultados se recogen en los siguientes esquemas.

Esquema de puntos fuertes y resultado de la votación:

Educadores como recurso de relación y apoyo	34
Vínculo profesional con personas usuarias	31
Modelo de atención alejado de lo asistencial	17
Uso de residencias como apoyo ante determinadas fases de evolución de la persona (evitar ingresos hospitalarios)	16
Años de experiencia en el trabajo de pisos	13
Relaciones con dispositivos externos (salud mental y de rehabilitación)	5
La existencia de un grupo de trabajo de pisos supervisados en grupo 5 que desarrolla acciones de mejora continua cada año	4

Elementos con 0 votos en puntos fuertes respecto a desarrollo de un modelo de intervención en pisos (no valorados como críticos o importantes):

- Profesionales en la entidad con visión intercentros (mini residencias (MR), centros de rehabilitación psicosocial (CRPS), centros de día (CD), etc.).
- Mezcla de parte pública y privada en centros (centros mixtos).
- Capacidad de inversión de Grupo 5 en el desarrollo de nuevos centros.

Esquema de puntos débiles y resultado de la votación:

Profesionales de piso compartidos con residencia y no propios para el trabajo en piso	39
Predominio de personas usuarias con larga evolución institucional cronificadas/estancias indefinidas	29
No hay internet en los pisos como medio de apoyo Online (depende de cada usuario)	22
Capacidad de inversión de Grupo 5 (las prioridades que van hacia otro tipo de centros: CIAN, DI, etc.)	11
Relaciones con dispositivos internos en centros privados	6

Elementos con 0 votos respecto a puntos débiles para desarrollar un modelo de intervención en pisos (no valorados como críticos o importantes):

- Edad avanzada en personas atendidas.
- Baja aceptación social de personas usuarias.
- Ausencia de un modelo de atención de piso unificado para todos los recursos.
- Instalaciones (falta de intimidad en habitaciones compartidas).
- Falta de identidad propia como recurso (“anexo” de las residencias).

Esquema de oportunidades y resultado de la votación:

Trabajo por la participación comunitaria	36
Probablemente recurso de menos estigmatizante	33
Salida a piso como recurso motivador en avance de rehabilitación	19
Entorno natural (más posibilidades normalizadas de rehabilitación que otros recursos)	14
Claridad de perfil de personas usuarias de un piso	7
Años de experiencia y buenas reseñas de Grupo 5 (reputación).	1

Elementos con 0 votos respecto a oportunidades para desarrollar un modelo de intervención en pisos (no valorados como críticos o importantes):

- Extensión geográfica.

Esquema de amenazas y resultado de la votación:

Dificultad de perfiles con patologías asociadas	31
Limitaciones económicas por parte de Grupo 5	27
Mucha distancia de algunos PS a la residencia asociada	23
Grupo de personas usuarias con edad avanzada y sin opciones	22
Limitaciones en función de comunidad autónoma (€€)	17

No hay elementos con 0 votos.

Recomendaciones extraídas de los grupos de trabajo:

- **Poder contar con equipos de profesionales exclusivos de piso** que se dediquen en exclusividad al recurso y no se integren dentro de una residencia ni tengan otras funciones compartidas.
- **Elaborar un plan de apoyo específico** para personas con enfermedad mental en pisos que sean para mayores de 65.
- **Disponer de un modelo de atención de PS propio** y que sea común en todos los dispositivos.
- **Garantizar habitaciones individuales** en todos los PS.
- **Garantizar PS accesibles** a personas con movilidad reducida.
- **Asegurar que las personas derivadas a los PS cumplen con los requisitos** de entrada y perfil para evitar someterles a experiencias de fracaso o frustración.
- **Realizar encuentros entre los diferentes PS** para generar alternativas de cambio y diseñar buenas prácticas residenciales.
- **Realizar formaciones anuales** centradas específicamente en el personal que trabaja en pisos supervisados.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

06

¿DÓNDE VIVEN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL?

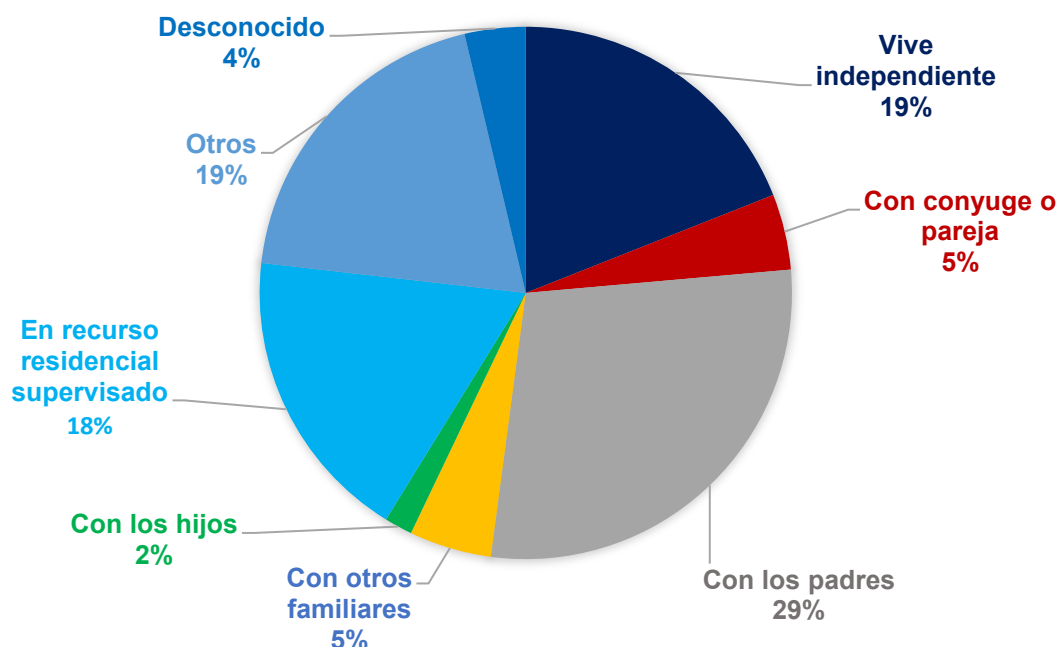
Factores que influyen en el lugar de residencia.

6. ¿DÓNDE VIVEN LAS PERSONAS CON UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Tenemos poca información acerca del lugar de residencia de las personas con una enfermedad mental. No hay encuestas estadísticas nacionales. Disponemos de datos parciales de algunas Comunidades Autónomas. Sería de gran ayuda **contar con estadísticas epidemiológicas precisas para estimar las necesidades de alojamiento** de las personas con trastorno mental. Sin embargo, aunque las hubiera, las estimaciones serían muy difíciles de generalizar debido al problema en las definiciones de recursos heterogéneas, así como a la generalización entre definiciones de TMG. Además, los servicios residenciales varían mucho estructural y funcionalmente entre Comunidades Autónomas.

Utilizando datos de la Comunidad de Madrid (2021) de una muestra total de 6.669 personas usuarias atendidas en centros de rehabilitación psicosocial se pueden hacer estimaciones (ver figura).

En esta estimación el **19% vive de manera independiente**, el **41% con la familia** y el **18% en recursos residenciales** tipo piso supervisado o residencias de supervisión 24 horas.



6.1. Factores que influyen en el lugar de residencia

Pobreza

Estimamos que alrededor de **dos tercios de las personas con un TMG tienen una pensión por debajo de los 450€ como principal fuente de ingresos. Por tanto, para la mayoría de las personas las opciones de alojamiento están muy limitadas.** Y aunque los costes entre ubicaciones rurales y urbanas y entre las diferentes ciudades de España son muy variables, en general se dice que el coste de la vivienda no debería sobrepasar el 40% de los ingresos mensuales. Esto dejaría la posibilidad de algo menos de 200€ para que una persona con TMG pueda disponer para pagarse un alojamiento.

En España el umbral de la pobreza en 2021 se situó en 9.535€ brutos al año. En 2022 la Pensión no contributiva de jubilación es de 5.899,60€ anuales. Si las personas con TMG con escasos ingresos se costearan una vivienda o alojamiento, más de un tercio de ellas entrarían en situación de pobreza extrema, dado que un tercio de ellas cuentan con el ingreso Mínimo vital o una pensión no contributiva.

Disponibilidad de recursos residenciales

La disponibilidad de recursos tipo residencia, pisos, hoteles, pensiones, etc., está en función del territorio en el que se vive. A menudo se concentran más recursos o alternativas en las grandes ciudades o en núcleos de población por encima de 20.000 habitantes en nuestro país. **Por lo que personas ubicadas en zonas rurales, o más pequeñas tendrán menos posibilidades de optar a alternativas residenciales.**

Estigma social

El fenómeno del estigma toma la forma de conductas de discriminación de las personas vecinas y propietarias de casas o establecimientos cercanos a los establecimientos residenciales en donde se ubican los recursos residenciales tipo piso o residencia. **Una creencia común es que la presencia de servicios sociales residenciales de personas con enfermedad mental hará que el valor de las propiedades y del patrimonio en esa zona se devalúe o deprecie.** Según las evidencias las protestas y conductas de discriminación son mayores antes de la puesta en marcha del recurso y se van disipando sobre los 6 meses posteriores a su puesta en marcha.

Preferencias de las personas usuarias

Una cuestión crítica es la decisión de cómo, dónde y con quién quiere vivir cada persona. Existen pocos estudios acerca de las preferencias de las personas y ninguno de ellos puede generalizarse dadas las diferencias culturales y sociales que están por medio de las decisiones sobre el lugar preferido para vivir.

Los estudios de los que disponemos en varios países del mundo con muestras amplias encuentran que **la mayoría de las personas con un trastorno mental (entre el 70% y el 80%) prefieren vivir solos.** La mayoría de las personas prefiere no vivir con otras personas con TMG en alojamientos tipo piso o residencia. Estas valoraciones contrastan con las de la familia y profesionales que piensan que vivir en grupo podría ser mejor. Esta evidencia ha sido una de las que han servido para impulsar el modelo denominado Supported Housing.

Estos hallazgos son importantes dado que la toma de decisiones negociada o compartida con las personas con enfermedad mental es un principio basado en la evidencia de la rehabilitación psicosocial, siendo un factor relevante para guiar estas intervenciones y otras como el acceso a empleo.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

07

TIPOLOGÍA DE RECURSOS

7. TIPOLOGÍA DE RECURSOS

La terminología en la atención residencial es muy heterogénea y confusa. En la tabla se presenta una tipología propuesta por Corrigan et al. (2009). Se organiza siguiendo niveles de supervisión o independencia. No se refieren a una descripción de dispositivos sino de recursos o alternativas que podrían cubrirse con diferentes tipologías de centros y dispositivos, según la normativa u ordenación territorial que exista en cada contexto.

TIPOLOGÍA DE POSIBILIDADES DE ALOJAMIENTO DE PERSONAS CON UN TMG

Ausencia de vivienda

- Ausencia de vivienda. La persona **carece de una vivienda estable y regular**, y de soportes familiares, vive en la calle.
- Situación de sin hogar. Personas que viven en **recursos temporales como casas de emergencia social**, albergues o centros de acogida **no especializados** en el trastorno mental.

Recursos hospitalarios o institucionales

- **Hospitales psiquiátricos.** Instituciones cuya función principal es el tratamiento prolongado y duradero del trastorno mental.
- **Unidades de hospitalización temporales.** Unidades ubicadas en hospitales generales que proveen de cuidados residenciales a corto plazo durante las fases de crisis.
- **Unidades hospitalarias de rehabilitación.** Centros cuya función principal es el tratamiento y rehabilitación del trastorno mental durante periodos de tiempo medios.
- **Hospitales penitenciarios.** Unidades tipo prisión o cárcel, con funciones de tratamiento y custodia de la persona con trastorno mental.
- **Residencias de cuidados 24 horas.** Residencias alternativas al hospital que ofrecen cuidados residenciales, rehabilitadores y supervisión continuada para personas estables clínicamente, pero con altas limitaciones en el funcionamiento.

Recursos alternativos a la hospitalización

- **Casas de crisis o de transición.** Proveen vivienda a corto plazo alternativa a las Unidades de hospitalización temporal.
- **Equipos de apoyo a las crisis en el propio domicilio.** Equipos que dan apoyo para el tratamiento y manutención en el propio hogar durante las fases de crisis.

Recursos semiindependientes

- **Pisos o viviendas supervisadas.** Casas o viviendas con un equipo a tiempo parcial sociosanitario que supervisa y apoya en las habilidades de la vida diaria.
 - **Apartamentos o casas independientes.** Las personas son prácticamente independientes y viven solas. Se da cobertura solo si hay necesidades de manera muy esporádica o temporal por un equipo no especializado que supervisa la asistencia de la persona a recursos de tratamiento y rehabilitación.
-

Vida independiente

- Incluye una **alta gama de recursos de vivienda independientes** como pensiones, pisos compartidos con otras personas, vivienda propia u habitaciones alquiladas. Precisan de la supervisión de familia o profesionales que no están presentes en esos recursos.
 - **Hogar familiar.** Personas que viven con su familia propia o de origen. A menudo un familiar se identifica como cuidador/a principal de las personas con TMG.
-

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

08

MARCO CONCEPTUAL

8. MODELOS DE REFERENCIA

8.1. Modelos de referencia

Se puede hablar de tres modelos o paradigmas residenciales en la enfermedad mental que dominan el campo de la atención residencial en salud mental: el paradigma custodial, el paradigma residencial y el paradigma de “Supported Housing”. Hay dos versiones del paradigma residencial: el continuum residencial y el modelo de agrupación de viviendas. En la práctica los modelos se han implementado de manera más débil o reducida de lo que sugieren cada uno de ellos y es común encontrar un híbrido o combinación de modelos.

En el cuadro siguiente se describen cada uno de los modelos.

	MODELO CUSTODIAL	MODELO DE CONTINUUM RESIDENCIAL	MODELO DE AGRUPACIÓN RESIDENCIAL	SUPPORTED HOUSING
OBJETIVO	El objetivo es el mantenimiento a largo plazo de la persona en el recurso. No hay un objetivo de rehabilitación	El objetivo es la rehabilitación psicosocial y la consecución del mayor grado de vida independiente posible.	El objetivo es la rehabilitación psicosocial y la consecución del mayor grado de vida independiente posible. Potenciar la emancipación de la familia de origen.	Ayudar a las personas a vivir de manera independiente en las alternativas de su elección, dando los apoyos necesarios a las necesidades individuales. Prevenir recaídas y hospitalizaciones psiquiátricas, y aumentar la calidad de vida y la normalización.
PERSONAL	Personal sanitario y social presente en todos los contextos de vida.	Cada recurso, en función del nivel de supervisión, cuenta con personal disponible entre 6, 12 y 24 horas	Hay un equipo de profesionales a tiempo completo asignado a un grupo de alojamientos que da los apoyos en función de las necesidades de cada persona en cada vivienda.	Equipo de apoyo residencial. Equipo asertivo comunitario o de continuidad de cuidados psiquiátricos.

SERVICIOS	Cuidados sanitarios, comida, autocuidado y medicación. Atención psiquiátrica en el mismo recurso.	Las personas se mueven por un Continuum de servicios de manera secuenciada en función del grado de autonomía que alcanzan. Los servicios son pisos o viviendas que ofrecen <i>protección</i> mediante un ambiente estructurado que previene del consumo de sustancias, y favorecen los hábitos de salud. Se estipula un tiempo máximo de permanencia en cada nivel residencial. Se requiere que la persona asista a un centro de día o programas de rehabilitación. La persona que tiene una recaída comienza de nuevo a través de continuum de servicios.	Los servicios son similares al continuum residencial, pero con mayor flexibilidad. No se exige avance progresivo por niveles de autonomía. Se trabaja por construir redes de apoyo mutuo y social entre convivientes. Pueden ser alojamientos de transición o permanentes.	Se ofrecen dos niveles: 1. Apoyo residencial • Apoyo económico mediante rentas o prestaciones. • Se respetan las preferencias de dónde y con quién se quiere vivir. • Se dan apoyos para obtener y buscar la vivienda • Las personas tienen la responsabilidad de su espacio con roles de cuidado definidos. • Apoyo de personal en las actividades de vida diaria con contactos intensivos semanales. 2. Programas de continuidad de cuidados intensivos. • Equipos de <i>case-management</i> o asertivo comunitarios que tienen alto contacto semanal. • Intervención social para acceso a prestaciones económicas y pago del contrato. • Se diseñan programas de prevención y manejo de crisis en el domicilio.
PERFIL	Adecuado para perfiles con incapacidad para vivir de manera independiente por el deterioro psiquiátrico. Suelen ser personas con una larga historia de institucionalización en hospitales psiquiátricos, con síntomas activos y déficit en habilidades sociales.	Los perfiles son personas con diferentes niveles de habilidades. En cada nivel de continuum las personas deben ser similares en nivel de funcionamiento.	Adecuado para personas con ausencia de actividades de la vida diaria como cocinar, comprar o limpiar.	Perfiles de personas con diferentes niveles de habilidades y con necesidades de seguimiento psiquiátrico intensivo continuado.

CRÍTICAS	Es un modelo que fomenta la desmoralización y la dependencia a largo plazo. Los contextos custodiales no promueven la recuperación. Aunque la mayoría de los profesionales no respalda el modelo custodial es una opción que existe para un porcentaje algo menor a 20% de la población psiquiátrica con necesidad residenciales	El término de continuum se ha sustituido por el de <i>alojamientos o casas de transición</i>. No se ha desarrollado de manera completa ya que supone una inversión en recursos que a menudo no están siempre ocupados o llenos. Se ha criticado que el modelo no considera las preferencias de la persona. Se centra en las necesidades de alojamiento como grupo, no de los cuidados individualizados. Requiere que los usuarios estén continuamente preparándose para pasar al siguiente nivel, lo que resulta estresante y artificialmente acotado en el tiempo. La persona no termina de “ubicarse” en un hogar. Cada nivel está más preocupado en las normas de ese nivel que el desarrollo de las habilidades que se necesitan para vivir independiente. Cuando la persona no progresa de nivel se queda “atascada”. Cada nivel requiere de una estancia de tiempo prefijada que no tiene por qué encajar con las necesidades de cada persona (la recuperación a menudo no es lineal ni igual para las personas)	Se ha criticado que las decisiones de los profesionales para asignar los apoyos no están basadas en evaluaciones de la capacidad. Las normativas y las resistencias locales pueden suponer un bloqueo. Para mantener la viabilidad económica del recurso se requiere que las viviendas estén permanente ocupadas, lo que implica procesos dinámicos y poco planificados de ajuste de perfiles. A menudo es alta la rotación del personal, con <i>burn out</i> asociado a la turnicidad y que está mal pagado. Acceso de personal poco cualificado para trabajar un grupo que puede presentar consumo de sustancias, conducta suicida, rechazo de la medicación o problemas médicos asociados.	Algunos usuarios durante las fases iniciales de recuperación o con mayor riesgo de recaídas, se benefician de modelos más estructurados. Algunas personas pueden quedarse en situación de aislamiento social y pueden quedar confinadas en sus apartamentos con poco contacto con la comunidad. A veces no hay accesibilidad para alojamientos seguros y atractivos debido a las altas rentas de alquiler.
------------------------	---	---	--	---

8.2. Revisión de las evidencias

La investigación sobre los efectos y beneficios de los alojamientos residenciales en personas con enfermedad mental son muy escasos y no se basan en la evaluación de cada uno de los modelos o paradigmas. **Los modelos son guías más conceptuales que no han tenido su correlación en la investigación.**

La eficacia de los alojamientos supervisados depende de varios factores incluyendo las competencias del personal, la integración y coordinación con los servicios de tratamiento, la filosofía o principios de intervención, el número de residentes y del contexto social de aceptación o rechazo.

Sin embargo, algunos estudios han demostrado que las actitudes de criticismo y hostilidad del personal afectan negativamente a los resultados de las personas usuarias (Fakhoury et al., 2022).

El modelo con más evidencias es el de Supported Housing, y al menos hay una revisión sistemática de la investigación (Rog, 2004) y un ensayo clínico reciente (Motteli et al., 2022) que permiten **concluir que es un modelo que encaja con las preferencias de las personas usuarias y con el respeto de los derechos de ciudadanía**, reduce la vulnerabilidad a las recaídas, aumenta la adherencia al tratamiento, conecta a los usuarios y usuarias con los programas de seguimiento de salud mental, reduce el uso de servicios sanitarios y sociales e incrementa la **calidad de vida y las habilidades de vida independiente**.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

09

EL MODELO DE PISOS DE GRUPO 5

Vinculación del modelo de pisos con el Modelo de intervención de salud mental de Grupo 5.

9. EL MODELO DE PISOS DE GRUPO 5

Dada la revisión realizada anteriormente, los planteamientos que dirigen el **Modelo residencial en un piso supervisado de Grupo 5** se articulan en torno a varios paradigmas y engloban todos ellos. A continuación, se detallan.

Del Modelo de apoyos residenciales más cercanos del “Modelo de agrupación residencial” se asumen los siguientes elementos:

ELEMENTOS ESENCIALES Componentes a incluir
• El contexto preferido es un piso o una vivienda normalizada tipo casa.
• El acceso es voluntario.
• La persona toma decisiones del nivel que quiere alcanzar en el recurso.
• El desempeño de roles requerido es el esperado para cualquier persona que viva en un piso en ese contexto y en esa comunidad.
• Se fomenta el control de la persona sobre el ambiente.
• Se trabaja por la integración social de la persona en la comunidad
• Se fomenta la interacción social entre el grupo de convivientes y del exterior.
• El entrenamiento de habilidades y los programas de rehabilitación son en vivo y en el mismo recurso.
• Los apoyos son flexibles e individuales para cada persona.
• Los apoyos son cambiantes cuando la persona los necesita
• El objetivo principal es la independencia y vivir con los menores apoyos posibles.
• Se garantiza acceso a un programa de seguimiento psiquiátrico.
• El personal asignado tiene formación y competencias en rehabilitación psicosocial y manejo de riesgos: consumo de sustancias, suicidio, adherencia a la medicación y mediación en conflictos

Del Modelo de atención centrado en la persona se asumen los siguientes elementos:

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA

Componentes a incluir

- Ayudar a la persona a construir un proyecto de vida con sentido.
 - La persona debe formular planes de futuro.
 - El foco del profesional son las preferencias y las metas de la persona
 - Se establece la implicación de otros significativos en el proceso.
 - El proceso es abierto y negociado con la persona.
-

Del Modelo de atención de calidad de vida en discapacidad se asumen los siguientes elementos:

MODELO DE CALIDAD DE VIDA

Componentes a incluir

- Está compuesto por factores y dimensiones que se pueden medir.
 - Se experimenta cuando las necesidades de una persona satisfacen las principales dimensiones de calidad de vida.
 - Respeta las necesidades y elecciones.
 - Tiene componentes tanto objetivos como subjetivos (resulta fundamental la percepción del individuo).
 - Es un constructo multidimensional, influido por factores individuales y contextuales.
 - El modelo se caracteriza por 7 dimensiones significativas para alcanzar el estado deseado de bienestar personal y con la capacidad de ser cuantificables: bienestar físico, bienestar material, autodeterminación, relaciones interpersonales, derechos, inclusión social y desarrollo personal.
-

Del Modelo de rehabilitación psicosocial se asumen los siguientes elementos;

MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Componentes a incluir

Aportar programas y técnicas basadas en la evidencia destinadas a asegurar que una persona con una discapacidad producida por una enfermedad mental grave pueda llevar a cabo las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales. (IMSERSO 2007).

Tomar estos modelos en el desarrollo de los pisos supervisados de Grupo 5 implica necesariamente asumir que:

- Las personas desarrollan **responsabilidades y roles de hogar**.
- **El contacto del personal** con las personas es frecuente.
- Se puede contar con **ofrecer servicios y programas de rehabilitación** por parte de un equipo específico y especializado en ellos.
- El seguimiento **implica que el profesional se desplaza** al recurso.
- Se **fomenta la convivencia** con otras personas dentro del recurso.
- Se **exigen y se garantizan unas habilidades previas** a entrar en el piso que son específicas y se pueden evaluar.
- Se evalúan los **resultados en calidad de vida y en autonomía**.
- La persona **participa en la selección y modificación** de los entornos.
- Se desarrollan **acciones de integración comunitaria**.
- Se cuenta con servicios de **atención psiquiátrica y atención a la salud mental**.

9.1. Vinculación del Modelo de pisos con el Modelo de Intervención de Salud Mental de Grupo 5

Ese modelo se vincula con el Modelo de Intervención en Salud Mental de Grupo 5 en concreto en los siguientes epígrafes.

- Viene a desplegar algunos de sus principios, en concreto: **El derecho de las personas a vivir dignamente en entornos seguros a pesar de sus dificultades**.
- Establece la **importancia de los soportes residenciales** como una manera de aminorar las dimensiones de gravedad asociadas al Modelo.
- Es acorde y **complementa a los modelos de referencia de recuperación y la reducción de la discapacidad**.
- **Es congruente con los principios rectores de las intervenciones psicosociales** y con la necesidad de desarrollar diferentes áreas de intervención entre las que se identifica el área de atención residencial.
- Identifica **elementos críticos que se han demostrado efectivos por la evidencia** y la investigación y que deben tenerse en cuenta en el diseño de los pisos supervisados.
- Identifica **sistemas de evaluación de resultado basados en las personas atendidas en los pisos** con la idea de diseñar una práctica de calidad y basada en evidencias.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

10

PERFIL DE LAS PERSONAS CANDIDATAS A RESIDIR EN PISOS SUPERVISADOS

Perfiles de gravedad asociados al trastorno.

10. PERFIL DE LAS PERSONAS CANDIDATAS A RESIDIR EN PISOS SUPERVISADOS

El perfil general de personas que pasan a ser derivadas a un piso supervisado se caracteriza por ser personas de **edades comprendidas entre 18 y 65 años, con trastorno mental grave y persistente, y atendidas por un Centro de Salud Mental** (preferentemente un Programa de Continuidad de Cuidados o de seguimiento específico), cuya capacidad en su funcionamiento psicosocial les impide o dificulta cubrir, de manera totalmente autónoma, sus necesidades de alojamiento y soporte, y que no presentan enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica o de enfermería especializada, ni tienen grandes problemas de movilidad.

Específicamente, se detallan a continuación aquellos **requisitos básicos y mínimos** que deben cumplir las personas que son derivadas a los pisos supervisados, como criterios que garantizan un ajuste adecuado de las características de la persona a un recurso tipo piso y por tanto a este modelo de atención:

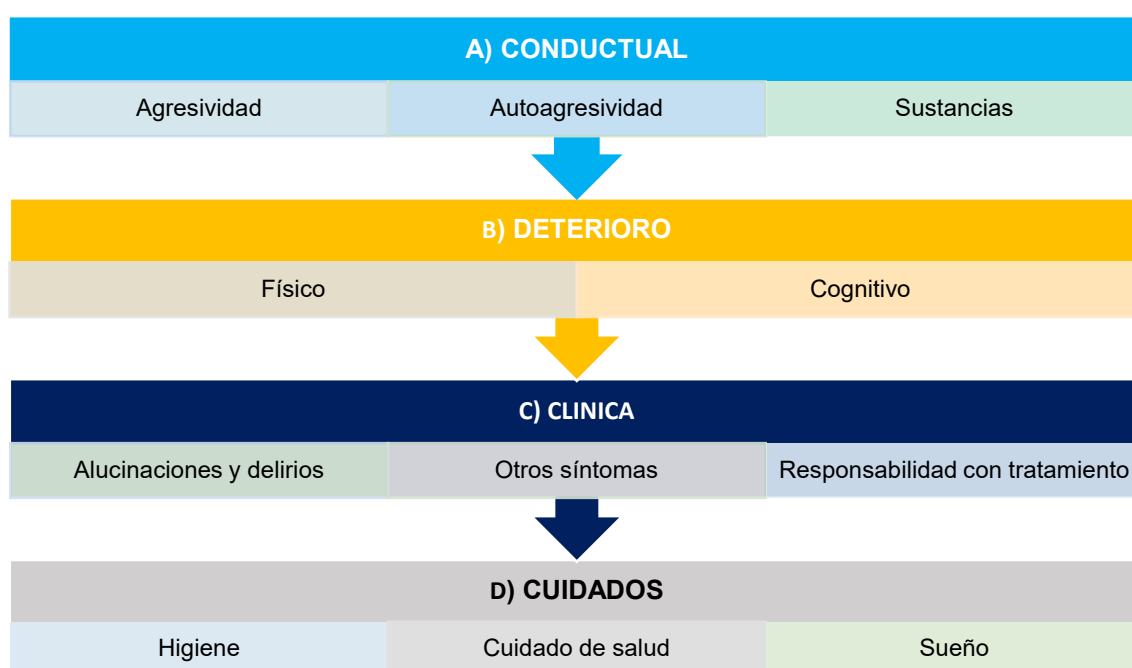
- **Adecuada adherencia al tratamiento**, entendiendo como tal la toma de la medicación psiquiátrica y la asistencia a las citas médicas de forma continuada.
- **No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos** (físicos y verbales), ni problemas graves de adicciones: evaluando para esto la existencia, tanto en el pasado como en el presente, de manifestaciones de conductas autoagresivas y hetero agresivas hacia personas u objetos, y no excluyendo a personas con consumo de tóxicos y /o alcohol esporádico, teniendo en cuenta en estos casos que el equipo profesional organizará las estrategias necesarias para evitar las consecuencias que para la convivencia y para la propia persona pueden conllevar estos consumos.
- **Un nivel de autonomía personal y social aceptable** que le permita afrontar las demandas que supone la vida y la convivencia en los pisos, es decir, con capacidad suficiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria o aprenderlas a corto plazo.
- **Que no presenten enfermedades físicas** graves o crónicas que exijan una asistencia médica o de enfermería especializada y continuada.
- **Que posean unas habilidades sociales mínimas** que dispongan a la persona a establecer relaciones interpersonales que favorezcan la convivencia con los otros sin que existan actitudes constantes y no modificables de rechazo, hipercriticismo y hostilidad hacia los compañeros.
- **Con un nivel de motivación** que les sitúe en disposición positiva al trabajo de rehabilitación e integración comunitaria que se va a comenzar con motivo de su incorporación al piso, y que deseen llevar una vida independiente de su familia.
- **Con predisposición a avanzar en su proceso de rehabilitación por medio de la incorporación a un piso supervisado** de aquellas personas usuarias con largas estancias en residencias o con situaciones familiares conflictivas (donde predomine la hostilidad o la sobreprotección, por ejemplo, que interfiere con la adquisición de autonomía), para el entrenamiento en un contexto más real de habilidades o capacidades que les serán necesarias para lograr una vida independiente.

10.1. Perfiles de gravedad asociados al trastorno

Cuando una persona es derivada a un piso supervisado se inicia el proceso de evaluación con el objeto de diseñar el Plan Individual de Atención Residencial, y es necesario aplicar la **Escala de Criterios de Gravedad (ECG)**.

Esta herramienta es una escala de evaluación útil para **describir las conductas problemáticas específicas y observables de las personas con TMG**. Cuenta con 11 ítems, que cubren áreas de comportamiento consideradas por las evidencias de que disponemos actualmente como las más frecuentes para determinar la gravedad, entendiendo ésta como: síntomas psicóticos continuados, con discapacidad funcional severa y/o conductas disruptivas que persisten a pesar de haber seguido tratamientos farmacológicos y psicosociales adecuados durante un tiempo suficiente que estimamos como mínimo en un año anterior a la entrada al recurso.

Secciones e ítems de la escala ECG



Los ítems se puntúan de 0 a 4 y la máxima puntuación posible es de 44; a mayor puntuación, mayor gravedad.

El objetivo es medir la gravedad y por tanto, anticipar el nivel de consumo de recursos desde la entrada de la persona en un servicio o recurso, graduar la intensidad de la intervención y decidir la adecuación del perfil.

La escala de gravedad asociada al trastorno mental está incluida en el Modelo de intervención de salud de Grupo5 y figura en el Anexo 1.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

11

TIPOS DE APOYO A PRESTAR O NIVELES DE SUPERVISIÓN

Evaluación de apoyos.

11. TIPOS DE APOYO A PRESTAR O NIVELES DE SUPERVISIÓN

Partiendo de la definición de “apoyo” como “persona o cosa que ayuda a alguien a conseguir algo o que favorece el desarrollo de algo”, consideramos que en los PS hay **diferentes tipos e intensidades de apoyos o supervisión** en función de las necesidades de las personas residentes:

- Supervisión alta.
- Supervisión media.
- Supervisión baja.
- Supervisión en vivienda propia.

Las tipologías y estructuras concretas de supervisión se pueden **desarrollar desde diferentes mecanismos de gestión**. Pueden ser aportados en un mismo recurso que reúna a diferentes perfiles de personas con diferentes perfiles de supervisión. O pueden ser desarrollados desde diferentes recursos agrupados por necesidades de supervisión.

Lo que es fundamental y respaldado por la evidencia científica que es que **los apoyos deben:**

- Darse en función de **las preferencias y necesidades de cada caso**.
- Todos los niveles de apoyo se deben **dar en una vivienda normalizada**.
- Los apoyos **no son fijos van cambiando** y evolucionando con la persona que los recibe. Es decir, no pueden darse con un recurso FIJO sino de manera cambiante a cada persona que es la que recibe el apoyo.
- Los apoyos son **de larga duración no limitados en el tiempo**.
- Los apoyos deben **formar parte de una evaluación integral de tratamiento y rehabilitación** más amplio de la persona.

La manera de dar apoyos varía enormemente en los diferentes territorios. Y es porque los desarrollos van a depender de los contextos en los que se ubican las estructuras. También varían aspectos como la presencia de funciones de rehabilitación psicosocial, la complementariedad con recursos tipo residencias, o la presencia de recursos sanitarios de seguimiento de la sintomatología.

En el siguiente cuadro se muestra la graduación de apoyos según el tipo habitual de recursos tal como en nuestro país está la mayoría de las estructuras y recursos.

Hay mayor diversidad en las ratios de personal, lo que aumenta aún más la diversidad de modelos y recursos residenciales concretos. En relación con el personal no existe una cualificación especializada ni una formación que capacite u oriente en las competencias que debe tener el personal que se dedica al apoyo residencial.

Tipología de apoyos según recurso residencial habitual en España

INTENSIDAD DEL APOYO	TIPO DE RECURSO	PERSONAL
Alta supervisión. Atención las 24 horas	Mini residencias / Casa Hogar / Residencia Comunitaria / Centro residencial rehabilitador (15 a 40 residentes)	Equipo de atención las 24 horas
Media supervisión	Pisos, viviendas o apartamentos (4 a 8 residentes)	Equipo específico (para dar apoyos variables) Equipo propio o compartido con otras estructuras residenciales
Baja supervisión o apoyo domiciliario	Pisos o viviendas Domicilio propio Pensión (de 1 a 5 residentes)	Equipo específico (compartido o no con otras estructuras residenciales) Personal social Personal sanitario (compartido o no con otras estructuras)

El desarrollo de los apoyos es por tanto variable y las posibilidades son muchas. Nuestra recomendación sin olvidar las críticas realizadas al modelo de Continuum residencial es que estructuras tipo piso en caso de tener que dar diferentes niveles de apoyo, es preferible la provisión de pisos específicos agrupados por distintos niveles de supervisión. En los cuadros siguientes se describe el modelo de esquema funcional de cada tipología posible.

En cuanto al personal resulta mejor disponer de equipos específicos asignados a los pisos, compuesto por al menos la siguiente estructura:

- **Personal de apoyo residencial** con función de apoyo directo en las actividades de la vida cotidiana.
- **Coordinadores/as con la función básica** de actuar como líderes técnicos, gestión del equipo, coordinación institucional y diseño de los planes integrales e individuales de atención.
- **Personal de limpieza.**

Todo el personal de apoyo antes de proveer los apoyos debería recibir una formación básica con al menos los siguientes componentes:

- Criterios de **perfil**.
- Evaluación de **gravedad asociada** a la enfermedad mental.
- **Evaluación funcional** de la persona.
- **Prevención** de situaciones cotidianas de riesgo.
- **Gestión emocional.**
- Sistema de evaluación de resultados y de la calidad de vida.

Y en cuanto a los aspectos funcionales de los apoyos es necesario tener consideraciones en distintos momentos críticos en las fases de atención en un piso:

Derivación al recurso. La indicación de la derivación debe incluir información clínica, psicosocial y del tratamiento. También alguna información de los riesgos y dificultades, y la previsión de actuación ante situaciones de crisis. Es decir, no es un proceso administrativo sino un proceso de trabajo previo de valoración del caso y de ajuste de expectativas de la persona.

Programación individual de los apoyos. El equipo residencial debe evaluar mediante instrumentos específicos la situación funcional de cada persona y a partir de ahí decidir el nivel de apoyos eligiendo entre las alternativas:

- El apoyo, su frecuencia y tipo.
- La incorporación de apoyos medios o altos en un piso.
- La inclusión en un dispositivo de mayor supervisión tipo residencia.
- El rechazo voluntario o no de la persona por no cumplir el perfil de usuario o por la voluntariedad de la persona de no aceptar la estructura de atención y supervisión que se plantee.

Establecer el mecanismo de derivación y contacto con los servicios de atención psiquiátrica de referencia.

El diseño de un plan de rehabilitación psicosocial y actividades. Participación en actividades domésticas, protección ante riesgos, relaciones sociales fuera y dentro del piso, actividades de ocupación diarias.

Los recursos residenciales de Grupo 5 son de los más importantes de la entidad, siendo un área muy relevante de la atención comunitaria que se ofrece. Y también es la más sensible dada la facilidad de reproducir malas prácticas o modelos asistenciales del pasado. Los cuidados nunca deben ser institucionalizadores y es necesario vigilar que las consideraciones anteriores se implantan para no caer en esquemas que facilitan la reclusión o colocación de la gente en un lugar, más que en desarrollar procesos de integración social.

PISO DE SUPERVISIÓN ALTA

OBJETIVOS: Permitir un entorno menos institucionalizado de convivencia que el de una residencia. Lograr alcanzar niveles menores de supervisión.

NÚMERO DE PLAZAS: Entre 4 y 6.

PERFIL: personas con rasgos y funcionamiento similares a los perfiles de una residencia. Déficits en habilidades que requieren una supervisión y apoyos continuados para realización de AVD.

PROFESIONALES: Cuenta con presencia del personal de manera permanente de lunes a domingo en los tres turnos.

SUPERVISIÓN: Precisan apoyo residencial durante las 24 horas.

ACTIVIDADES: Ofrece atención integral rehabilitadora para mantener y mejorar la autonomía en todas las AVD.

PISO DE SUPERVISIÓN MEDIA

OBJETIVOS: Conseguir una vida más autónoma e independiente.

NÚMERO DE PLAZAS: Entre 4 y 6 preferentes.

PERFIL: personas provenientes de alta supervisión en sus AVD pero que están en condiciones de poder acceder a una modalidad residencial con menor supervisión que la ofrecida en entornos de alta.

PROFESIONALES: Presencia de personal en horario diurno de L a D. No precisa personal las 24 horas.

SUPERVISIÓN: Cuenta con presencia de personal en horario diurno de lunes a domingo. Podría precisar de supervisión en dos niveles:

- Supervisión con presencia intermitente según los casos y los momentos, pero sin presencia estable del personal.
 - Podría requerir supervisión nocturna y de fin de semana puntual, y hay que garantizar cobertura.
-

ACTIVIDADES: Ofrece atención integral rehabilitadora para mantener y mejorar la autonomía en todas las AVD.

PISO DE SUPERVISIÓN BAJA

OBJETIVOS: Asegurar el paso a una vida prácticamente autónoma, como paso previo a la total autonomía o independencia.

NÚMERO DE PLAZAS: Entre 4 y 6.

PERFIL: Personas prácticamente autónomas que pueden permanecer con baja supervisión de manera continuada.

PROFESIONALES: Presencia de personal en horario diurno de L a V.

SUPERVISIÓN: Cuenta con personal que proporciona cobertura y apoyo diurno de lunes a viernes de manera esporádica.

ACTIVIDADES: Poco específicas, ofrece orientación y apoyo para la inclusión y participación social.

SUPERVISIÓN EN VIVIENDA PROPIA

OBJETIVOS: Asegurar el mantenimiento en la comunidad de personas usuarias que pueden vivir de manera autónoma, pero precisan de apoyo puntual en su propia casa.

NÚMERO DE PLAZAS: 1 (la propia casa).

PERFIL: Personas que viven solas en su casa o compartida, y/o con escasa red de apoyo social.

PROFESIONALES: Requieren un equipo que se desplaza al domicilio y ofrece atención en el propio entorno.

SUPERVISIÓN: Cuentan con un equipo técnico cualificado que dan atención de apoyo en el domicilio. La atención es de apoyo residencial y en rehabilitación psicosocial.

ACTIVIDADES: Apoyo residencial a personas que viven en un domicilio ajeno a Grupo 5 (ya sea suyo, de la familia o colectivo).

- Se presta únicamente el servicio de seguimiento y supervisión en AVD en el propio domicilio.
 - Supervisión del autocuidado, AVD, habilidades domésticas y apoyo comunitario.
-

11.1. Evaluación de apoyos

Los diferentes apoyos y tipos de supervisión deben ser flexibles y ajustados a las necesidades de cada persona. Para determinar el grado de supervisión e intensidad que se llevará a cabo se deben utilizar herramientas estandarizadas de evaluación como las siguientes:

- **Escala de Gravedad ECG**
- **Escala de supervisión residencial ENAR**

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

12

PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

12. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

La intervención en un piso supervisado se ampara y se fundamenta en unos principios rectores que están descritos en el “Modelo general de intervención de Grupo 5”. Son los siguientes:

CON RESPECTO A LA PERSONA ATENDIDA

- Atención Centrada en la Persona.
- Mejora de la calidad de vida.
- Fomento de la ética y los derechos.

CON RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE SE PRESTA

- Abordaje integral.
- Servicio integrado en la red de atención sanitaria, social y educativa.
- Participación en la comunidad.
- Innovadora y basada en evidencias.
- Orientada a resultados.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

13

MÉTODO DE ATENCIÓN EN PISO SUPERVISADO

13. MÉTODO DE ATENCIÓN EN PISO SUPERVISADO

El método de atención está compuesto por fases que, aunque no son lineales obligatoriamente, sí siguen una **secuencia lógica que ordena la atención** de una manera concreta. Método y proceso están unidos, y se basan en una atención **individualizada y centrada en la persona**. Todo el método se guía por las características individuales y biografías de la persona.

Siguiendo las **recomendaciones para desarrollar un plan de tratamiento integral** para personas con trastorno mental de las guías de recomendación internacionales basadas en la evidencia los elementos a desarrollar en la intervención son los siguientes.

ELEMENTOS PARA ASEGURAR UN TRATAMIENTO INTEGRAL

- Establecimiento y mantenimiento de una **alianza terapéutica**.
- Vigilancia del **estado psicológico** de la persona.
- Provisión a la persona y a la familia de **educación en relación con el trastorno** y su tratamiento.
- Facilitación de **medidas para el cumplimiento del plan** de tratamiento.
- Incremento en la **comprensión y la adaptación** a los efectos psicosociales de la discapacidad.
- Promover **la salud física de las personas** con trastorno mental mediante acciones de promoción de la salud y prevención, detección e intervención integral sobre los factores, comportamientos de riesgo y enfermedades somáticas coexistentes.
- Identificación de los factores que precipitan **crisis y promoción de intervenciones** para prevenir recaídas.
- Provisión a la familia de **psicoeducación y apoyo** para aliviar dificultades y mejorar la función familiar.
- Ayuda para **acceder a los servicios necesarios y coordinación de los recursos** en los diversos sistemas de salud mental, salud general y servicios sociales.

También hemos identificado a partir de nuestra experiencia los elementos esenciales sobre los que deben descansar los procedimientos y los programas de atención psicosocial en los pisos y que son comunes a cualquier dispositivo de salud mental de Grupo 5.

ELEMENTOS ESENCIALES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA UNA INTERVENCIÓN EFICAZ

- Modelos **vulnerabilidad-estrés y de discapacidad** como marco teórico de referencia.
- Énfasis en **la provisión de información y educación** acerca de la naturaleza del trastorno.
- Fomento de la **confianza mutua** entre persona, familia y equipo.
- Consideración de **los familiares como aliados terapéuticos** y como parte de la intervención.
- Fortalecimiento de las **capacidades naturales** de afrontamiento conservadas.
- Promoción de las **fortalezas y capacidades**.
- Analizar el **contexto de la persona y su influencia** en el desempeño.
- Flexibilidad para **adaptarse a las peculiaridades** de la persona y al momento de la evolución en que se encuentre.
- Contar con **las preferencias de las personas** en la elección de objetivos o metas a seguir en el tratamiento.

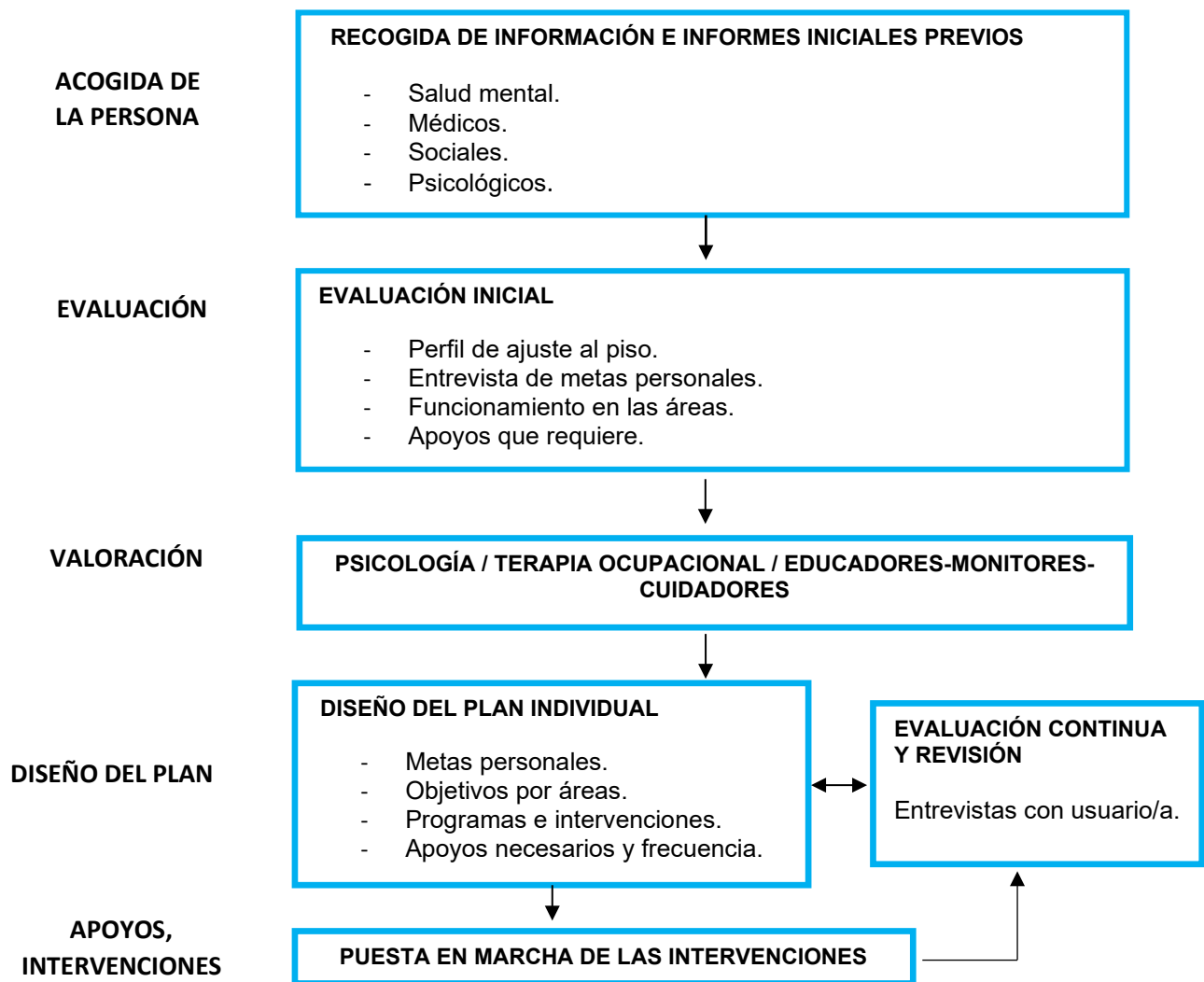
13.1. El proceso de atención en el piso supervisado

Se presenta a continuación de manera esquemática el proceso de atención en un piso supervisado. Más adelante se describe cada fase y al final se detalla una tabla a modo de resumen de cada una de las fases y participantes.

Para todas las personas usuarias se establece un proceso de atención claramente delimitado y una oferta de actividades asistenciales que incluye:

- Comisión técnica de valoración y estudio de solicitudes de admisión.
- Protocolo de admisión.
- Evaluación inicial multidisciplinar completa.
- Diseño de un plan individual de rehabilitación y apoyo residencial.
- Intervención con la persona usuaria.
- Intervención con la familia.
- Coordinación con servicios externos.

En las NIF (Normativas Internas de Funcionamiento) de Grupo 5 se describen en detalle cada una y se aportan los registro y herramientas que se utilizan.



SOLICITUD DE PLAZA

La solicitud de plaza es **la puerta de entrada al recurso y debe venir preferentemente mediante la derivación de un facultativo o profesional especializado** que permita orientar la entrada de la persona como algo integrado en su proceso de recuperación. De esta manera la persona desarrolla un itinerario de continuidad con su tratamiento.

Si la solicitud viene por parte del usuario o familia se debe hacer un trabajo previo o complementario de coordinación con profesionales que estén tratando a la persona para conseguir diseñar una continuidad en su atención, así como recabar la información necesaria en la admisión de la persona.

Al ingreso se debe aportar la siguiente documentación:

- Informes clínicos.
- Informes sociales.
- Información de los tratamientos y recursos anteriores en los que ha estado.
- Pauta de tratamiento actual y profesionales que le son de referencia.

PROCESO DE ACOGIDA Y ENTRADA AL PS:

Los profesionales, **desde el primer contacto, deben garantizar el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica con los residentes y familias, y favorecer la máxima participación posible.** Estas variables son fundamentales para que el proceso de atención tenga la calidad indispensable a nivel técnico y ético.

Los profesionales deben conocer previamente todos los documentos que se van a entregar a la persona: protección de datos, consentimiento de imagen, consentimiento de información a familiares y personas significativas y Reglamento de Régimen Interior. Se deberán explicar a la persona y facilitar su comprensión, expresión de dudas y aclaraciones que necesite.

RESUMEN SINTÉTICO DE ADMISIÓN DE NUEVOS CASOS

DESCRIPCIÓN	PROFESIONALES	DOCUMENTOS
Descripción Reunión programada entre el demandante y el equipo de la residencia. Objetivos - Conocer las necesidades y perfil de la persona. - Informar sobre aspectos de funcionamiento. - Analizar los objetivos de la derivación. - Hacer un pronóstico temporal de duración de la estancia. - Determinar las necesidades de intervención urgentes. - Determinar el nivel de supervisión alta, medio o baja - Acordar el contrato, tipo de servicios incluidos. Procedimiento - Se establecen citas de presentación con el demandante, familia y usuario/a. - Se recaban informes, rellenados por responsables del tratamiento de la persona. - Se recoge información de facultativos de referencia de: síntomas, evolución, autocuidado, autonomía, relaciones, apoyos familiares, economía, ocupaciones. - Se identifica el tipo de perfil y necesidades que presenta. - Se identifica el grado de intensidad que va a precisar en el uso de los programas y de las intervenciones. - Se identifican los primeros objetivos. - Se identifican los aspectos que pueden favorecer o entorpecer el proceso de incorporación.	Dirección /coordinación del equipo	Protocolos de derivación. Informes clínicos y sociales previos.

LA EVALUACIÓN INICIAL:

En esta fase **se evalúan los repertorios comportamentales**. Se debe realizar en unos plazos razonables procurando no saturar o sobrecargar a la persona usuaria con aspectos ya valorados por otros profesionales. Para su realización es necesario analizar:

Las fuentes documentales:

- **Protocolos de derivación o de Continuidad de Cuidados** del Centro o Servicio de Salud Mental.
- **Informes de derivación** de servicios sociales, organismos regionales o provinciales de servicios sociosanitarios.
- **Informes de otros profesionales de otros recursos implicados** en el proceso de atención de la persona usuaria.

La finalidad de esta fase es tener **una visión global de la persona y proponer un Plan de Intervención Individualizado**.

Para ello se recogerá **la información necesaria** para explorar aspectos relacionados con:

- Demandas, expectativas, preferencias, gustos, deseos y objetivos de la persona usuaria y su familia.
- Historia biográfica.
- El funcionamiento general en las diferentes áreas vitales.
- Los sistemas de apoyo y supervisión que requiere la persona usuaria.

METAS Y PREFERENCIAS PERSONALES

Por su importancia se debe incidir en la entrevista de metas y preferencias personales al inicio. Aunque se irán perfilando a lo largo de los meses iniciales, en el momento de la entrada se debe realizar un diálogo activo con la persona usuaria. Este diálogo no es un acto obligatorio, sino que debe proporcionar un marco para interactuar con la persona, en **un esfuerzo profesional por entender y comprender lo que considera importante en su vida**.

Para hablar y decidir sobre preferencias y gustos, se debe conocer previamente a la situación actual y la deseable en 4 categorías.

	LE GUSTA O PREFIERE	NO LE GUSTA O LE DESAGRADA
ALOJAMIENTO		
OCUPACIÓN PRINCIPAL		
AMIGOS / RELACIONES SOCIALES		
APRENDIZAJES / DIVERSIÓN		

En relación con las metas que la propia persona quiere alcanzar. Se debe mantener un diálogo que responda a la pregunta. **¿Qué quiere conseguir la persona?**

Para favorecer que el proceso tenga la mayor probabilidad de éxito es necesario planificarlo de manera individualizada. En este sentido, se recomienda una incorporación progresiva con el fin de que la persona atendida y sus compañeros se vayan habituando, familiarizando y adaptando a la nueva situación.

A continuación, se proponen **algunas estrategias para facilitar**lo:

- Que el o la nueva residente participe en el grupo de convivencia para que los compañeros del piso le expliquen su organización desde la experiencia.
- Conocer el nuevo entorno del piso (lugares de ocio, supermercado, transportes, etc.).
- Organizar actividades en el piso para la incorporación progresiva: comidas conjuntas, organización y decoración de su habitación, transporte de enseres, ir a dormir una noche al piso, etc.

La incorporación definitiva al piso se decidirá conjuntamente entre la persona usuaria y los profesionales.

La firma del contrato y la entrega de llaves “simboliza” el comienzo de una nueva etapa. En ocasiones, la entrada de la persona al Piso no se plantea como definitiva, sino como temporal o “prueba” durante cierto tiempo. En estos casos desde el equipo de pisos se valorará la adaptación de la persona al recurso.

PROCESO DE ADAPTACIÓN

Debe ser muy **flexible y tener una duración predeterminada y acordado** con la persona. Aunque los tiempos se deberán ajustar a cada persona.

PROCESO DE EVALUACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

La evaluación es una condición imprescindible, entendida como el conjunto de acciones encaminadas a recoger la información relevante y significativa que permita realizar una valoración funcional de las habilidades y necesidades de la persona usuaria en relación con las demandas ambientales, tanto del piso supervisado como del entorno en el que se ubica, teniendo en cuenta asimismo los apoyos potenciales/reales con los que se cuenta. La evaluación, por tanto, **nos va a permitir conocer qué habilidades y capacidades están presentes en el repertorio comportamental de la persona**, y si no es así, si puede adquirirlas, recuperarlas o mejorarlas, y diseñar el plan de intervención y los sistemas de apoyo para tal fin.

El proceso de evaluación se caracteriza por la **interdisciplinariedad**. En él colaboran diferentes profesionales que coordinarán, planificarán y diseñarán situaciones para la recogida de información con la finalidad de realizar la evaluación.

ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN

Se llevará a cabo con la finalidad de:

- Formular los objetivos, preferencias, deseos y expectativas propuestos inicialmente.
- Valorar la eficacia de las intervenciones que se realizan.

Definición del plan:

Es el procedimiento de trabajo para la persona usuaria, en el que **se proponen objetivos y metodología que guíe la toma de decisiones durante el proceso de atención en el piso**. Supone así la preparación de líneas maestras a seguir por quienes van a llevar a cabo las distintas intervenciones.

Aspectos relevantes para tener en cuenta para el plan individual:

- Se tendrán en cuenta los **derechos y obligaciones** reflejados en el contrato de estancia, así como las preferencias, gustos, deseos y expectativas de la persona.
- Se favorecerá la **máxima participación** de la persona usuaria y de su familia (siempre que la persona usuaria dé consentimiento).
- Los objetivos serán **realistas, dando respuesta a las necesidades** de la persona y a las demandas del entorno, y estarán en consonancia con la cartera de servicios de los pisos supervisados.
- Se definirán las **estrategias de intervención** para posibilitar la consecución de los objetivos.
- **Estructurado secuencialmente:** a corto, medio y largo plazo teniendo en cuenta las características de priorización de objetivos (combinando los criterios de motivación, impacto y jerarquía) a la hora de intervenir.
- Debe ser **flexible, realizándose las modificaciones necesarias** en función de la evolución de la persona y de los cambios significativos en su entorno.

PROCESO DE INTERVENCIÓN/EVALUACIÓN CONTINUA DE LA INTERVENCIÓN

Durante la intervención se despliegan diferentes técnicas de intervención que pueden ayudar a los profesionales que trabajan en los pisos supervisados a implementar conductas, que promuevan en las personas atendidas los mayores niveles de autonomía, calidad de vida y bienestar que puedan alcanzar cada una de ellas.

Cada equipo de profesionales, en función de las características del piso, las necesidades de las personas atendidas, y la propia orientación teórica del equipo a la hora de intervenir, utilizará las técnicas que considere idóneas desde el enfoque oportuno, siguiendo y coordinando las intervenciones con el psicólogo/a y terapeuta ocupacional del equipo.

Esquema resumen del proceso de atención en un piso supervisado:

FASE	DESCRIPCION	PLAZOS	PARTICIPANTES	DOCUMENTOS
ACOGIDA	Primera entrevista de contacto inicial donde se explica el funcionamiento general, se enseña el piso supervisado y presenta a los compañeros/as. Se hace entrega de la Guía de Acogida del Piso.	Se realiza en una cita.	- Dirección del recurso. - Equipo Técnico.	Informes: - Salud mental. - Médicos. - Sociales. - Psicológicos. - Escalas de cribado de perfil - Guía de acogida PS. - Díptico o folleto del Piso.
EVALUACIÓN INICIAL	Se realiza una evaluación de: - El perfil de ajuste al PS. - Las metas personales. - El funcionamiento por áreas concretas. - Los apoyos que requiere.	Se realiza durante una o dos citas de entrevista de evaluación.	- Psicología. - Terapia Ocupacional. - Educador/a o Monitor /a.	- Registro de metas y preferencias. - Escalas de funcionamiento y apoyos. - Contrato de estancia en el PS.
EVALUACIÓN FUNCIONAL	Se realiza una evaluación de todas las áreas que componen el Plan Individual.	Se realiza en un plazo de varias entrevistas de evaluación, teniendo en cuenta que el Plan debe estar terminado en 45 días.	- Psicología. - Terapia Ocupacional. - Educador/a o Monitor /a - Dirección del recurso. - Otros.	- Registro de metas y preferencias. - Escalas de calidad de vida. - Escala de funcionamiento y nivel de supervisión (ENAR). - Documento de protección de datos e imagen. - Instrumentos estandarizados de evaluación por áreas.
DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUAL	Reunión del equipo de profesionales para definir el plan individualizado de atención y apoyo residencial de cada persona a partir de: - Las metas personales. - Los objetivos por áreas de intervención. - Las intervenciones y técnicas necesarias. - El apoyo y supervisión, su intensidad y frecuencia. - Las dimensiones de calidad de vida. Además, establecen los plazos y los responsables para llevarlas a cabo.	Se realiza en un plazo de 45 días. Es conveniente que entre la entrevista de metas personales y la reunión de devolución del Plan Individualizado no transcurran más de 45 días. Se le asigna un nivel de supervisión o un recurso concreto	- Psicología. - Terapia Ocupacional. - Educador/a o Monitor /a - Dirección del recurso. - Otros.	- Registro de metas y preferencias. - Perfil de calidad de vida. - Escalas de funcionamiento psicosocial. - Programas de intervención. - Documento PAI o PIAR. - Otros.

FASE	DESCRIPCION	PLAZOS	PARTICIPANTES	DOCUMENTOS
DEVOLUCIÓN Y DIÁLOGO	Reunión del equipo de profesionales con la persona usuaria para devolver y acordar de forma consensuada, objetivos a trabajar tras haber finalizado la evaluación y diseñado el Plan Individual.	Se realiza inmediatamente después de haber diseñado el Plan Individual durante una cita.	• Psicología. • Terapia Ocupacional. • Educador/a o Monitor /a.	• Programas de intervención. • Documento PAI o PIAR.
PUESTA EN MARCHA DE LA INTERVENCIÓN	Tras haber devuelto los objetivos y plan a llevar a cabo, se ponen en marcha mediante citas individuales/grupal y programas de intervención.	Continuamente se realizarán las intervenciones acordadas con la frecuencia establecida por el equipo de profesionales.	• Psicología. • Terapia Ocupacional. • Educador/a o Monitor /a.	• Programas de intervención. • Documento de plan de acción.
EVALUACIÓN CONTINUA Y REVISIÓN DEL PLAN	Se realizarán revisiones semestrales del Plan Individual, mediante reunión del equipo de profesionales con la persona usuaria.	Cada seis meses.	• Psicología. • Terapia Ocupacional. • Educador/a o Monitor /a.	• Documento PAI o PIAR. • Instrumentos estandarizados de evaluación. • Cuestionario de satisfacción (anual).

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

14

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

14. ÁREAS DE INTERVENCIÓN

La fase de intervención varía entre una persona y otra en función del Plan Individualizado de Rehabilitación, de las necesidades que siempre son diferentes para cada persona y de los servicios y programas que de manera voluntaria haya acordado en su contrato de tratamiento.

Durante toda esta fase **la persona es acompañada por un profesional de referencia**. Este es el responsable de mantener informada e implicada a la persona en su proceso terapéutico, sin perder de vista el **Plan Individualizado de Rehabilitación** fijado con él/ella.

La intervención se asienta sobre **tres grandes pilares**:

1. **Tutorías.** Se realizan conjuntamente entre un profesional de referencia que es seleccionado como referente de la persona. Puede considerarse el hilo conductor que une todas las acciones que se desarrollan a través de los objetivos propuestos en el Plan Individualizado de Rehabilitación.

Las actividades que incluyen son:

- Realizar seguimiento del plan individualizado.
 - Evaluación y nivel de satisfacción.
 - Valoración continua de su funcionamiento psicosocial.
 - Valoración continua de necesidades y expectativas.
 - Espacio de comunicación.
2. **Apoyo a las familias.** Se mantienen contactos frecuentes con los familiares para que, con la debida confidencialidad de la información, se pueda llegar a un trabajo coordinado entre el centro, el usuario y la familia.
 3. **Programas terapéuticos de rehabilitación.** Según los objetivos propuestos en el Plan Individualizado de Rehabilitación. Los programas que deben incluirse en el modelo de atención de un piso supervisado deben ser los siguientes. Se detallan a continuación.

Servicios de apoyo a la mejora de la salud mental:

- Supervisión del tratamiento que venga pautado desde los centros de salud mental
- Adherencia al fármaco.
- Supervisión psiquiátrica en los casos en que se precise, podrá ser mediante coordinación con profesional externo o como parte de las cartera de servicios.

Servicios individualizados de rehabilitación psicosocial:

Programas de rehabilitación psicosocial y capacitación en habilidades de autonomía. Como mínimo contará con los siguientes:

- **Evaluación inicial integral y funcional** que provenga al menos de: psicología, terapia ocupacional y equipo educativo.

- **Intervención psicológica individual.** Se dará apoyo para la solución de problemas cotidianos que generen malestar emocional ante acontecimientos vitales generadores de estrés, y dificultades interpersonales. En especial se planificarán programas de prevención de recaídas.
- **Plan de recuperación personal.** Proyecto individual de recuperación de la persona que complementa el Plan Individual de rehabilitación.
- **Alimentación.** Durante la estancia de las personas residentes en las viviendas se proporcionarán los apoyos necesarios para que cuenten con un régimen dietético equilibrado y variado, acorde con las necesidades nutricionales que precisen, fomentando hábitos alimenticios adecuados.
- **Programa de entrenamiento en cocina y uso de electrodomésticos.**
- **Limpieza.** Se hará siguiendo unas pautas marcadas y acordadas entre personas usuarias del piso y el equipo de profesionales. Haciéndose cargo las personas que conviven en el piso de la limpieza de su espacio personal, así como de los espacios comunes.
- **Acompañamiento en gestiones personales.**
- **Habilidades sociales.** Cuyo fin es enseñar a ejecutar comportamientos adecuados en situaciones sociales.
- **Apoyo en el ocio y tiempo libre.** Partiendo en la medida de lo posible de una planificación por parte de los usuarios/as y con una metodología que tendrá como denominador común la libertad de elección y la integración comunitaria.
- **Integración comunitaria.** El trabajo de integración comunitaria es uno de los aspectos que lleva la intervención de los profesionales del piso fuera de los límites físicos de éste. Se debe entrenar y supervisar en el uso de los servicios de Atención Primaria y Atención especializada, se debe fomentar el uso de entidades bancarias, recursos sociocomunitarios (tiendas, estancos, farmacia, prensa, centros culturales, iglesias, bibliotecas, etc.).
- **Actividades de la vida diaria y autocuidado.** Entrenamiento y supervisión del cuidado de la ropa, la medicación, los hábitos de sueño, la higiene personal, la planificación del dinero y la gestión de las citas médicas son componentes básicos de este programa.
- **Programa de seguridad en el piso y prevención de accidentes.**

Servicios de atención a la familia

- Información.
- Apoyo a la familia en el domicilio en momentos puntuales.

En cuanto a las intervenciones que se han recomendado en diferentes guías profesionales, evidencia científica y en el propio grupo de trabajo de elaboración del Modelo de atención a pisos supervisados se listan las siguientes.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PARA EL APRENDIZAJE DE CONDUCTAS DE PISO:

- Reforzamiento positivo.
- Instrucciones.
- Modelado.
- Ensayo de conducta.
- *Feedback*.
- Moldeamiento.
- Desvanecimiento.
- Encadenamiento.
- Tiempo fuera.
- Sobrecorrección.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN, TOMA DE DECISIONES Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN EL PISO:

- Estrategias para fomentar la participación desde el Enfoque Dialógico: confianza, igualdad, diversidad, interés común y corresponsabilidad.
- Estrategias de resolución de conflictos (basadas en la Terapia Breve Centrada en Soluciones: elicitación de la descripción de soluciones, ampliar, balance decisional, atribuir control, y proyección de solución a futuro).

Extracto de la Guía de Acogida de Profesionales de Pisos Supervisados.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

15

PROFESIONALES NECESARIOS

15. PROFESIONALES NECESARIOS

El equipo de profesionales del piso supervisado que se propone como necesario para intervenir es:

- **Psicólogo/a**, como responsable de los planes individuales y la intervención rehabilitadora.
- **Terapeuta ocupacional**, en el diseño de programas de intervención en habilidades de vida independiente.
- **Educadores/as/monitores/cuidadores**, que llevan a cabo en el día a día la intervención en vivo, supervisión y acompañamiento con las personas atendidas.

Pueden darse otras combinaciones, pero en el presente Modelo de intervención se consideran estas categorías como imprescindibles

A continuación, se muestran las funciones más habituales que desempeña el equipo, siendo solo una referencia orientativa y debiendo adaptarse en cada recurso.

LAS FUNCIONES PROPIAS DEL PSICÓLOGO/A son las siguientes:

- **El contacto y la vinculación de la persona usuaria al recurso**, y la evaluación de prerequisites básicos para garantizar que la persona derivada cumple el perfil general de acceso al recurso.
- **Evaluación funcional y planificación** individual de la atención de cada residente.
- **Implementación en colaboración** con educadores/as y terapeuta ocupacional de los programas y actividades que se desarrollan en el piso.
- **Evaluación del proceso de atención** de cada residente, y en la evaluación del funcionamiento global del piso.
- **Coordinación con los Servicios de Salud Mental.**
- **Evaluación de la calidad** global de la atención.
- **Información, orientación y apoyo de las familias.**
- **Formación y supervisión de los otros profesionales del centro**, así como de los recursos, profesionales y líderes comunitarios.

LAS FUNCIONES PROPIAS DEL/DE LA TERAPEUTA OCUPACIONAL son las siguientes:

- **Evaluación funcional y planificación** individual de la atención de cada residente.
- **Implementación en colaboración** con educadores/as y terapeuta ocupacional de los programas y actividades que se desarrollan en el piso.
- **Coordinación con recursos comunitarios y seguimiento** de las personas usuarias.

- **Evaluación del proceso de atención de cada residente**, y en la evaluación del funcionamiento global del piso.
- **Organización y desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre**, y de utilización de recursos comunitarios.
- **Organización de rutinas y funcionamiento** del piso.
- **Coordinación con los Servicios de Salud Mental.**

LAS FUNCIONES PROPIAS DEL MONITOR-EDUCADOR-CUIDADOR son las siguientes:

Muy a menudo este es el profesional que **asume el rol de “profesional de referencia”** para la persona, es decir se convierte en el principal facilitador del proceso individual y en el principal contacto con el resto de los profesionales. Por eso vamos a identificar un perfil de funciones específico.

- **Evaluar las metas personales** y las preferencias.
- **Evaluar las dimensiones de la calidad de vida.**
- Velar para que **se respeten las preferencias de la persona.**
- **Dinamizar la vida del piso** generando un clima de apoyo y convivencia.
- Realizar **el seguimiento de los objetivos** del plan individual.
- Buscar el **consenso entre diferentes profesionales** que tengan visiones diferentes de la persona.
- **Coordinar diferentes acciones** del equipo sobre la misma persona.
- La **participación en la evaluación** de aspectos funcionales de los residentes de los pisos.
- La **colaboración en el diseño de los Planes Individualizados de Rehabilitación** de las personas usuarias de los pisos.
- El **diseño, en colaboración con los miembros del equipo**, de los programas.
- El **entrenamiento en la realización de tareas domésticas** (limpieza y orden de los espacios propios y comunes, organización doméstica, preparación de menús y comidas, compra, etc.)
- El **apoyo a la utilización e integración en recursos comunitarios.**
- **Acompañamiento a los recursos sociales** específicos o comunitarios.

LAS FUNCIONES PROPIAS DEL DIRECTOR/A DEL RECURSO son las siguientes:

Coordinación:

- **Dirección y coordinación** del personal.
- **Planificación y ajuste de horarios** en el piso.
- **Supervisión, evaluación y valoración** de los programas y actividades.
- **Gestión de los aspectos administrativos y económicos.**

Coordinación externa:

- **Servicio de Salud Mental** de referencia.
- **Servicios Sociales generales de la zona.**
- **Con los responsables técnicos** de las que pueda depender el piso.
- **Coordinar la supervisión** con otros recursos en lo que participe la persona usuaria.
- **Favorecer la integración social** de las personas usuarias de los pisos.

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

16

COORDINACIÓN O TRABAJO EN RED

17

SISTEMAS DE EVALUACIÓN

16. COORDINACIÓN O TRABAJO EN RED

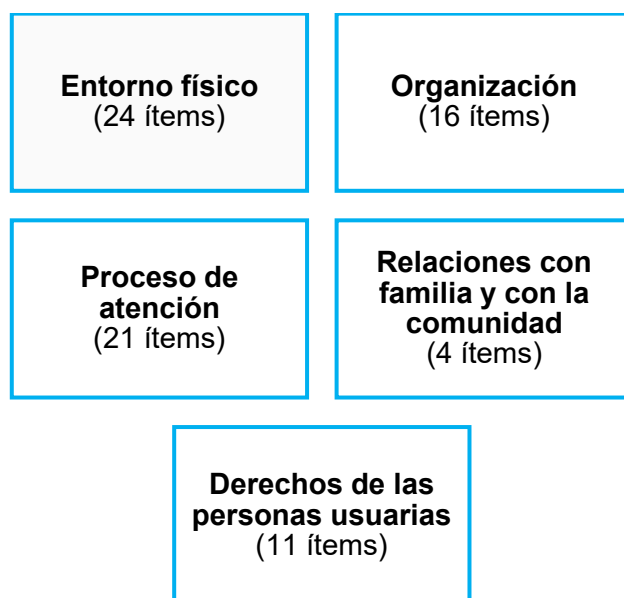
En el caso de que la persona esté incluida en algún servicio de complementario externo al piso **se debe garantizar la coordinación con los mismos**.

17. SISTEMAS DE EVALUACIÓN

Hemos desarrollado dos herramientas de evaluación propias. Una es la **escala de Gravedad ECG** ya referida en anteriores epígrafes. Esa es común a todos los recursos de salud mental.

La segunda herramienta de evaluación es específica para pisos denominada: **Estándares e Indicadores de Calidad en Pisos Supervisados**, toma de referencia el instrumento de evaluación de Organización Mundial de la Salud, WHO-AIMS, cuyos ítems hemos adaptado y revisado y está centrada en el servicio y en el modelo de atención de los PS. Mediante su aplicación periódica y posterior análisis, se asegura que los PS, obtienen resultados **que reflejen los deseos y aspiraciones de las personas tratadas**, siendo el fin último la mejora de la calidad y el respeto de los derechos humanos de las personas con TMG.

Esta herramienta es un cuestionario estandarizado evaluable por la coordinación del centro o por un evaluador externo al recurso, consta de 76 ítems o criterios que forman 5 estándares de calidad, y están agrupados en 5 dimensiones: entorno físico, organización, proceso de atención, relaciones con familia y con comunidad y derechos de las personas usuarias.



El cuestionario realiza un análisis cualitativo de fortalezas y debilidades identificadas en cada dimensión, con el objeto de generar acciones concretas que mejoren los indicadores de calidad que acerquen al piso al modelo de atención.

La evaluación se realiza en una escala de 3 puntos: 0= Ausente; 1=Parcialmente presente y 2=Presente.

Al final del cuestionario (ver Anexo 2) hay puntos de corte para cada nivel de calidad. Una calidad buena es cuando se alcanza una puntuación mínima del 80% sobre el máximo posible; adecuada si se alcanza una puntuación entre 60% y 79%; mínima aceptable si está entre el 40% y el 59%; y por debajo del 40% es inaceptable.

PUNTOS DE CORTE		
NIVEL CALIDAD	PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
BUENA	122 - 152	≥80%
ADECUADA	91 - 121	60% - 79%
MÍNIMA ACEPTABLE	46 - 90	40% - 59%
INACEPTABLE	0 - 45	<40%

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

18

REFERENCIAS

18. REFERENCIAS

- Bitter et al. (2016). Identifying profiles of service users in housing services and exploring their quality of life and care needs. *BMC Psychiatr*, 16:419.
- Comunidad de Madrid (2012). Guía técnica de organización de la atención y funcionamiento en Pisos supervisados para personas con enfermedad mental.
- Corrigan P, Mueser K, Bond G, Drake R y Solomon P (2014). Housing. Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation, First Edition: An Empirical Approach First Edition. Nueva York: Guilford Press
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM (2017). Soportes para la ciudadanía. Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía.
- Grupo 5 (2021). Salud Mental. Modelo de Intervención NIF2-01. Versión 01
- Möttely, S et al. (2022). Independent Supported Housing for Non-homeless People With Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 798275.
- Rog, D (2004) The evidence on Supported Housing. *Psych Rehabilitation Journal*; 27,4.
- Valdes-Stauber J y Kilian R (2015). Is the level of institutionalisation found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? A patient record análisis. *BMC Psychiatry* 15:215.
- Walid K.H. Fakhoury W, Murray A, Shepherd G y Priebe S (2002). Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2002) 37: 301-315.
- World Health Organization (1994). Quality Assurance in mental Health care. Volume 1
- World Health Organization (1997). Quality Assurance in mental Health care. Volume 1

GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

19
ANEXOS

19. ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE CRITERIOS DE GRAVEDAD

La escala de criterios de gravedad (ECG) es una escala de evaluación útil para describir las conductas problemáticas específicas y observables de los pacientes. La escala cuenta con 11 ítems, que cubren áreas de comportamiento consideradas por los investigadores como las más frecuentes para determinar la gravedad.

Para la creación de la escala se han utilizado otras relevantes y validadas como son las dos siguientes. **La escala HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*)** realizada por Wing, Beevor y Curtis (1996) y traducida al castellano por Uriarte, Beramendi, Medrano, Wing, Beevor y Curtis. Es un instrumento de evaluación desarrollado por la Unidad de Investigación del *Royal College of Psychiatrists británico* en el marco del *Proyecto Health of the Nation del Departamento de Salud Británico*. Está constituido por un conjunto de escalas diseñadas para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. **Y el Inventario de Conducta social SBS (*SOCIAL BEHAVIOUR SCHEDULE*)** diseñado por T. Wikes y E. Sturt (1986). La Escala de Conducta Social (SBS) es una escala de evaluación para descubrir las conductas problemáticas específicas y observables de los pacientes con trastorno mental. Está basado en los trabajos de Wing (1971) sobre evaluación de problemas de conducta con pacientes psiquiátricos de larga evolución.

El objetivo es medir la gravedad y por tanto anticipar el nivel de consumo de recursos desde la entrada de la persona.

INSTRUCCIONES

La información se refiere a la conducta de la persona durante el último año, a partir de la información obtenida en entrevistas con un informador clave, que conozca a la persona.

Las características de la escala son:

- Corta, simple, aceptable y útil.
- Se puede hacer por teléfono.
- Anticipa la cobertura necesaria de problemas clínicos y sociales.
- Sensible al cambio de las dimensiones gravedad a lo largo del tiempo.
- Compatibilidad reconocida con otras escalas validadas en el sector.

Teniendo en cuenta estos factores la escala se desarrolla con estas características generales:

- ECG está diseñado para la evaluación de adultos en contacto con servicios de asistencia secundaria y terciaria de Salud Mental.
- ECG puede ser utilizado por diferentes profesionales de la Salud Mental, incluyendo psiquiatras, psicólogos/as, personal de enfermería, terapeutas, DUE y trabajadores/as sociales.
- ECG no es un instrumento de entrevista estructurada sino de evaluación de cribado inicial.
- Se necesita extraer la información de una persona que conozca bien a la persona.

La estructura de la escala se basa en 11 ítems agrupables en cuatro secciones (problemas conductuales, deterioro, problemas clínicos y cuidados personales) y que incluyen (ver figura 3):

1. Conducta agresiva y/ destructiva
2. Conducta autoagresiva
3. Uso de sustancias
4. Cognición
5. Salud física
6. Alucinaciones e ideas delirantes
7. Responsabilidad con el tratamiento
8. Otros síntomas mentales
9. Higiene personal
10. Cuidado de la salud
11. Sueño

La máxima puntuación posible es de 44; a mayor puntuación, mayor gravedad. El periodo que se evalúa es el último año previo. La frecuencia de los problemas en los últimos tres meses debe considerarse.

- Cada uno de los 11 ítems de los que consta, puntuado de 0 a 4, cubre un amplio espectro dentro de un área de problemas.
- Se restringe el solapamiento entre las diferentes dimensiones de gravedad; cada ítem hace una contribución específica a cada dimensión de gravedad.
- El contenido está basado en problemas, no en diagnósticos.
- Los diferentes ítems se agrupan en cuatro secciones de gravedad: A, B, C, D.
- Cada sección es independiente.
- Los criterios de gravedad se determinan en función de la presencia o ausencia de una o varias secciones de gravedad

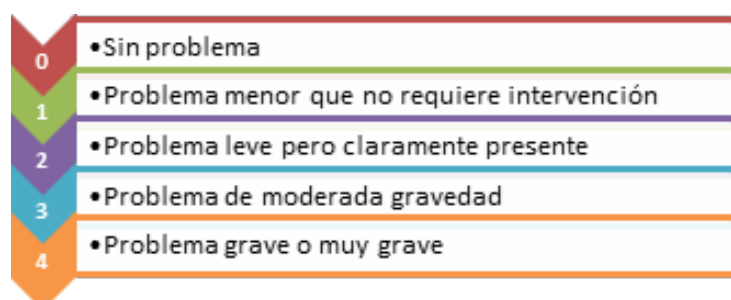
Los ítems 1-8, y la evolución de su puntuación a lo largo del tiempo en relación con otras variables clínicas, aportan un registro de la evolución clínica. Los ítems 9-11 miden la autonomía de funcionamiento en el medio residencial.

PAUTAS PARA LA ENTREVISTA Y CODIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS

Resumen de las Instrucciones de Puntuación

- **Puntuar** cada una de las escalas siguiendo el orden de la 1 a la 11.
- **No** incluir información ya puntuada en un ítem previo.
- **Puntuar** la gravedad ocurrida durante el periodo de tiempo evaluado (último y año / y último trimestre)
- **Todas las escalas** siguen el formato:

Asignación de Puntuaciones



La manera de cumplimentar este instrumento es a través de conocimiento de la persona por parte de un profesional o persona que conozca bien a la persona. No es necesaria entrevista.

DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMS PARA ASIGNACIÓN DE PUNTUACIONES

Conducta agresiva, disruptiva o destructiva

- Incluye tal comportamiento debido a cualquier causa (por ejemplo, drogas, alcohol, demencia, psicosis, depresión, etc.)
- No incluye la conducta bizarra, que se puntúa en la escala de ideas delirantes.

En este ítem sólo se evalúan aquellas conductas que dan lugar a la destrucción de propiedades (objetos) o a ataques físicos a personas.

1. **Sin problema de este tipo durante** el periodo evaluado
2. **Irritabilidad, enfrentamientos, inquietud**, etc. que no requiere intervención
3. **Incluye actitudes agresivas**; empujar o importunar a otras personas; amenazas o agresiones verbales; daños menores a bienes y enseres (por ejemplo, romper vasos, cristales); hiperactividad marcada o agitación. Ocasionalmente presenta conductas inaceptables. Sin embargo, gran parte del tiempo es aceptable.
4. **Agresividad física hacia otras personas o cosas** (insuficiente para puntuar 4); actitud amenazante; hiperactividad más grave o destrucción de bienes o enseres. Al menos un ataque físico serio en el último año. Frecuentes episodios de conducta inaceptable (una vez por mes).
5. **Al menos un ataque físico serio en los últimos tres meses** a otras personas o animales; destrucción de propiedades (por ejemplo, provocando incendios); conducta intimidatoria u obscena. Su conducta es marcadamente inaceptable la mayor parte del tiempo, es algo frecuente en su manera de responder.

Autolesiones no accidentales

- No incluye las autolesiones accidentales; los problemas cognitivos han de ser puntuados en la Escala 4 y el daño resultante en la Escala 5.
- No incluye las enfermedades o lesiones producidas como consecuencia directa del consumo de alcohol o drogas, que se puntúan en la Escala 3; (por ejemplo, la cirrosis hepática o las lesiones derivadas de conducir en estado ebrio se puntúan en la escala 5).

1. **Ningún problema de este tipo durante** el periodo evaluado
2. **Pensamientos pasajeros de acabar con todo**, pero riesgo pequeño durante el periodo evaluado; no autolesiones
3. **Riesgo leve durante el periodo evaluado**; incluye autolesiones no peligrosas (por ejemplo, arañarse las muñecas). Ha hablado de suicidio directamente durante el pasado mes.

4. **Riesgo moderado o grave de autoagresión deliberada** durante el periodo evaluado; incluye actos preparatorios (por ejemplo, acumular medicación). Ha realizado tentativas
5. **Tentativa seria de suicidio y/o autolesión grave** deliberada durante el periodo evaluado. Ha realizado tentativas en los últimos 3 meses y permanece el riesgo.

Consumo Problemático de Alcohol o Drogas

- No incluye la conducta agresiva/destructiva secundaria al consumo de alcohol o drogas, puntuado en la Escala 1.
 - No incluye a las enfermedades o discapacidades derivadas del consumo de alcohol o drogas, puntuadas en la Escala 5.
 - Se incluye la dependencia a ludopatías.
1. **Ningún problema de este tipo durante** el periodo evaluado
 2. **Consumo excesivo**, pero dentro de las normas sociales
 3. **Pérdida de control en el consumo de alcohol o drogas**, pero sin dependencia seria
 4. **Marcada apetencia o dependencia del alcohol o drogas** con frecuente pérdida del control; conductas de riesgo durante los periodos de intoxicación
 5. **Incapacitado por los problemas de alcohol/drogas**. Grave dependencia física y psicológica. Su conducta gira en torno a la dependencia, búsqueda incontrolada de la sustancia.

Problemas Cognitivos

- Incluye problemas de memoria, orientación y comprensión asociadas a cualquier trastorno: incapacidad intelectual, demencia, esquizofrenia, etc.
 - No incluir trastornos temporales (por ejemplo, resacas) secundarios al consumo de alcohol o drogas, puntuados en la Escala 3.
1. **Ningún problema de este tipo durante** el periodo evaluado
 2. **Problemas menores de memoria o comprensión** (por ejemplo, olvido ocasional de nombres)
 3. **Problemas leves pero claros** (por ejemplo, se ha perdido en un lugar familiar o no ha reconocido a una persona conocida); confusión ocasional en relación con decisiones simples
 4. **Marcada desorientación en el tiempo, el espacio o las personas**; desconcierto ante acontecimientos cotidianos; lenguaje algunas veces incoherente; enlentecimiento mental
 5. **Desorientación severa** (por ejemplo, incapacidad para reconocer a familiares); riesgo de accidentes; habla incomprensible; obnubilación o estupor

Problemas por enfermedad física o discapacidad

- Incluye enfermedades o discapacidades de cualquier causa que limiten o impidan el movimiento, o deterioren la capacidad visual o auditiva, o que de otra manera interfieran con la autonomía personal.
- Incluye los efectos secundarios de la medicación; los efectos del consumo de drogas/alcohol; las discapacidades físicas derivadas de accidentes o de autolesiones asociadas a problemas cognitivos, conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, etc.

- **No incluye los problemas mentales o conductuales puntuados en la Escala 4.**

1. **Ningún problema de salud física** durante el periodo evaluado
2. **Problema menor de salud durante dicho periodo** (por ejemplo, resfriados, caídas de poca importancia, etc.)
3. **Problema de salud física que provoca limitación leve** de la movilidad y actividad
4. **Grado moderado de limitación** de la actividad debido a un problema de salud física
5. **Incapacidad severa o completa** secundaria a un problema de salud física

Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones

- Incluye alucinaciones e ideas delirantes independientemente del diagnóstico.
- Incluye la conducta extraña o bizarra asociada a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes.
- **No incluye la conducta agresiva, destructiva o hiperactiva atribuible a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, que se puntúa en la Escala 1.**

1. **No hay evidencia de alucinaciones**, ideas delirantes durante el periodo evaluado. Adecuada respuesta al tratamiento. Se observa una relación entre el tratamiento y una mejora sintomatológica.
2. **Creencias excéntricas o en alguna medida extrañas no congruentes** con el ambiente cultural de la persona.
3. **Ideas delirantes o alucinaciones** (por ejemplo, voces o visiones) presentes, pero originan escaso malestar o conducta bizarra en la persona, es decir clínicamente presente pero de forma leve. Resistencia ligera al tratamiento. Con oscilaciones temporales. Crisis periódicas poco relacionadas con el tratamiento.
4. **Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o las alucinaciones**, que originan mucho malestar y/o se manifiestan en una conducta bizarra obvia, es decir problema de moderada severidad clínica. Resistencia grave. El tratamiento disminuye poco la sintomatología o existen abundantes crisis aún no abandonando el tratamiento.
5. **El estado mental y la conducta de la persona están seria y negativamente afectados** como consecuencia de las ideas delirantes o de las alucinaciones, con una repercusión severa sobre la persona. Resistencia muy grave o refractariedad al tratamiento con mala o nula respuestas. Sintomatología resistente a pesar del tratamiento, o crisis continuas a

pesar de recibir una adecuada medicación

Otros problemas mentales o conductuales

- Puntuar únicamente el problema clínico más severo que no haya sido considerado en los ítems anteriores como sigue. Especificar el tipo de problema consignando la letra apropiada: A) fóbico; B) ansiedad; C) obsesivo-compulsivo; D) depresión; E) disociativo; F) personalidad; G) alimentación; H) sueño; I) sexual; J) otros, especificar.

1. **Sin evidencia de cualquiera de estos problemas** a lo largo del periodo evaluado
2. **Problemas menores** solamente
3. **Problema clínicamente presente con intensidad leve** (por ejemplo, el paciente tiene un cierto grado de control). A menudo, varias veces al mes muestra conductas inapropiadas
4. **Crisis o malestar severo frecuente** (se da mínimo al mes) o aunque se de forma ocasional conlleva pérdida de control (por ejemplo, se ve obligado a evitar por completo situaciones que generan ansiedad, pedir ayuda a un vecino, tristeza severa con fuertes ideas de culpa, está tenso/a y ansioso/a mucho tiempo, y ello le impide funcionar en ciertas áreas importantes de su vida, presenta conductas sexuales marcadamente inapropiadas bastante a menudo). Es decir, nivel de problema moderadamente severo, frecuente y con escaso control.
5. **Problema grave que domina la mayoría de las actividades** y le impide hacer casi cualquier cosa y le afecta constantemente.

Responsabilidad ante el tratamiento

(Existencia de responsabilidad ante el tratamiento psiquiátrico, preocupación por su propio tratamiento, (asistencia a citas, cumplimiento de prescripciones, manejo autónomo de su relación terapéutica), control y manejo de la medicación).

1. **Buen nivel de responsabilidad.** Acude a las citas, maneja su relación de forma autónoma y cumple las prescripciones adecuadamente. Se autoadministra la medicación autónoma y correctamente.
2. **Existe**, aunque disminuida y relacionada con aspectos parciales de su tratamiento. **Necesita apoyo para mantener su tratamiento.** Se administra la medicación con apoyo (con crítica parcial de ella) o se la administra correctamente con periodos de desatención.
3. **Deficiente responsabilidad ante el tratamiento.** Precisa apoyo importante para la toma continua de la medicación.
4. **Responsabilidad ante el tratamiento muy deficiente**, aunque si existe la percepción de la necesidad de cierta ayuda. Acude a las citas cuando se le insiste, suele ir acompañado, y necesita supervisión para cumplir con la prescripción de forma correcta.
5. **Nula responsabilidad ante el tratamiento.** No quiere ir a las citas, y si va es obligado, por orden judicial. Sólo se toma la medicación si se le obliga o se le suministra sin que se dé cuenta. También se incluirán a los sujetos que tomen abusivamente la medicación con o sin finalidad autolítica.

Higiene personal

(Manejo de la higiene personal: Aseo y cuidados personales: higiene y aspecto personal en general)

1. **Aseo y cuidados personales adecuados**, mantiene su higiene personal de forma autónoma y correcta.
2. **Aseado**, aunque con oscilaciones variables. Requiere supervisión ocasional.
3. **Su higiene personal es irregular**, frecuentemente desaseado; presenta oscilaciones importantes. Supervisión frecuente.
4. **Evidentemente desaseado y descuidado**. Mantiene su aseo personal solo bajo supervisión y genera discusiones, solo lo hace obligado.
5. **Aspecto desaseado que despierta rechazo** en la mayoría de los que le rodean. Precisa alta supervisión. Es una fuente de conflictos y con necesidad de supervisar físicamente la ejecución de la higiene.

Cuidados básicos de salud

(Autonomía en el cuidado y manejo de su salud física. Existencia de consumo exagerado de sustancias no consideradas socialmente como droga pero cuya ingesta masiva puede perjudicar la salud (café, Coca-Cola, té, cigarrillos, refrescos, chucherías; dependencias patológicas)

1. **Hábitos de vida saludables** con adecuado cuidado de su salud. Consumo adecuado de otras sustancias no consideradas como drogas.
2. **Leve descuido en los hábitos de vida saludables**. Consumo de tales sustancias ligeramente por encima de lo normal.
3. **Deterioro importante** de los hábitos de vida saludables.
4. **Grave deterioro** de los hábitos de vida saludables (consumo excesivo de sustancias no consideradas como drogas, no acude al médico cuando está enfermo, etc).
5. **Hábitos de vida insanos muy acentuados**. Consumo exagerado y lesivo de sustancias no consideradas socialmente como drogas.

Estructuración del sueño:

(Grado de estructuración de sus hábitos de sueño. Exceso o defecto en el número de horas dormidas, respecto de los horarios).

1. **Existencia de sueño estructurado** y adecuado en tiempo y forma. Respecto de horarios habituales.
2. **Sueño ligeramente desestructurado**, alteraciones leves y esporádicas en el ritmo o frecuencia.
3. **Sueño desestructurado importante**; oscilaciones en el ritmo o frecuencia.
4. **Sueño muy desestructurado**, alteración grave por exceso o defecto. No responde a los ritmos habituales para el sueño.
5. **Sueño totalmente desestructurado**. Permanece acostado a horas no habituales y/o permanece sin dormir en horarios de sueño.

VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE GRAVEDAD

Esta escala se ha dividido en 4 secciones que determinan los tres ejes de gravedad anote las puntuaciones según las indicaciones que aparecen a continuación.

Sección A: CONDUCTUAL

La puntuación de este eje se obtiene del sumatorio de $a.1 + a.2 + a.3 =$ _____

Si la puntuación obtenida es ≥ 6 o la puntuación en **a.1.** o **a.2.** es ≥ 3 **SE CONSIDERA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE GRAVEDAD.**

Sección B: DETERIORO

La puntuación de este eje se obtiene del sumatorio de $b.4 + b.5 =$ _____

Si la puntuación obtenida es ≥ 4 o si la puntuación en **b.5** es ≥ 3 **SE CONSIDERA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE GRAVEDAD.**

Sección C: CLÍNICO

La puntuación de este eje se obtiene del sumatorio de $c.6 + c.7 + c.8 =$ _____

Si la puntuación obtenida es ≥ 6 o si la puntuación en el subapartado **c.6** o **c.7.** es ≥ 3 **SE CONSIDERA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE GRAVEDAD.**

Sección D: CUIDADOS

La puntuación de este eje se obtiene del sumatorio de $d.9 + d.10 + d.11 =$ _____

Si la puntuación obtenida es ≥ 6 , o si la puntuación de **d.9** es ≥ 3 , **SE CONSIDERA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE GRAVEDAD.**

ESCALA ECG

SECCIÓN	ÍTEMS	PUNT. ÍTEMS					PUNT. TOTAL, EN SECCIONES	PUNTUA PARA CRITERIOS DE GRAVEDAD SI/NO
		0	1	2	3	4		
A) Problemas Conductuales (0-12) Gravedad si ≥ 6 o a.1 ó a.2. ≥ 3	a.1. Agresividad						PT A:	☐ SI ☐ NO
	a.2. Autoagresión							
	a.3. Uso de sustancias							
B) Deterioro (0-4) Gravedad si > 4 o b.5 ≥ 3	b.4. Disfunción cognitiva						PT B:	☐ SI ☐ NO
	b.5. Discapacidad física							
C) Problemas Clínicos (0-12) Gravedad si ≥ 6 o c.6 o c.7. ≥ 3	c.6. Alucinaciones e ideas delirantes						PT B:	☐ SI ☐ NO
	c.7. Otros síntomas Especificar el tipo de trastorno: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J							
	c.8. Responsabilidad tratamiento							
D) Cuidados (0-12) Gravedad si ≥ 6 o d.9 ≥ 3	d.9. Higiene personal						PT C:	☐ SI ☐ NO
	d.10. Cuidados de salud							
	d.11. Estructura de sueño							
		Puntuación total (0-44)						

NIVELES DE GRAVEDAD

NIVELES DE GRAVEDAD	REQUISITOS	
GRAVEDAD 1	Puntúa solo en una sección	MODERADA
GRAVEDAD 2	Puntúa al menos en 2 secciones O puntúa solo en 1 sección si es A o B	ALTA
GRAVEDAD 3	Puntúa en ≥ 3 secciones O puntúan 4 en cualquier ítem de la sección A, B o C	SEVERA

ANEXO 2. HERRAMIENTA DE ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD EN PISOS SUPERVISADOS

El objetivo de este instrumento es tener un instrumento de evaluación de la calidad en pisos supervisados de Grupo 5. Debe ser útil para los/as responsables que quieran evaluar sus recursos de cara a mejorarlos. También puede ser útil para evaluaciones de la calidad y para auditorías del recurso.

Los criterios que parecen aquí son indicadores de calidad.

Se hace la evaluación en una escala de tres puntos: 0=ausente; 1= Parcialmente presente; 2= presente.

En la última hoja hay puntos de corte para cada nivel de calidad. Una calidad adecuada es cuando se alcanza una puntuación mínima del 80% sobre el máximo posible, media si se alcanza una puntuación entre 60% y 79%; aceptable si está entre el 40% y el 59%; y por debajo del 40% es inaceptable.

Esta evaluación no cubre la evaluación de calidad de programas e intervenciones. Se centra en la evaluación de servicios y en la fidelidad o cumplimiento del modelo

ENTORNO FÍSICO

1. Cumple con los estándares de **protección y seguridad** marcados desde el Departamento de Prevención de Grupo 5.
2. Los espacios son **accesibles para personas con dificultad** de movilidad
3. **No hay más de 5 residentes** en el piso.
4. El **espacio es suficiente** para el número de residentes.
5. Hay espacio para **recibir visitas**.
6. Hay espacio para **realizar actividades de recreo / ocio**.
7. Hay espacios comunes que **permiten la convivencia**.
8. Los espacios permiten la **intimidad de las personas**.
9. Cada residente **tiene su espacio específico** (armarios, cajones) para alojar sus pertenencias personales.
10. La **decoración y el mobiliario están cuidadas** y responden a criterios normalizados.
11. Los **suministros básicos de agua y electricistas** son suficientes y está asegurado.
12. Hay **disponibles instrucciones de funcionamiento y mantenimiento** de las instalaciones.
13. Las instalaciones **garantizan una climatología adecuada** para el frío y para el calor.
14. Los **baños son suficientes para el número de residentes**.
15. Los espacios **comunes están limpios** y hay un plan de limpieza programado.

- 16. Las **habitaciones están limpias** y ordenadas.
- 17. Las habitaciones **son individuales y como máximo dobles**
- 18. Los baños están **limpios y hay un plan de limpieza** e higiene de estos.
- 19. La **equipación de las habitaciones** es suficiente.
- 20. La **equipación del salón** es suficiente.
- 21. La **equipación de la cocina** y los electrodomésticos es suficiente.
- 22. Hay un **kit de primeros auxilios**.
- 23. Los **productos peligrosos** están guardados en lugar adecuado.
- 24. La cocina cumple con **estándares adecuados para la higiene** y manipulación de alimentos.

ORGANIZACIÓN

- 25. Existe una política escrita sobre el **modelo de atención del recurso y está disponible** para las personas usuarias.
- 26. Hay un sistema que **garantiza las sugerencias**, quejas y aportaciones de los residentes.
- 27. Las características, condiciones y descripción del recurso están descritas y disponibles para el personal.
- 28. Las **funciones están especificadas** para el personal encargado del piso.
- 29. Hay un **sistema de supervisión del piso** desde el responsable con una periodicidad establecida.
- 30. El procedimiento para la **protección de datos y confidencialidad** de la información que se maneja los residentes está escrita y es conocida.
- 31. Los registros escritos de los usuarios **se mantienen actualizados** adecuadamente.
- 32. Hay un **procedimiento escrito** para saber cómo actuar ante episodios violentos.
- 33. Hay un **procedimiento escrito** para saber cómo actuar ante episodios de descompensación psicopatológica.
- 34. Hay disponible un **procedimiento escrito** para gestionar las quejas de los residentes.
- 35. Hay escrito un **reglamento de normas** de convivencia.
- 36. La **rutina doméstica** tiene el objetivo de atender a las necesidades y preferencias de los residentes más que facilitar la organización del personal.
- 37. **Los y las educadoras reciben formación**. Todo el personal ha sido entrenado en comprender las necesidades de las personas con enfermedad mental y el trato adecuado para manejar la alianza.
- 38. Todo el personal ha **sido entrenado en primeros auxilios**.

- 39. El personal tiene posibilidad de hablar con los superiores y tratar las dificultades que tienen en el trabajo con los residentes
- 40. Anualmente **el personal realiza un análisis para identificar** las fortalezas y debilidades en relación con sus objetivos.

PROCESO DE ATENCIÓN

- 41. Los futuros residentes **pueden visitar las instalaciones** antes de su admisión.
- 42. Se hace una **evaluación completa de las necesidades** físicas, emocionales y sociales.
- 43. Los residentes **tienen garantizadas sus revisiones médicas** de salud.
- 44. Hay un **protocolo de acogida** para los nuevos residentes para darles la bienvenida.
- 45. El personal **se dirige a las personas usuarias de** manera educada, positiva y respetuosa.
- 46. Se trata de que haya el **menor número de reglas** y normas en el recurso.
- 47. Se **da atención y apoyo individualizado a las personas** en función de las dificultades en las AVD's de cada residente.
- 48. Se **supervisa que las comidas cumplan** los requerimientos nutricionales adecuados
- 49. Las personas que **tienen necesidades especiales nutricionales** tienen facilidad para hacerse su comida.
- 50. Todas las personas usuarias tienen un **plan individual de rehabilitación** que han firmado y han consentido formalmente.
- 51. Existe un **sistema de evaluación del trato recibido** que se pasa como mínimo anualmente.
- 52. Los planes individuales están **escritos para cada residente y son conocidos** por todo el equipo.
- 53. Los residentes tienen la posibilidad de **plantear objetivos y preferencias** en el plan de atención y en sus revisiones.
- 54. Hay **reuniones regulares del equipo** para discutir los planes individuales de los residentes.
- 55. Hay mecanismos que **garantizan el apoyo rápido y accesible** si hay un episodio de **violencia auto o heteroagresivo**.
- 56. Hay mecanismos que **garantizan el apoyo rápido y accesible**, atención a la urgencia si hay un episodio de **descompensación**.
- 57. Hay mecanismos claros de **participación en la toma decisión y el diseño** de las rutinas y las normas de convivencia.
- 58. Todos los residentes tienen **posibilidad de acceder a los servicios sanitarios y sociales** de la comunidad.
- 59. Los residentes tienen **actividades positivas y ocupaciones durante el día**.

60. Cuando un residente está enfermo **se supervisan las necesidades** y se da apoyo para su recuperación.
61. Las normas **culturales, religiosas y costumbres** de cada residente son respetadas.

RELACIONES CON FAMILIAS Y CON LA COMUNIDAD

62. Las familias tienen la posibilidad de **hablar del cuidado de los residentes** con un responsable del equipo.
63. Se anima y trabaja para que **las familias se involucren y participen** en el plan de rehabilitación del residente.
64. Cuando se necesita apoyo por parte de la familia **el personal esta accesible**.
65. Se **mantienen contactos regulares y coordinaciones** con otros servicios de tratamiento y rehabilitación de la comunidad para ayudar a satisfacer las necesidades de los residentes.

DERECHOS

66. No existe **ningún tipo de discriminación** dentro del piso.
67. Cada residente **recibe cuidados de salud general** adecuadas a sus necesidades según los mismos estándares que cualquier persona.
68. Todos los residentes **han sido informados de sus derechos**.
69. Existen en el centro mecanismos para **chequear y monitorizar que no haya violación de derechos** en los residentes.
70. Las personas del piso **pueden decidir sobre las rutinas, horarios y normas** de este.
71. Todas las personas que residen en el piso **lo hacen voluntariamente**.
72. Se protege la **confidencialidad de los residentes** entre ellos y en la comunidad de vecinos.
73. Existe con **código de conducta y reglamento** sancionador para el personal que haga un mal trato a los residentes.
74. **No existen lugares de aislamiento o castigo** dentro de la vivienda.
75. **No se ejerce el castigo** como medida de control de las conductas.
76. Las visitas de los profesionales al piso son **informadas con anterioridad y consentidas por los residentes**.



GUÍA DE ATENCIÓN EN PISOS SUPERVISADOS PARA SALUD MENTAL

GRUPO5

