

Guía de
Pisos supervisados

Guía técnica de organización de la atención y funcionamiento en Pisos supervisados para personas con enfermedad mental

(Con especial referencia a
aquellos Pisos que no están
vinculados a Residencias)



Dirección General de Servicios Sociales
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

Autores

Esta Guía es el esfuerzo colectivo de un grupo de profesionales que pertenecen a la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Para la elaboración de este documento se formó un grupo de trabajo integrado por los coordinadores, responsables y profesionales de referencia de la gestión y funcionamiento de los Pisos supervisados que están funcionando sin depender o estar vinculados con las distintas Residencias:

Participantes en el Grupo Redactor:

- Abelardo Rodríguez González. Coordinador de la edición. Coordinador Técnico de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid
- Jose Luis Jiménez Rodríguez. Director CRPS, CD, EASC y PS Aranjuez
- Antonio Perdigón. Director EASC y PS Leganés
- Gema Ledo Gamallo. Directora EASC y PS Arganda
- Francisco J. Recalde. Director PRISEMI
- Eva María Pizarro Bernal. Directora CD, CRL, EASC y PS Usera
- Luz María Montoro Rico. Coordinadora EASC I, CD y PS Usera
- Leticia Quevedo Serena. Coordinadora EASC y PS Coslada-San Fernando
- Margarita Rullas Trincado. Directora CRPS, EASC y PS Coslada-San Fernando (Coordinadora del Grupo)



Realizado en el taller de diseño
del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera



© 2012

Índice

1. Introducción	7
2. Contextualización	11
3. Vías de entrada a pisos supervisados sin vinculación expresa a mini-residencias.	13
4. Perfiles de derivación a pisos supervisados.	17
5. Estilo de atención en el trabajo en pisos supervisados.	19
6. Funciones de los profesionales.	21
7. Procedimientos de incorporación y evaluación funcional.	23
8. Procesos de Intervención.	33
9. Última fase: Criterios de alta y baja.	65
10. Bibliografía	71
11. Anexos	75

1. Introducción

Abelardo Rodríguez González

Coordinador Técnico de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera
Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid

Las personas con enfermedad mental grave y duradera (como esquizofrenia, otras psicosis y otros trastornos mentales graves) presentan diferentes problemáticas y necesidades tanto sanitarias como sociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales presentan discapacidades psicosociales que se expresan en dificultades en su autonomía personal y social, en sus relaciones interpersonales, en su integración laboral, en la pérdida de redes sociales de apoyo y en limitaciones a su participación e integración y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social, sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas.

La adecuada atención integral a las distintas necesidades de las personas con enfermedad mental grave y crónica exige una red de dispositivos tanto sanitarios como sociales que operan de modo complementario para atender en cada momento las distintas problemáticas sanitarias y sociales que, en los distintos momentos de su evolución presentan las personas con enfermedad mental grave y crónica y ofrecen apoyo a sus familias.

La coordinación y colaboración entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales es una pieza esencial para asegurar la atención integral a las diferentes necesidades de la población con enfermedades mentales graves y crónicas. Para ello se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben asentar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos; y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, dado que en muchos casos como la problemática de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios.

La Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Servicios Sociales, está, desde hace más de dos décadas, firmemente comprometida en la atención social a las personas con discapacidad por enfermedad mental y en el apoyo a sus familias.

Para ello viene prestando atención social a las personas con enfermedad mental grave y duradera a través de una serie de centros y recursos de atención social especializada que dan respuesta a las diferentes necesidades psicosociales, laborales, residenciales y sociales de estas personas y apoyar su integración social, trabajando en una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Servicios de Salud Mental.

Esta experiencia de más de veinte años de promoción y desarrollo de recursos se ha ido consolidando en la **Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera**. Esta red ofrece atención social gratuita a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración por causa de trastornos mentales severos, que son derivadas desde los servicios de salud mental de la red pública sanitaria como

responsables de su tratamiento y seguimiento psiquiátrico. Actualmente esta Red cuenta con cerca de 5.630 plazas en unos 200 centros y recursos de atención social especializada, distribuidos territorialmente y en los que trabajan más de 1.260 profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, maestros de taller, etc.)

La Red pública de atención social a personas con enfermedad mental cuenta con diferentes tipos de centros y recursos que ofrecen, en régimen de atención diurna (centros de rehabilitación psicosocial, centros de día de soporte social, centros de rehabilitación laboral) y de atención residencial (residencias, pisos supervisados y plazas de alojamiento en pensiones), distintos programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de estas personas. Asimismo, cuenta con servicios complementarios, como los equipos de apoyo social comunitario que son una iniciativa innovadora, para ofrecer atención social en el propio domicilio y en el entorno a las personas con mayores dificultades sociales a fin de mejorar su calidad de vida, su mantenimiento en la comunidad y su vinculación a la red de atención. También se desarrollan programas y recursos específicos de apoyo a la reinserción social de personas sin hogar con enfermedad mental grave.

Esta Red está pues conformada por una amplia y diversificada tipología de centros y recursos sociales específicos y especializados y que se distribuyen territorialmente de forma equilibrada en las diferentes zonas de la Comunidad de Madrid.

Uno de los principales ámbitos de necesidad social de este colectivo de personas con enfermedad mental grave es el que tiene que ver con el APOYO AL ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA. En efecto, muchas de las personas con trastorno mental grave y persistente tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Ante esto, es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.

Por todo ello una de las áreas de intervención de la citada Red es la atención a las necesidades residenciales y de apoyo al alojamiento para lo cual se han diseñado y puesto en marcha los siguientes tipos de centros y recursos de atención residencial y apoyo al alojamiento:

- *Mini Residencias (MR)*: Centro residencial comunitario flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades. Así como atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión las 24 horas del día.
- *Pisos supervisados (PS)*: Alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos normales en los que residen 3 ó 4 personas con enfermedad mental recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten.
- *Plazas supervisadas en Pensiones (PC)*: A través del concierto de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos intentado evitar procesos de marginación.

En estos momentos se cuenta con distintos centros y recursos residenciales y de apoyo al alojamiento con un total de cerca de 800 plazas que incluyen 21 MiniResidencias, 60 Pisos supervisados y también 22 plazas en Pensiones, asimismo dentro de la Red se cuenta con

Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) que tienen como una de sus principales funciones ofrecer atención y apoyo psicosocial en el propio domicilio para favorecer el mantenimiento en su entorno en las mejores condiciones de vida y autonomía de personas con enfermedad mental. Se cuenta con un total de 38 Equipos de Apoyo Social Comunitario con un total de 1.140 plazas, distribuidos en todos y cada una de los distritos de la Comunidad de Madrid.

Las MiniResidencias en la Comunidad de Madrid comenzaron su andadura en enero de 1990 con la puesta en marcha de la primera de ellas con la vocación de organizar un centro abierto, flexible y con un ambiente lo más familiar posible y en el que se buscaba no sólo ofrecer atención básica de alojamiento y manutención sino ser también un espacio y un recurso orientado a la rehabilitación comprometido por tanto con ayudar a las personas atendidas en ellas a mejorar su autonomía y calidad de vida; y hoy dos décadas después, con más de 20 centros en funcionamiento, han demostrado con creces su utilidad, su flexibilidad, su polivalencia y su eficacia convirtiéndose en un modelo de referencia en nuestro país para la atención residencial comunitaria de las personas con enfermedad mental.

Los Pisos Supervisados igualmente iniciaron su andadura también a principios de los años 90 con la puesta en marcha de un primer piso el año 1992, se llegó al año 2003 con 10 pisos y desde 2003 se logró un gran desarrollo de nuevos pisos llegando al momento actual con un total de 60 Pisos con 240 plazas (incluyendo los 5 pisos con 20 plazas específicos para el grupo de personas con trastorno mental en situación de exclusión sin hogar).

Con los pisos supervisados se pretende ofrecer una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte, completada con una supervisión flexible y ajustada a las diferentes necesidades de cada piso, 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 con trastorno mental atendidos en los mismos.

A lo largo de los años en la experiencia de funcionamiento de los Pisos Supervisados se fue evidenciando la pertinencia de que, en la medida de lo posible, los Pisos supervisados funcionaran vinculados con las Residencias organizándose ambos recursos de un modo coordinado y complementario conformando un continuo de atención residencial comunitaria y apoyo al alojamiento. Desde este planteamiento los Pisos supervisados funcionarán como una alternativa de alojamiento que sirva de complemento y apoyo a la Residencia y que facilite el proceso de integración y normalización de los usuarios.

Por ello a partir del 2003 el mayor crecimiento de Pisos supervisados se hizo con la creación de pisos vinculados a las nuevas Residencias que se iban poniendo en marcha o a las ya existentes. Sin embargo por distintos motivos (necesidad de poner en marcha pisos en zonas donde aún no había residencias, o especificidad de los pisos para personas sin hogar con trastorno mental del proyecto Prisemi, etc.) existen actualmente un pequeño grupo de Pisos supervisados que no están vinculados con las Residencias y que suponen unas 65 plazas es decir un 27% del total de las 240 plazas de los 60 Pisos supervisados actualmente existentes.

Pues bien de la peculiaridad y especificidad de este Grupo de Pisos no vinculados a Residencias surgió la idea de elaborar un documento técnico que sirviera de guía práctica sobre la organización del funcionamiento y de los procesos de atención en los Pisos supervisados y en especial en aquellos que no cuentan con la vinculación y apoyo de una Residencia

Conviene recordar que en estos años se han ido desarrollando distintas publicaciones de la experiencia del trabajo de las MiniResidencias y Pisos supervisados; entre ellas merece ser destacada la publicación en 2007 en la serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (Nº 23) del manual práctico titulado: "*ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA Y APOYO AL ALOJAMIENTO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA: Recursos residenciales y Programas básicos de intervención*", promovida desde la coordinación de la citada Red de atención social a personas con enfermedad mental con la activa participación de los profesionales de los citados tipos de centros de atención residencial (MiniResidencias y Pisos supervisados) en su redacción y desarrollo.

Esta **Guía Práctica de Pisos supervisados** viene a completar el citado cuaderno técnico y a desarrollar de un modo más específico los criterios de organización y funcionamiento de los Pisos supervisados y las pautas metodológicas y técnicas de intervención a desarrollar en las distintas fases de la intervención con los usuarios atendidos en los mismos. Y aunque fue elaborada desde la peculiaridad de los Pisos supervisados no vinculados a Residencias, sirve también de un modo general como guía para el trabajo en el conjunto de los Pisos supervisados de la Red.

El documento finalmente elaborado con esta Guía de Pisos supervisados logra ofrecer un instrumento práctico, claro y útil para ayudar a los profesionales que trabajan en este tipo de recursos de apoyo al alojamiento, pisos supervisados, a articular una adecuada organización y funcionamiento de los pisos y a desarrollar los procesos de intervención de atención psicosocial para promover la mejora de la autonomía y el funcionamiento: Se definen de un modo claro y preciso los principios e ideas claves que configuran el estilo de atención en los Pisos supervisados y las actuaciones a realizar en las distintas fases de los procesos, desde la derivación, a la selección y preparación de los usuarios que van a pasar a residir y convivir en un Piso supervisado, a la evaluación y la planificación de la atención, la intervención propiamente dicha y la fase final de alta o baja y salida del Piso. Además la Guía se complementa con un conjunto de anexos prácticos con ejemplos de registros y protocolos de actuación.

Se trata pues de una Guía que puede servir como un excelente y práctico instrumento metodológico para el desarrollo y mejora de los procesos y las intervenciones que han de realizarse en los recursos de atención residencial, del tipo Pisos supervisados, y que viene a ayudar a los profesionales que trabajan en este tipo de recursos y a todos aquellos que en la Comunidad de Madrid o en el resto del Estado español tienen interés en el desarrollo de programas e intervenciones de calidad en los recursos de alojamiento comunitarios comprometidos con la mejora del funcionamiento, la recuperación, la integración y la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave.

Madrid, Julio de 2012

2. Contextualización

Antonio Perdigón

La Comunidad de Madrid estableció el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre de 1997 (B.O.C.M. del 9 de Octubre de 1997) que regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica, en el que se establecen los objetivos, tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado Servicio.

De acuerdo con ello, el diseño establecido por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid a través de la *Red de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica (en adelante, la Red)*, los **Pisos Supervisados** (en adelante, PS) se conciben como centros o dispositivos que, desde un modelo comunitario de atención, ofrecen un marco residencial muy flexible para dar diferentes respuestas a las necesidades de alojamiento y soporte residencial de las personas con discapacidad derivada de una enfermedad mental grave de curso crónico. Es decir, son un recurso público que tiene como función fundamental cubrir las diferentes necesidades de alojamiento y soporte residencial de las personas con enfermedad mental grave y persistente que estén preparadas para acceder a dicho recurso y donde estas personas pueden vivir durante un período de tiempo más o menos largo, contando con el apoyo de un equipo interdisciplinar (monitores, psicólogo y director técnico) y con objetivos de mejora de la autonomía y funcionamiento y de promoción de la integración y normalización que complementan la atención que desde los servicios de salud mental se presta. Por su carácter comunitario (pisos situados en el propio entorno comunitario) y de capacidad limitada a unas 3-4 plazas, este modelo residencial ejemplifica las indicaciones a nivel europeo sobre el desarrollo de centros y dispositivos donde se apuesta por recursos integrados en el entorno comunitario.

Así mismo, en dicho decreto se recogen todos los derechos y deberes de los que podrán disfrutar y tendrán que cumplir respectivamente los usuarios de los Pisos Supervisados (Anexo 1)

3. Vías de entrada a los pisos supervisados sin vinculación expresa a la residencia

Antonio Perdigón

Una vez contextualizado el servicio, su estructura, finalidad, objetivos, y ámbitos de actuación y prestaciones pasamos a ver cuál es la organización de los pisos supervisados que no están vinculados a mini-residencias (quedaba pendiente articular en el trabajo diario todos estos aspectos).

Como en todos los demás recursos de la Red, la única vía de entrada es la derivación desde el Centro de Salud Mental de referencia. Así, desde el Servicio de Salud Mental de referencia se informa acerca de las personas con enfermedad mental que por sus características son susceptibles de derivación a un piso supervisado.

La presentación de usuarios candidatos pueden hacerla tanto directamente los Servicios de Salud mental responsables de los casos como desde la Residencia del Plan existente en el área u otro dispositivo residencial o rehabilitador y siempre previo acuerdo con los Servicios de Salud Mental de referencia. Es por tanto imprescindible que el propio Servicio de Salud Mental de referencia del usuario haga la propuesta de derivación en última instancia. A modo de ejemplo, y sin ser exhaustivos no se consideran derivaciones a estos dispositivos las realizadas por dispositivos como Samur Social, unidades de hospitalización breve, juzgados, etc., ya que estos supuestos romperían con la lógica coordinación y complementariedad entre estos dispositivos y el servicio de salud mental al que están vinculados. En las Comisiones de Rehabilitación se debatirán y valorarán aquellos usuarios que cumpliendo los perfiles establecidos y necesarios para poder residir en estos dispositivos, requieran el recurso de Pisos Supervisados. Las propuestas se acompañarán de un informe propuesta de derivación (cuyo formato se establecerá desde la citada Red) que incluirá información sobre el usuario propuesto: situación clínico-psiquiátrica, situación social y familiar, nivel de funcionamiento psicosocial, motivos que justifican la demanda de acceso, previsión de duración de la estancia y funciones y objetivos de la misma, así como previsión residencial a la salida del Piso cuando se trate de estancias transitorias. Se presentará como protocolo de derivación el plan de continuidad de cuidados.

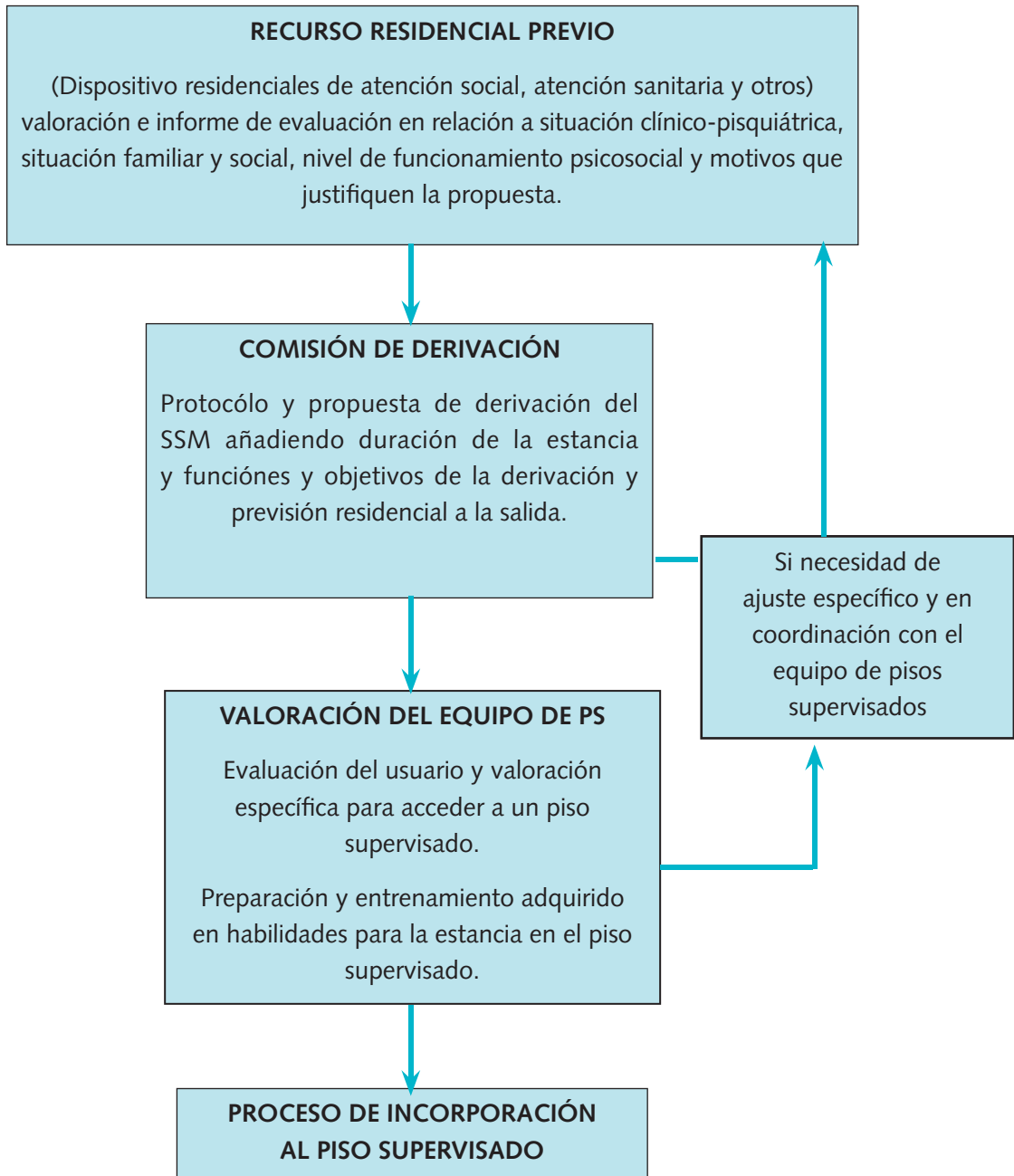
Todos los usuarios que pasen a vivir en los Pisos supervisados, firmarán un contrato de estancia en el que se recogerá su voluntariedad para vivir en el mismo durante la estancia que se haya acordado y su compromiso de respeto de los anteriores derechos y deberes así como cuantas indicaciones específicas sean relevantes en cada caso. Como caso particular cabe mencionar a las personas tuteladas y por tanto incapacitadas bien por entidades, organismos o los propios familiares. En estos casos el contrato antes mencionado será firmado por el usuario y persona física o jurídica responsable de su tutela y aceptado por ambos como condición previa y necesaria para pasar a residir a un piso supervisado. (ANEXO 2: CONTRATO DE ESTANCIA)

Los usuarios que acudan a estos PS seguirán siendo atendidos por el Servicio de Salud Mental en el marco de su programa de rehabilitación y continuidad de cuidados que es responsable de su atención, tratamiento psiquiátrico y seguimiento. Los PS a partir de este momento trabajarán en estrecha coordinación y complementariedad con la Residencia u otro dispositivo residencial de referencia para la zona, en la que se encuentra el usuario en ese momento, En esta línea y como norma general, los usuarios que puedan ser potenciales candidatos a ser atendidos en los pisos, pasarán por un proceso de evaluación y entrenamiento previo necesario. Así mismo y hasta la incorporación definitiva del usuario al piso supervisado, el recurso residencial previo y en coordinación con el equipo del piso supervisado garantizará la posibilidad de volver al recurso residencial de origen si así fuera valorado por ambos recursos y durante un tiempo previamente acordado en cada caso específico.

Finalmente como recomendaciones generales se consideran las siguientes:

1. Todos los candidatos serán derivados siempre desde SSM de referencia, independientemente de su situación residencial previa.
2. Necesidad de pasar siempre por recurso residencial previo de mayor capacidad de supervisión y excepcionalmente, si este no es el caso, bajo el acuerdo expreso entre el equipo de profesionales de los Pisos Supervisados y el Servicio de Salud Mental de referencia.
3. Necesidad de coordinación especialmente estrecha e intensa con el personal de referencia de su Servicio de Salud Mental y expresamente al inicio del acceso al recurso.
4. Necesidad de tener en cuenta en las distintas comisiones de coordinación con los responsables del programa de continuidad de cuidados del Servicio de Salud Mental y el equipo que atiende los Pisos supervisados sin vinculación a Mini residencia, que en aquellos casos en los que el usuario deba pasar a una Mini residencia tanto de forma temporal como indefinida, por motivos de objetiva necesidad consensuados previamente y por tanto se haga necesario la salida del piso supervisado, esta situación debería ser considerada de alta prioridad en relación a las plazas disponibles en las Miniresidencias que sean de referencia para dicho programa de continuidad de cuidados.
5. Para una mayor eficacia en la incorporación y posterior mantenimiento en el PS será necesario objetivar los apoyos que desde la mini-residencia de referencia se proporcionarán.

Cuadro resumen VIA DE ACCESO A PISOS SUPERVISADOS



4. Perfiles de derivación

Eva María Pizarro Bernal

El perfil general de derivación al recurso de Pisos Supervisados se caracteriza por ser personas de edades comprendidas entre 18 y 65 años, con una enfermedad mental grave y duradera y atendidas por un Centro de Salud Mental (Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados), cuya discapacidad en su funcionamiento psicosocial les impide o dificulta cubrir de manera totalmente autónoma sus necesidades de alojamiento y soporte, 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 de la Comunidad de Madrid no vinculados a una Miniresidencia:

1. Adecuada adherencia al tratamiento, entendiéndose como tal la toma de la medicación psiquiátrica y la asistencia a las citas médicas de forma voluntaria.

El equipo profesional organizará estrategias de supervisión y apoyo en los casos en que no exista una completa autonomía y/o conciencia de enfermedad.

2. No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos (físicos y verbales), ni problemas graves de toxicomanías o alcoholismo: evaluando para esto la existencia, tanto en el pasado como en el presente, de manifestaciones de conductas autoagresivas y heteroagresivas 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
3. 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 requieran un apoyo y supervisión 24 horas como el que ofrecen las Miniresidencias, dado el carácter de semi-supervisión de los Pisos,
4. Que no presenten enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica o de enfermería especializada y continuada; ni tener graves problemas de movilidad que imposibiliten la realización de las actividades de la vida diaria de forma autónoma.
5. Que posea 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.
6. Con un nivel de motivación tal 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, no debiendo ser aceptada la derivación

de un usuario tan sólo motivada, por ejemplo, por disponer de una orden de alejamiento de su familia.

7. Con predisposición a avanzar en su proceso de rehabilitación por medio de la incorporación a un Piso Supervisado de aquellos usuarios con largas estancias en Miniresidencias 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.

Este perfil general del recurso debe ser adaptado o ajustado a las necesidades específicas que se plantean en el marco de Pisos Supervisados no vinculados a una Miniresidencia y de la coordinación que se establezca con los Servicios de Salud Mental de referencia y con la Miniresidencia en la que haya estado residiendo el usuario previamente a la incorporación al Piso, así como con otros recursos de rehabilitación (CRPS, CRL, etc.) a los que el usuario sería recomendable que se vinculara, en función de las necesidades detectadas.

5. Estilo de atención

Margarita Rullas Trincado

Los profesionales que trabajan con personas con TMG no sólo tienen que tener una fuerte preparación técnica en la que apoyar su trabajo, sino también un entrenamiento en estilo de atención que favorezca la aplicación de estas técnicas con cada una de las personas con las que se trabaja.

Cuando el contexto de intervención es un piso supervisado esto se muestra quizá todavía más relevante. Debemos situarnos en un marco general compatible con la filosofía de rehabilitación que nos lleve a una concepción ideológica que luche por lo normalizador, fuera de prácticas sobreprotectoras en las que se infantilice al usuario del piso.

Este estilo de atención tiene unos componentes claros, que en cada uno de los usuarios podemos acomodar a sus propias características personales; lo que nos ha servido para uno no nos sirve para otros. Por eso, debemos ser flexibles, tener buenas habilidades de escucha y haber hecho una evaluación exhaustiva que nos de las pistas de cuáles van a ser las claves del éxito en nuestra intervención y cuál es la habilidad que con cada uno de ellos vamos a emplear para que esto sea más efectivo.

Nuestro estilo de atención debe favorecer la mejora de la salud, la adaptación de cada usuario a las normas del piso y fomentar la socialización y el compañerismo entre ellos, por eso, es importante, como veremos en otro apartado, tener un estilo asertivo, no mantener conductas tendentes al aislamiento, fomentar desde el principio los espacios comunes, dando una gran importancia a estos así como a la integración en la comunidad, trabajar no sólo para favorecer el enganche al piso sino la integración fuera de este recurso.

Es fundamental en el trabajo con usuarios de pisos tener una posición de respeto hacia el usuario, esto no quiere decir tolerar conductas desajustadas. Es importante avisarle siempre antes de aplicar alguna consecuencia, el usuario debe saber cuáles serán las consecuencias que tienen las decisiones o las conductas que tengan en la convivencia o en el buen o mal uso del recurso.

Una de las características también de este contexto es la rapidez a veces que se nos pide en la toma de decisiones, nuestro papel es de mediador, nunca el monitor de un piso es uno más dentro del piso; consensúa, facilita la toma de decisiones de los componentes de la vivienda, intenta ayudar a resolver problemas pero no da la fórmula final. Podríamos caer en la tentación de dar soluciones rápidas, no preguntar, hacer valer nuestro criterio sin razonar, imponiéndolo, de tal manera que podemos fomentar y hacer a estas personas dependientes de nosotros en exceso.

Los usuarios que no tienen familia o red social tratan de paliar esta falta de familia demandando que el equipo que interviene con ellos asuma algunas funciones de la familia: apoyo emocional, compañía, relación social, apoyo y supervisión en la realización de actividades, función de modelo de referencia, prestar atención, preocuparse por si se encuentra mal, reforzarle si hace bien las cosas, pensar en su futuro, etc. y los profesionales deben estar atentos a estas demandas.

Es importante reconocer la importancia de esas necesidades y los efectos que puede tener (tanto en la vinculación terapéutica como en el proceso de reinserción del usuario) el posicionamiento del equipo a favor o en contra de atender a ellas. Es inevitable que en ocasiones el equipo atienda a esas necesidades, pero siempre hay que tratar de no abandonar el rol profesional y no caer en un rol paternalista.

RECOMENDACIONES

1. Estilo de interacción asertivo.
2. No tener conductas sobreprotectoras, que hacen al usuario dependiente del profesional.
3. No permitir conductas de aislamiento dentro del grupo.
4. Interesarnos por los acontecimientos de su vida, buscar temas en común (fútbol, series de TV, deporte...) que favorezcan la interrelación y el enganche.
5. Postura de empatía, amabilidad, respeto, favoreciendo la mejora de la calidad de vida.
6. Dar mensajes claros, ser consecuentes con lo que se les dice, ser firme en las consecuencias que se impongan, ayudándole si es necesario, a llevarlas a cabo.
7. Utilizar el modelado en nuestras intervenciones, en la solución de conflictos o en la organización doméstica.
8. Propiciar un rol activo en su proceso de atención.

6. Funciones de los profesionales

Eva María Pizarro Bernal

El equipo de profesionales del que, con carácter general, se compone el recurso de Pisos Supervisados está formado por un psicólogo responsable de los casos, y educadores/monitores que llevan a cabo en el día a día la intervención con los usuarios atendidos y un director técnico del servicio.

Las **funciones propias del psicólogo** responsable son las siguientes:

1. El contacto y la vinculación del usuario al recurso, y la evaluación de prerequisites básicos en colaboración con los demás profesionales para garantizar que el usuario derivado cumple el perfil general de acceso al recurso
2. La realización de una evaluación completa del usuario en las áreas descritas en el apartado de evaluación del presente documento
3. El diseño, implementación y evaluación del Plan Individualizado del usuario, así como el seguimiento del logro de los objetivos definidos en el Plan
4. La tutorización y seguimiento de cada caso
5. La colaboración con la Dirección Técnica en la coordinación con el Centro de Salud Mental de referencia, recursos de la red de rehabilitación a los que el usuario ha asistido y asista, y otros servicios y recursos vinculados a cada caso
6. La implementación de los programas que requieran de la presencia de un psicólogo en el Piso y en el entorno del usuario, para mejorar la autonomía personal y social y garantizar el mantenimiento en la vivienda.
7. La formación y supervisión del resto de profesionales que componen el equipo.

Las **funciones propias del educador / monitor** son las siguientes:

1. La participación en la evaluación de aspectos funcionales de los usuarios de los Pisos según los establecidos con el psicólogo responsable, llevando a cabo sesiones específicas de evaluación y recogiendo toda la información necesaria para conocer el desempeño de la persona en diferentes áreas, como puede ser la evaluación de la realización de una tarea de limpieza muy concreta previa a la incorporación del usuario al Piso, para conocer el desempeño in situ del usuario y organizar los apoyos iniciales necesarios
2. La colaboración en el diseño de los Planes Individualizados de los usuarios de los Pisos.
3. El diseño, en colaboración con los miembros del equipo, de los programas que después vayan a ejecutar.
4. La supervisión del piso y atención y apoyo en el domicilio y en el entorno.

5. El acompañamiento y apoyo individualizado a los usuarios en el funcionamiento y en todos los aspectos de la atención en los Pisos, así como en el entrenamiento de los usuarios en la realización de tareas domésticas (limpieza y orden de los espacios propios y comunes, organización doméstica, preparación de menús y comidas, compra, etc.)
6. El apoyo a la utilización e integración en recursos comunitarios. Acompañamiento y apoyo a la vinculación del usuario con el Centro de Salud Mental y en el resto de los recursos sociales específicos o comunitarios.
7. Participación en la evaluación o en colaboración con el psicólogo, de la evolución y calidad de los programas que ejecuten.
8. El asesoramiento a los recursos comunitarios y a los profesionales relacionados con los usuarios, siempre que sea necesario.
9. El cumplimiento de los protocolos necesarios para el funcionamiento de los pisos supervisados.

Las **funciones propias del director técnico/coordinador** son las siguientes:

Coordinación Técnica:

1. Dirección y Coordinación del personal
2. Coordinación de los programas y actividades.
3. Planificación y ajuste de horarios.
4. Supervisión, evaluación y valoración de los programas y actividades.
5. Gestión de los aspectos administrativos y económicos.

Coordinación externa:

1. Organizar y mantener la colaboración y coordinación con los servicios de salud mental de referencia.
2. Organizar y mantener la coordinación con los servicios sociales generales de la zona.
3. Coordinación con los responsables técnicos de la Consejería.
4. Coordinar la supervisión y apoyo a otros recursos destinados a personas con enfermedad mental crónica dependientes de la consejería.
5. Promover y organizar la formación, colaboración y apoyo a recursos comunitarios de la zona útiles para favorecer la integración social de los usuarios de los pisos.

7. Proceso de evaluación

José Luis Jiménez

7.1 Introducción

En este apartado se pretende definir el procedimiento a realizar en el proceso de evaluación a seguir con los usuarios derivados a los pisos supervisados que no están adscritos a una Miniresidencia de referencia, así como con sus familias. Para tal fin, habrá que tener en cuenta que, en los casos en los que el usuario no esté tutelado, es necesario su consentimiento para realizar la evaluación familiar.

La evaluación es una condición imprescindible en rehabilitación, entendida como el conjunto de acciones encaminadas a recoger la información relevante y significativa que permita realizar una valoración funcional de las habilidades y discapacidades del usuario en relación a 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 conductual del usuario, 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.

Para iniciar la evaluación de un usuario es condición necesaria su presentación y aprobación en la comisión de derivación e inclusión en la lista de espera. Posteriormente, cuando exista una plaza en los pisos supervisados, se iniciará el proceso de valoración.

Como se ha señalado, en este procedimiento la norma general es que el usuario derivado al piso supervisado pase previamente por la Miniresidencia correspondiente. Es en este dispositivo donde se evaluarán diferentes aspectos (por ejemplo, interacción con otros usuarios, seguimiento de indicaciones, actividades de la vida diaria, etc.) y, en los casos que se considere necesario, se realizarán las intervenciones pertinentes destinadas a preparar al usuario para su incorporación al piso.

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

7.2. Metodología y Estrategias de evaluación

En la recogida y valoración de la información se diseñarán estrategias que guíen y orienten el proceso de evaluación. A continuación, se describen algunas recomendaciones:

- Se organizará de un modo individualizado, flexible, continuado y progresivo, adaptándose a las características, problemáticas y necesidades particulares de cada usuario y de su entorno.

- Organizar la recogida de la información atendiendo a dos parámetros:
 - Variables relacionadas con el usuario y variables relacionadas con el entorno.
 - Aspectos relevantes y Áreas vitales
- El proceso de evaluación se caracteriza por la interdisciplinariedad; en él colaboran diferentes profesionales, si bien la responsabilidad queda identificada en última instancia en el psicólogo del Piso supervisado que, entre otras tareas, coordinará, planificará y diseñará situaciones para la recogida de información con la finalidad de realizar la evaluación funcional. Para posibilitarlo se llevarán a cabo las siguientes tareas:
 - Organización general de la evaluación.: sesiones de evaluación, contenidos, objeto de valoración, etc.
 - Elección de técnicas (observación, entrevista, registros, pruebas estandarizadas, etc.)
 - Elección de contextos. La evaluación de las habilidades y capacidades del usuario debe ser contextualizada al entorno del Piso supervisado. Para ello se diseñarán situaciones significativas para observar la conducta en el medio natural; por ejemplo, si se pretende valorar el desempeño en fregar la vajilla, para ello se diseñaría la tarea en la cocina del piso donde el usuario tendría que ejecutar la conducta, siendo la función del profesional la observación. Si se pretende valorar la interacción del usuario con los posibles compañeros de piso, se planificarán situaciones en las que el elemento fundamental sea el contacto social; a modo de ejemplo, se pueden organizar comidas compartidas, actividades de ocio, participación en reuniones de convivencia, dormir en el piso, etc.

7.3. Fases del proceso de evaluación:

Metodológicamente el proceso de evaluación se puede organizar en dos fases:

7.3.1. La evaluación inicial.

En esta fase se evalúan los repertorios conductuales. Se realizará en unos plazos razonables procurando no saturar o sobrecargar al usuario con aspectos ya valorados por otros profesionales. Para su realización el primer paso es analizar:

- las fuentes documentales: hoja de continuidad de cuidados, informes de otros profesionales, etc.
- las fuentes personales: información aportada por los profesionales de otros recursos (Servicio de Salud Mental, Miniresidencia, Recursos de Rehabilitación, Servicios Sociales etc.) implicados en el proceso de atención del usuario.

La finalidad de esta fase es tener una visión global del caso y proponer un Plan de Intervención. Para ello se recogerá la información necesaria para explorar aspectos relacionados con:

- Demandas, expectativas y objetivos del usuario y su familia.
- Historia biográfica.
- El funcionamiento general en las diferentes áreas vitales.
- Los prerrequisitos básicos para la incorporación al recurso.
- Los sistemas de apoyo y supervisión que requiere el usuario.

La información recogida en esta fase nos permitirá detectar las necesidades fundamentales del usuario, permitiendo formular hipótesis explicativas y tomar decisiones respecto a la idoneidad o adecuación del recurso a las necesidades del usuario, teniendo en cuenta:

- El diseño técnico de los pisos supervisados, especialmente el nivel de apoyo y supervisión.
- El apoyo de otros dispositivos, especialmente la Miniresidencia de la zona.

En este sentido, se pueden encontrar dos cursos de acción:

- Si puede dar respuesta, se continúa con el proceso de incorporación al piso.
- Si no puede dar respuesta, finaliza el proceso. En estos casos, se procurará consensuarlo con el Servicio de Salud Mental y se recomendará una alternativa.

Se debe favorecer que la incorporación y mantenimiento en el piso tenga la mayor probabilidad de éxito. Si la valoración indica que la probabilidad de éxito es baja, es una obligación de los profesionales no someter al usuario a una experiencia negativa o de fracaso.

7.3.2. La evaluación continua supone un nivel de análisis más exhaustivo y detallado en términos de unidades conductuales. Se llevará a cabo durante todo el proceso de atención con la finalidad de:

- profundizar, completar y actualizar la información recogida en la evaluación inicial
- reformular los objetivos propuestos inicialmente.
- valorar la eficacia de las intervenciones que se realizan.

7.4. Recomendaciones para realizar la evaluación:

Para la organización de la evaluación se propone una estructura atendiendo a dos bloques de variables, relacionados con aspectos relevantes del usuario y áreas vitales.

7.4.1. Variables relacionadas con el usuario.

7.4.2. Variables relacionadas con el entorno del piso supervisado.

En este documento se adjuntan guías de evaluación (ver anexos), así como ejemplos y recomendaciones prácticas que representan instrumentos de ayuda para la recogida de la información; éstos deberán ser utilizados siempre teniendo en cuenta al usuario concreto. Para completar la información obtenida y profundizar en algún aspecto, se utilizarán otros métodos de evaluación: la observación, registros, escalas y cuestionarios.

I. Variables relacionadas con el usuario, estas nos van a permitir conocer las características y peculiaridades del usuario, así como su repertorio de habilidades y capacidades.

- En primer lugar, se debe tener una **visión global** actualizada de la persona candidata al piso respecto a su historia biográfica, nivel de capacidades y habilidades generales necesarias para cualquier tipo de interacción. Generalmente, parte de esta información suele ser aportada en las comisiones de derivación; la práctica diaria indica que desde el momento de la derivación hasta que hay una plaza disponible en Pisos supervisados transcurre un tiempo significativo, y por lo tanto pueden haberse producido cambios importantes en la vida del usuario, siendo necesario actualizar y completar la información en estos casos.

- Conocer las **demandas, expectativas y objetivos** del usuario respecto al Piso supervisado. Durante las primeras entrevistas de evaluación y teniendo siempre en cuenta el Principio de Individualidad, el psicólogo del piso realizará las siguientes acciones:
 - Orientar al usuario respecto al proceso de valoración que se va a seguir.
 - Informar, aclarar dudas y ajustar expectativas respecto al Piso supervisado.
 - Explicar los derechos y deberes.
 - Valorar el grado de motivación del usuario para incorporarse al recurso
- Valorar con el usuario si **acepta incorporarse** al Piso supervisado.

La voluntariedad es una condición necesaria aunque no suficiente para que un usuario se incorpore a un piso. Para cada usuario el proceso de tomar esta decisión va a tener un impacto diferente; para aquellos que sea una situación estresante y se muestren dubitativos, los profesionales realizarán las siguientes acciones:

- Desvanecer los miedos que vayan surgiendo.
- Proporcionar el apoyo necesario.
- Diseñar estrategias de motivación para que inicien el proceso de valoración.
- Facilitar el tiempo razonable para que el usuario tome una decisión consistente.

- **Recomendaciones a tener en cuenta en la exploración de áreas vitales:**

El lugar donde se reside y las personas con las que se convive tienen un peso importante en el bienestar emocional y en la calidad de vida. Se sabe que en las situaciones de interacción social surgen dificultades, y éstas generalmente aumentan en frecuencia e intensidad en situaciones en las que se comparte espacio y tiempo, como ocurre en la familia, en el trabajo, en pisos compartidos, etc. Es evidente que en la vida cotidiana entre los usuarios de los Pisos supervisados pueden surgir situaciones problemáticas. La clave, entonces, será la manera de resolver estas situaciones; de ahí que, en la evaluación, lo significativo será el estilo y las estrategias de afrontamiento de cada persona.

Los usuarios en los pisos van a tener responsabilidades domésticas (cuidado de su ropa, limpiar, cocinar, comprar, administración del dinero, etc.); cuando se valoren este tipo de habilidades y se encuentren déficits significativos, éstos van a tener poco peso en la decisión de la posible incorporación de un usuario al piso. Las variables que se tendrán en cuenta, por tanto, son aquellas relacionadas con la actitud y el compromiso en aceptar los entrenamientos y los apoyos por parte de los profesionales.

Las competencias comunicativas así como el estilo de solucionar los problemas cotidianos son variables muy significativas para la convivencia y estabilidad de los usuarios en un piso supervisado. En este sentido, si se tiene en cuenta el impacto que tiene la convivencia en los usuarios, se encontraría un continuum que va desde:

- vivencias muy positivas, ejemplo *"el piso me está ayudando a organizar mi vida, además la relación con mis compañeras es muy buena y nos ayudamos mutuamente: cuando surgen problemas intentamos solucionarlo entre nosotras, y cuando esto no es posible lo comentamos a los profesionales para que nos ayuden a solucionarlo"*.
- Vivencias muy negativas, ejemplo *"el piso es un infierno; hay un compañero que si no le doy tabaco y dinero me amenaza e incluso me ha llegado a agredir"*.

Es una obligación de los profesionales velar y garantizar que los usuarios que comparten el piso tengan el mayor bienestar posible. Para conseguirlo, es necesario realizar una evaluación exhaustiva de las variables que van a probabilizar que se dé un tipo u otro de convivencia, y valorar si en los casos en los que se encuentren dificultades significativas se puede intervenir desde el dispositivo de pisos supervisados o es necesario realizar el entrenamiento en otro recurso, como el Centro de Rehabilitación Psicosocial, la Miniresidencia, etc.

En la evaluación, por tanto, se identificarán las habilidades y déficits que presenta el usuario en las diferentes áreas de funcionamiento en relación con las demandas del piso supervisado en el que potencialmente va a residir. Se tendrán en cuenta las características, el estilo de comunicación y las peculiaridades de los posibles compañeros del piso, así como la interacción que pueda llegar a establecerse entre éstos y el usuario.

Respecto **al área de enfermedad y tratamiento** se hará especial hincapié en valorar el cumplimiento del tratamiento y la actitud mostrada hacia el mismo.

Ejemplos:

“Juan ha mostrado desde siempre una actitud muy positiva hacia el tratamiento, pero tiene dificultades en su cumplimiento, ya que hay ocasiones en las que olvida alguna toma y generalmente no recuerda las citas en su SSM. Cuando se le ha ofrecido apoyo por parte de los profesionales lo acepta de buen grado”.

En este caso, las necesidades del usuario podrían ser cubiertas desde los pisos supervisados.

“Antonio ha mostrado desde siempre una actitud negativa hacia el tratamiento, como norma general solo toma la medicación y asiste a las citas del SSM cuando tiene un alto grado de supervisión.”

A este usuario, por el contrario, sería muy complicado darle una buena respuesta a sus necesidades desde el recurso de Pisos supervisados. Sería más acertado un recurso que cuente con un mayor grado de apoyo y supervisión.

II. Variables relacionadas con el entorno del piso supervisado.

En el proceso de derivación se facilitará y potenciará que el usuario adopte un rol activo respecto a sus preferencias en relación al piso al que va a ser derivado, teniendo en cuenta los principios de Rehabilitación Psicosocial y el Modelo Comunitario, los cuales indican que:

- los recursos deben de estar cercanos a los ciudadanos.
- las personas deben mantenerse en su entorno social, salvo en situaciones que tras su valoración indiquen lo contrario.

Por tanto, es una obligación de los profesionales favorecer los procesos de atención de los usuarios, para lo cual es condición imprescindible analizar las características del entorno donde está ubicado el piso así como las expectativas y demandas de la familia y del servicio derivador en relación con las necesidades y peculiaridades del usuario.

- Conocer las demandas, expectativas y objetivos tanto de la familia como del dispositivo derivador, respecto al piso supervisado.

- Conocer las características físicas del piso supervisado:

- Habitación individual o compartida.
- Número de baños.
- Barreras arquitectónicas y adaptabilidad.

Si el usuario presenta movilidad reducida se valorará, en las comisiones de derivación, ofertarle el piso que mejor se adapte a sus necesidades.

- Ubicación, distancia y comunicaciones respecto a los contextos significativos para el usuario:

- Entorno familiar y redes de apoyo.
- Domicilio.
- Lugar donde desempeña una actividad laboral o formativa.
- Servicio de salud mental y otras especialidades de referencia.
- Dispositivos de rehabilitación, etc.

- Demandas del piso: tareas domésticas que debe realizar (ejemplo: cuidado de la ropa, limpieza, cocinar etc.).

- Recursos comunitarios de la zona: recursos formativos, laborales, ocio y tiempo libre, etc.

- Conocer los apoyos y soportes con los que cuenta:

Se operativizará y/o definirá la intensidad y frecuencia de apoyo que necesita el candidato al piso, valorando si puede proporcionarse desde el recurso. En los casos en los que desde el dispositivo no se pueda ofrecer el apoyo que necesita el usuario, se valorará junto con los profesionales implicados en el caso (Servicio de Salud Mental, Miniresidencia de la zona, etc.), el grado de apoyo que cada dispositivo va a proporcionar al candidato al piso, para posibilitar que el proceso de atención sea de la máxima calidad posible y, en definitiva, incrementar las probabilidades de acceso y mantenimiento en el recurso. Por otra parte, es necesario valorar la aceptación por parte del usuario de estos apoyos.

- Aspectos relacionados con la convivencia:

- Características y peculiaridades de los potenciales compañeros del piso.
- Nivel de afinidad con las personas que va a compartir vivienda.
- Estilo comunicacional y relacional.

- Aspectos relacionados con la organización de las responsabilidades domésticas: comidas, limpieza, etc.

Los anexos 3, 4 y 5 son diferentes guías de evaluación que pueden ayudarnos a completar esta parte.

7.5 Proceso de incorporación:

Jose Luis Jiménez y Gemma Ledo

El proceso de incorporación se inicia al finalizar la evaluación inicial, siempre y cuando, como resultado de la misma, se haya concluido que desde el piso supervisado pueda darse respuesta a las necesidades del candidato. En esta etapa se irá profundizando y completando la evaluación como se ha detallado en el apartado anterior.

En esta fase es fundamental tener las coordinaciones necesarias con los dispositivos implicados (especialmente con la Mini-residencia y el servicio de salud mental), con la finalidad de probabilizar que la incorporación tenga éxito, para ello se consensuará un plan individualizado de incorporación en el que se detallarán las estrategias que se pondrán en marcha. Durante este proceso, la persona continuará en la Miniresidencia el tiempo necesario.

Para los usuarios, el acceder a un piso supervisado va a suponer cambios respecto a su situación actual. En algunos casos pueden aparecer miedos a las exigencias del nuevo entorno, a compartir tiempo con otras personas así como a perder ciertas ventajas de su situación actual. Por todo ello, es muy importante que la incorporación al piso se desarrolle de una manera gradual y gratificante, a fin de ir desvaneciendo las posibles resistencias.

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 el usuario y sus compañeros se vayan habituando, familiarizando y adaptando a la nueva situación. A continuación se proponen algunas estrategias para facilitarlas:

- En los pisos de nueva creación es aconsejable que las incorporaciones se realicen al mismo tiempo. En los casos que el piso ya esté en funcionamiento, se recomienda que el nuevo usuario participe en el grupo de convivencia para que los compañeros del piso le expliquen su organización desde la experiencia.
- Se incidirá especialmente en desvanecer miedos, aclarar dudas, ajustar expectativas.
- Conocer el nuevo entorno del piso (lugares de ocio, supermercado, transportes, etc.)
- Se organizarán actividades en el piso para la incorporación progresiva:
 - comidas conjuntas entre los usuarios.
 - organización y decoración de su habitación.
 - transporte de enseres y colocación en su habitación.
 - ir a dormir una noche al piso, etc.

La incorporación definitiva al piso se decidirá conjuntamente entre el usuario y los profesionales. La firma del contrato y la entrega de llaves “simboliza” el comienzo de la nueva etapa. En ocasiones, la entrada de la persona al piso no se plantea como definitiva, sino como temporal o “a prueba” durante cierto tiempo, durante el cual la residencia actúa como “colchón” guardando la plaza de forma temporal. En estos casos desde el equipo de pisos se valorará la adaptación del usuario al recurso. Este periodo de prueba, solo puede producirse si la posibilidad de volver a la residencia, es rápida y factible.

RECOMENDACIONES:

1. COORDINACIONES FRECUENTES Y SISTEMÁTICAS CON MR.
2. El periodo de evaluación y acercamiento al Piso supervisado debe ser coordinado con los dispositivos que atienden a la persona. El plazo y el ritmo de este periodo debe ser abierto, flexible y prolongado en el tiempo lo necesario para garantizar que el equipo de pisos pueda llevar a cabo una adecuada valoración del perfil de la persona y sus necesidades a la incorporación del piso.
3. Es deseable y fundamental que puedan plantearse como criterios de valoración de alta prioridad el retorno a la residencia de forma temporal de las personas, que tras una estancia en el piso y debido a cambio de circunstancias, se producen problemas de convivencia o conducta en el piso, empeoramiento psicopatológico que imposibilita el retorno inmediato desde la unidad de psiquiatría al piso o bien deterioro grave en su autonomía que requiere de un espacio de contención mayor.
4. En ocasiones, la valoración de entrada de la persona al piso no se plantea como definitiva en un principio, sino como temporal o "a prueba" durante cierto tiempo, durante el cuál es importante que la residencia pueda mantener la plaza de forma temporal en vistas de si la evolución pueda resultar favorable o no. Especialmente se considera importante que esto pueda darse en algunos casos, cuando existen "dudas" de adaptación, pero se decide dar un margen necesario de evaluación. Este periodo de prueba, solo puede producirse si la posibilidad de retornar a la residencia es rápida y factible.

7.6. PROCESO DE PLANIFICACIÓN. (PIAS)

Autor: Jose Luis Jiménez

Una vez realizado el análisis funcional de la información, se elaborará el Plan Individualizado de Apoyo y Supervisión (PIAS).

7.6.1. Definición:

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

7.6.2. Aspectos relevantes a tener en cuenta.

- Se tendrán en cuenta los derechos y obligaciones reflejados en el contrato de estancia en pisos supervisados.
- Se favorecerá la máxima participación del usuario y de su familia (siempre que el usuario dé consentimiento).
- Los objetivos serán realistas, dando respuesta a las necesidades del usuario y a las demandas del entorno, y estarán en consonancia con la cartera de servicios de los Pisos supervisados. Para ello, se delimitarán funciones y responsabilidades teniendo en cuenta los recursos

que atiendan al usuario y la coordinación con los mismos, evitándose la duplicidad de las intervenciones.

- 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 del usuario y de los cambios significativos en su entorno. Es recomendable, en este sentido, que periódicamente se evalúen los efectos de las intervenciones con la finalidad de continuar o modificar las estrategias de intervención.

8. Procesos de intervención

El trabajo de los profesionales que intervienen en los pisos supervisados tiene como objetivo general el implementar conductas deseables en el contexto estructurado, facilitador y predecible que constituye el Piso supervisado, así como disminuir y/o extinguir si es posible aquellas no deseables, que obstaculicen la adecuada integración y desenvolvimiento en el recurso.

El objetivo por tanto consiste en analizar, describir, predecir y controlar conductas. Para ello, es necesario haber operativizado de forma muy concreta cuáles son esas competencias (domésticas, de autocuidado, administrativas, de relación, etc.) que son las prioritarias para que las personas derivadas puedan integrarse de manera adecuada al piso (reflejadas en su Plan Individualizado de Atención, explicado en el punto anterior), para que en un futuro si es necesario, pueda generalizar estos repertorios conductuales a otros contextos residenciales más normalizados.

El objetivo de este apartado es doble, por una parte llevar a cabo una descripción práctica de las diferentes técnicas de modificación de conducta que ayudarán a los monitores que trabajan en los pisos supervisados a implementar conductas, que promuevan en los usuarios los mayores niveles de autonomía, calidad de vida y bienestar que puedan alcanzar cada uno de ellos. Para ello se explicarán las diferentes técnicas a partir de ejemplos extraídos del trabajo diario en este recurso. Por otro lado, se hará una descripción exhaustiva de su implementación por áreas de intervención.

8.1. Técnicas de intervención en pisos supervisados

Leticia Quevedo Serena

La Terapia o Modificación de Conducta es el intento de cambiar el comportamiento humano y las emociones de manera benéfica con base a las leyes del aprendizaje (Eysenck, 1990). Su objeto es el estudio directo de las conductas observables con el fin de formular un modelo funcional que permita modificar dichas conductas.

La conducta además de ser aprendida es el resultado de la interacción constante de la persona con su medio ambiente físico, biológico y/o social. (Ribes y López, 1985).

Según Martin y Pear (2007) "La modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable"

Gracias al análisis funcional de las conductas de los usuarios, será posible explicar y predecir el tipo de interacciones que éste establecerá y mantendrá con su entorno.

El diseño de la intervención siempre se derivará de las Hipótesis funcionales que establezca el psicólogo, con la información recogida por la observación directa que hagan este profesional y los monitores, del comportamiento de los usuarios, cuestionarios y registros de recogida de

datos, información de terceros (otros profesionales, familiares, etc.) Es importante respetar las preferencias que tengan, así como las habilidades que ya poseen, especificar cómo cambiará el ambiente y tener en cuenta el esfuerzo que les va a suponer el desarrollo de nuevas conductas.

Es necesario por tanto diseñar procedimientos para desarrollar nuevas conductas o incrementar aquellas que ya estén presentes en la persona de forma elemental. Para poder intervenir desde esta metodología el primer paso es hacer una definición operativa y observable de la conducta a modificar o a implementar. En el siguiente cuadro exponemos algunos ejemplos reales de conductas observables.

EJEMPLOS DE CONDUCTAS CONCRETAS SOBRE LAS QUE SE INTERVIENE

1. Una usuaria tiene explosiones de ira durante las reuniones de convivencia cuando otra compañera le hace una crítica relacionada con que no friega los cacharros tras preparar la cena.
2. Un usuario realiza amenazas autolíticas a otros compañeros cuando no están las educadoras en el piso supervisado.
3. Una usuaria se come entre horas la fruta planificada para el postre del día siguiente del resto de compañeras sin consultar.
4. Una persona pasa la mayor parte del día en su habitación, sin apenas interactuar con el resto de usuarios.
5. Alguien quiere planificar sus comidas, hacer la compra y cocinar de forma individual sin entrar en la planificación grupal que supone llegar a acuerdos, compartir tareas y ajustarse a los horarios planificados.
6. Un usuario permanece hasta las 13 h. en la cama sin acudir a las actividades del Centro de Rehabilitación Psicosocial.
7. Alguien no sabe utilizar la lavadora y pide a los compañeros que lo hagan por él.

A partir de ahora exponemos las diferentes técnicas de intervención que nos ayudarán en nuestros objetivos.

USO EFICAZ DEL REFORZAMIENTO POSITIVO

- Especificar con precisión la conducta a incrementar.
- Individualizar el refuerzo para cada usuario:
 - A través de la observación.
 - Preguntándole al propio usuario o a terceros (familia, profesionales, etc.)
 - Elaborando listados de reforzadores positivos (materiales, de actividad, sociales).
- Administrar el refuerzo inmediatamente después de la aparición de la conducta deseada.
- Facilitarle al usuario la discriminación: cuándo aparece el refuerzo y por qué.
- Prevenir la saciación alternando diferentes reforzadores.
- Para favorecer el mantenimiento de la respuesta objeto de refuerzo y su generalización:
 - Reforzar siempre esta respuesta en una primera fase y de manera intermitente después, de forma progresiva.
 - Acompañar el reforzador seleccionado de otros de tipo social (Ej. halagos)

TIPOS DE REFORZADORES

SEGÚN SU NATURALEZA:

- Material: estímulos con entidad física. Productos consumibles o manipulables.
- De actividad Social: actividades placenteras para el sujeto, que contingentes a una conducta aumentan su probabilidad.
- Social: conductas de otros sujetos de un contexto social, como expresiones verbales positivas, expresiones faciales, contacto físico, etc.

SEGÚN EL RECEPTOR DEL REFUERZO:

- Directos: el propio sujeto es el receptor
- Vicarios: el sujeto observa cómo otra persona es reforzada directamente.

SEGÚN SU PROGRAMACIÓN:

- Naturales: con probabilidad alta de presentarse en el ambiente cuando se realiza una conducta.
- Artificiales: aplicados bajo condiciones artificiales.

EJEMPLOS DE REFUERZO DE CONDUCTAS DESEABLES			
SITUACIÓN	RESPUESTA	CONSECUENCIAS IN-MEDIATAS	EFFECTOS A LARGO PLAZO
1. Las usuarias están planificando el menú de la próxima semana con las educadoras del piso supervisado.	Una de las usuarias propone una receta de verduras que no había cocinado nunca.	La educadora expresa su satisfacción por esta iniciativa y agradece la elección en voz alta con un gesto cariñoso.	Es probable que en otra reunión de planificación de menús esta usuaria proponga recetas nuevas.
2. En una reunión de convivencia una usuaria emite una queja con un tono enojado a otra compañera.	La persona a quien se ha dirigido la queja inadecuadamente responde asertivamente, con un tono de voz neutro, preguntando detalles sobre lo que le ha molestado a la otra persona y planteando alternativas de solución.	La educadora ofrece un feedback positivo sobre la respuesta que da la segunda, centrada en resolver el problema.	El feedback positivo de la educadora aumentará la probabilidad de que en el futuro vuelva a utilizar este enfoque centrado en la resolución de problemas de manera asertiva.
3. Un usuario escucha durante toda la noche a un compañero del piso despierto, con la TV puesta, dando vueltas por la casa, etc.	A la mañana siguiente llama a las profesionales para comentarles que está preocupado por su compañero y describe lo que ha pasado la noche anterior.	La psicóloga le atiende en ese momento y le agradece la información, pasándose esa misma mañana por el piso para hablar con esta persona.	Con más probabilidad, cuando surja de nuevo una situación parecida, esta persona volverá a llamar a las profesionales de referencia y les informará sobre lo que le preocupa o le parece un problema.
4. Una usuaria tiene que ir a comprar el pan y quiere posponerlo, no le apetece y se sienta en el sofá. La educadora la instiga para que lleve a cabo la tarea que tiene asignada.	Finalmente baja a comprar el pan.	La educadora inmediatamente después de que suba de comprar, le da los gastos de bolsillo de ese día, asociando el cumplimiento de tareas a la obtención del dinero.	Si se asocia la obtención de los gastos de bolsillo al cumplimiento de esta tarea cada mañana, con más probabilidad la usuaria tenderá a llevarla a cabo sin necesidad de instigación.

INSTRUCCIONES

Las instrucciones son pautas específicas que le indican al usuario el comportamiento concreto que tiene que llevar a cabo, es decir qué conducta es y bajo qué circunstancias se debe dar. Las instrucciones verbales específicas facilitan el proceso de aprendizaje. Consisten exactamente en decirle al usuario lo que va a hacer, de forma sencilla, corta y evitando términos técnicos que le lleven a confusión. Debemos comprobar que el usuario comprende lo que le pedimos.

EJEMPLO PRÁCTICO

LÍNEA BASE: no conoce el funcionamiento de la lavadora.

PLANIFICACIÓN:

- Explicación del funcionamiento de este electrodoméstico.
- Ensayos de conducta con presencia de la educadora que actúa como modelo mientras ofrece indicaciones verbales sobre cada paso.
- Ensayos de conducta del usuario en presencia de la educadora, con instrucciones verbales.
- Ensayo de conducta del usuario en presencia de la educadora con apoyo escrito (las mismas instrucciones verbales que le daba la educadora) sin que ella se las ofrezca verbalmente.
- Lleva a cabo la tarea sin la presencia de la educadora y con el apoyo escrito por si no recordara algún paso.

MODELADO

En este procedimiento, el usuario observa a otra persona (educador, psicólogo, compañero,...) como realiza un comportamiento concreto, para inducirle a que realice una conducta similar. Es importante que el modelo sea competente para determinar la eficacia de la técnica, y que cuando tras ver al modelo, realice la conducta, sea reforzado por hacerlo (preferentemente a través de reforzadores naturales, ej. comer lo que ha cocinado, recibir halagos por parte de sus compañeros y profesionales, etc.). Si el comportamiento es complejo, es necesario fragmentar el modelado comenzando por lo más sencillo para el usuario y progresando hacia aproximaciones más difíciles.

Existen dos tipos de modelado:

- Modelado en vivo: el educador actúa como modelo y realiza la conducta mientras el usuario observa su ejecución. Ej. cortar alimentos para hacer un sofrito en la cocina del piso supervisado.
- Modelado en vídeo: se presenta al modelo en una grabación o película. Un aspecto positivo es que se puede repetir varias veces el visionado. Ej. Ver a Arguiñano preparar el sofrito en su programa.

EJEMPLO PRÁCTICO DEL MODELADO

LÍNEA BASE: el usuario elabora platos sencillos (huevo frito, filete plancha). Presenta déficits en la planificación, secuenciación de tareas. Alta distractibilidad. Riesgo de accidente doméstico.

PLANIFICACIÓN:

1. Elaboración de recetas sencillas partiendo de su línea base, con presencia de la educadora que actúa como modelo durante todo el entrenamiento. Se acompaña la técnica del modelado con un apoyo escrito y refuerzo social (educadora y compañeros que comen lo que ha preparado).
2. Selección de recetas algo más elaboradas.
3. Sobreaprendizaje: repetición de recetas.
4. Se mantiene la presencia de la educadora, pero es el usuario el que va elaborando la receta con menos instrucción verbal y guía física. Se mantiene el apoyo por escrito.
5. Presencia de la monitora: mientras elabora la receta, pero sin instrucciones, sólo con el apoyo escrito. Puede solicitar apoyo.
6. El usuario cocina de forma autónoma recetas conocidas.
7. Elaboración de una receta nueva: se utilizan uno o dos ensayos individuales en presencia de la educadora que actúa como modelo si es necesario y posteriormente solo.

ENSAYO DE CONDUCTA

Pedimos al usuario que practique las conductas que ha observado en el modelado, con el fin de observar si ha comprendido los pasos a seguir y ejecuta el comportamiento de forma correcta.

EJEMPLO PRÁCTICO

CONDUCTA OBJETIVO: que limpie su habitación de forma autónoma.

LÍNEA BASE: el usuario limpia la habitación en la Mini residencia; no limpia correctamente (realiza la tarea de forma intermitente, para ir a fumar, sentarse en el sofá, hablar por el móvil,... ya que no se mantiene en la tarea y los resultados no son adecuados porque hay partes que deja sin limpiar)

PLANIFICACIÓN:

- Se ha entrenado a través de la técnica de modelado la conducta de limpiar correctamente su habitación.
- Se le recuerda a través de instrucciones las tareas que debe realizar secuenciadas por pasos (limpiar el polvo con una gamuza y producto específico, barrer el suelo).
- En presencia de la educadora, el usuario ejecuta dichas tareas.
- Se ofrece feedback positivo sobre los aspectos que ha ejecutado correctamente. Si fuera necesario se ofrece alguna indicación sobre los aspectos que debe mejorar (ej. barrer debajo de la cama).
- Se repite el ensayo de conducta incorporando las nuevas indicaciones.
- Refuerzo positivo.
- Realización de las tareas sin presencia de la educadora.

FEEDBACK

Es la información que se da al usuario cuando ha terminado de realizar la conducta objetivo, mediante la cual se le dice cómo ha llevado a cabo dicha conducta. Es importante hacerlo de forma inmediata a la realización de la conducta para que la efectividad sea mayor.

Existen dos tipos de feedback:

- Feedback positivo: se le indica al usuario todo aquello que ha realizado correctamente.
- Feedback negativo: señala los aspectos a mejorar en la conducta.

Conviene iniciar la comunicación ofreciendo primero el feedback positivo, para después comentar los aspectos mejorables.

El feedback lo pueden ofrecer los monitores, los compañeros o la propia persona (auto-feedback, a través de preguntas que le haremos para que se dirija a la auto-observación de la conducta realizada).

EJEMPLO PRÁCTICO FEEDBACK

Durante una reunión de convivencia se pide a los usuarios que destaquen un aspecto positivo de cada uno de los compañeros, extraído de la convivencia durante la pasada semana. Tienen que describir de forma concreta qué conducta les ha agradado de cada uno de ellos.

R.: "a mí me gustó que ayer después de cenar A. me trajera el postre a la mesa cuando fue a buscar el suyo a la cocina, aunque... bueno... esta semana ha estado protestando mucho"

Feedback positivo: "muy bien R., has descrito de forma muy concreta un comportamiento de A. que te ha agradado, concretamente que te llevara el yogurt después de cenar."

Feedback negativo: "quizás R., sería interesante que cuando trates de realizar halagos a los compañeros, te centres exactamente en ese comportamiento que quieres agradecer. Si quieres pedir un cambio de conducta porque opinas que esta semana A. ha protestado mucho, quizás podemos dejarlo para el siguiente punto, en el que puedes describir sobre qué aspectos del funcionamiento del piso ha protestado tu compañero, y hacer la petición que deseas. La probabilidad de que A. repita esa conducta positiva hacia ti en el futuro es mayor si únicamente le agradeces ésta, sin añadir comentarios sobre otros aspectos no deseados de vuestra interacción".

MOLDEAMIENTO

Procedimiento operante por el cual se desarrolla una nueva conducta a través del refuerzo de las aproximaciones sucesivas a dicha conducta, y la extinción de estas aproximaciones a medida que se va desarrollando el comportamiento final deseado.

Podemos moldear cuatro dimensiones de la conducta:

- **Topografía:** movimientos específicos implicados (ej. Cómo hacer la cama)
- **Cantidad:** hace referencia a la frecuencia y a la duración de la conducta (número de veces que ocurre la conducta dentro de un período fijo ej. número de tareas de limpieza que un usuario hace durante una hora, y duración de una respuesta en cuanto a la cantidad de tiempo en la que se da dicha respuesta, ej. dilatar el tiempo que un usuario permanece sentado en la reunión de convivencia sin fumar).
- **Latencia:** tiempo que pasa desde la aparición de un estímulo y el inicio de la respuesta o conducta deseada. Ej. cuánto tarda un usuario en seguir una indicación de una educadora en el piso supervisado, ej. en levantarse por la mañana.
- **Intensidad:** hace referencia al efecto físico que la conducta produce en el entorno, ej. moldeamos la intensidad de cómo dar la mano con más presión a un compañero, hablar en voz más alta durante las reuniones, etc.

PROCEDIMIENTO:

- Especificar la conducta final
- Elección de la conducta inicial, el punto de partida.
- Elección de los pasos del moldeamiento.
- Determinar el tamaño de cada paso y el tiempo a permanecer en cada uno de ellos, progresar al ritmo adecuado.

Tipos de instigadores (o inductores)

- **VERBAL:** Ayudas e indicaciones verbales acerca de cómo realizar la conducta
- **FÍSICOS:** Guías físicas, ayudando a realizar la conducta conduciendo físicamente al sujeto.
- **GESTUALES:** Movimientos que ayudan sin tocar al sujeto
- **AMBIENTALES:** Se altera el ambiente de modo que provoque la CTA deseada

EJEMPLO PRÁCTICO

OBJETIVO – Conducta final: Que se levante por las mañanas sin instigación

LÍNEA BASE: no se levanta por sí mismo antes de las 12-13 horas.

CONDUCTA INICIAL: pone el despertador de forma autónoma y si las educadoras están presentes se levanta a través de instigación.

PLANIFICACIÓN:

- Cada noche pone el despertador a las 9:00 a.m.
- Presencia de educadoras en el piso (9:00 a.m.), entrada a su habitación, levantar persiana (inductor ambiental), instigación (verbal y física) y despertador.
- Llamada previa a las 8:30 a.m., presencia de educadora en el piso, despertador.
- Llamada de la educadora + despertador.
- Despertador.

DESVANECIMIENTO

En esta técnica el educador proporciona ayudas externas para que el usuario lleve a cabo la conducta deseada, pasando posteriormente a retirar estas ayudas.

Procedimiento

1. Fase aditiva: se ofrecen instigadores cada vez mayores hasta que el sujeto logra la conducta meta.
2. Fase sustractiva: se retiran gradualmente las ayudas.

Variantes

- Disminuir la intensidad del instigador una vez que el sujeto imita la ayuda.
- Demorar el tiempo antes de ayudar
- Disminuir la extensión de la ayuda

EJEMPLO PRÁCTICO: DESVANECIMIENTO

CONDUCTA DESEADA: que haga su cama.

LÍNEA BASE: sólo utiliza una sábana, la bajera, y no estira bien ni ésta, ni la manta ni el edredón. No “remete” la ropa de cama y queda colgando, no hace el embozo.

PLANIFICACIÓN:

1. La educadora le muestra la ropa que se va a utilizar y hace un primer ensayo de conducta actuando como modelo. Describe verbalmente cada paso mientras los realiza ella: “mira tenemos dos sábanas, la bajera que lleva gomas en los extremos y la que se pone encima sin gomas, una manta y el edredón con la almohada. Primero ponemos la que lleva las gomas y estiramos bien para que no haya arrugas. A continuación ponemos la otra sábana, sin doblar aún la parte de arriba. Esto lo haremos una vez que hayamos estirado la manta encima. Entonces se hace el embozo y se remeten ambas para que no queden colgando a los lados. El último paso es poner el edredón encima, situando la almohada en la parte superior y doblando éste sobre la almohada, estiramos bien para que no haya arrugas”
2. El usuario lleva a cabo la práctica de lo observado con ayuda física de la educadora que se sitúa en uno de los lados de la cama, y continúa ofreciendo instrucciones verbales para cada paso.
3. La guía física de la educadora se va desvaneciendo en cada ensayo, manteniendo la verbal.
4. En lugar de dar indicaciones verbales, se pregunta al usuario por cada uno de los pasos para ver si ha aprendido bien la secuencia. Se refuerza verbalmente todo el tiempo.
5. La educadora observa cómo el usuario realiza la tarea sin instigadores y refuerza la ejecución.
6. Se retira la presencia de la educadora, diseñando esta tarea específica para que la realice cada mañana. Se revisa la ejecución dando feedback y reforzamiento positivo.

TÉCNICAS OPERANTES PARA LA ORGANIZACIÓN DE CONTINGENCIAS CONTRATOS CONDUCTUALES

Objetivo: Aumentar la aparición de conductas de baja frecuencia.

Supresión contingente de la posibilidad de obtener reforzamiento positivo durante un período de tiempo.

PROCEDIMIENTO:

- Las partes alcanzan un consenso sobre las conductas meta del contrato.
- Se especifican las consecuencias contingentes a la ejecución de la conducta.
- Se detallan las penalizaciones por los fallos de cada parte.

Aplicaciones: comportamientos perturbadores, asistencia a actividades en CRPS u otros recursos, mejora de la convivencia, etc. .

Puestos de común acuerdo:

D./ Dña. (usuario/a del PS)

D./ Dña. (psicóloga/o del PS)

Consienten en aceptar lo siguiente:

D./ Dña. (usuario/a del PS) se compromete a:

No verbalizar a sus compañeros del Piso Supervisado ninguna frase que haga referencia a ideación autolítica (Ej. No sé para que estoy vivo si esto es un aburrimiento, si fuese más valiente me clavaría un cuchillo, etc.), dado el malestar que genera en ellos, pudiendo utilizar el móvil de urgencias para hablar con las responsables del PS o desplazarse hasta los servicios sanitarios de urgencias.

En caso de contravenir este punto, la consecuencia será la salida del piso durante dos días, a una pensión de la zona.

La duración de este contrato tendrá una vigencia de un mes, y será revisado para su posterior negociación.

Madrid, fecha actualizada.

Firmado por ambas partes:

ENCADENAMIENTO

Objetivo: instaurar una conducta compleja que la persona no tiene en su repertorio, elaborando una cadena de conductas o pasos que se refuerzan, necesarias todas para conseguir la conducta meta. Se parte de conductas que existen en el repertorio de la persona.

Procedimiento:

1. Identificación de reforzadores eficaces.
2. División de la conducta en pasos sucesivos.
3. Moldeado del paso o pasos que la persona no tiene en su repertorio.
4. Entrenamiento de cada paso o segmento de conducta, reforzando positivamente y de forma sistemática la conducta (cada uno de los pasos viene seguido de un reforzador, que es el que mantiene lo aprendido y a la vez funciona como estímulo discriminativo del paso siguiente).

EJEMPLO PRÁCTICO: ENCADENAMIENTO

Conducta deseada: que limpie y ordene su habitación.

Línea base: cuenta dentro del repertorio conductual con las siguientes competencias:

Sabe seleccionar lo que sirve de lo que no.

Sabe barrer y limpiar el polvo.

Limpia la habitación, aunque realiza la tarea de forma intermitente (se pone a fumar, se va a la calle y deja la mitad sin hacer, no limpia el polvo, no barre debajo de la cama, etc.)

PLANIFICACIÓN:

Inicio: repertorio conductual presente: sabe barrer y limpiar el polvo. Ventila y hace la cama.

- Planificación de las tareas a realizar: en presencia de la educadora, se ofrecen instrucciones con información sobre las tareas a realizar; se secuencian los pasos (1º ventilar la habitación 5 minutos, hacer la cama, limpiar el polvo, barrer retirando la cama, mesita, etc., colocar la ropa en el armario, y por último fregar el suelo) y a medida que se va entrenando cada uno de ellos, de forma contingente se ofrece reforzamiento positivo de tipo social.
- Una vez están todos los pasos entrenados y la secuencia es correcta, en presencia de la educadora, él los va realizando, y en caso de duda ella le ofrece indicaciones.
- El siguiente paso consiste en la realización de la cadena conductual completa, con un registro de cada tarea, sin la educadora.
- Realización de las tareas sin presencia de la educadora y sin el apoyo del registro.

TIEMPO FUERA

Objetivo: reducir y/o eliminar conductas no deseadas, que interfieren en el funcionamiento de la persona y les causan problemas.

Procedimiento: retirar el acceso a reforzadores durante un período de tiempo limitado y conocido por la persona, de forma contingente con la aparición de la conducta que se pretende reducir o eliminar. Para ello, o bien se retiran las condiciones del medio que permiten la obtención de refuerzos o bien se retira a la persona del medio.

Es una técnica muy útil cuando conociendo el reforzador que mantiene la conducta, no se puede suspender su administración, por ejemplo con los refuerzos sociales. Es importante combinar la técnica con el refuerzo positivo de las conductas deseadas.

No se debe usar como conducta de evitación.

Es necesario explicarle a la persona el objetivo de la técnica antes de aplicarla, en qué va a consistir.

Ante la aparición de la conducta inadecuada:

- Se avisa, mediante un gesto, a la persona para indicar que está llevando a cabo este comportamiento.
- Si continúa, se retira a la persona de la situación y se le lleva o se le indica que vaya a un lugar sin refuerzos, neutro, donde debe permanecer durante un período de tiempo no muy extenso (2-5 minutos).
- Pasado este tiempo, se le devuelve a la situación, siempre que haya dejado de emitir la conducta que se quiere eliminar.

EJEMPLO PRÁCTICO: TIEMPO FUERA

CONDUCTA A EXTINGUIR: comentarios graciosos, bromas frecuentes, durante la realización de la planificación del menú semanal.

LÍNEA BASE: mientras tiene que dar sus recetas, así como los ingredientes para ir confeccionando la lista de la compra, el usuario permanece atento y centrado en la tarea. Cuando es el turno de sus compañeros, intenta llamar la atención de las educadoras y de éstos, a través de bromas, comentarios graciosos, que conllevan la distracción de sus compañeros, y refuerzo (se ríen con lo que dice, cambian el tema,...) y hacen que la reunión se alargue de manera muy significativa.

PLANIFICACIÓN:

1. Comprobamos que el sujeto puede permanecer atento a la tarea durante el tiempo que dura la planificación.
2. Explicación del objetivo: que respete el turno de sus compañeros, sin interrupciones a través de este tipo de comentarios ajenos a la reunión. Si emite uno, se le hará un gesto, y si emite un segundo comentario tendrá que ir a su habitación durante 5 minutos. En la habitación no puede fumar (norma básica para todos los usuarios), ni poner la radio. Cuando pasen esos cinco minutos, podrá reunirse de nuevo con los compañeros y las educadoras en la reunión. Podrá hacer comentarios sobre el tema en cuestión, sugerencias de recetas, consejos a la hora de planificar ingredientes, etc.

SOBRECORRECCIÓN

Objetivo: eliminar conductas inapropiadas.

Procedimiento: se aplican consecuencias aversivas de forma contingente a la aparición de la conducta inapropiada.

Variantes:

- Sobrecorrección restitutiva: la persona deja el entorno en un estado mucho mejor al que tenía antes de la conducta inadecuada.
- Sobrecorrección de práctica positiva: la persona practica repetidamente una conducta positiva.

EJEMPLO PRÁCTICO: SOBRECORRECCIÓN

CONDUCTA A EXTINGUIR: conductas de riesgo en el hogar (utilizar fuego para eliminar insectos)

LÍNEA BASE: el usuario ve en una esquina del techo unos insectos pequeños. La educadora acude con él a comprar un producto insecticida para aplicarlo. El usuario tras la marcha de la profesional, decide quemar con un mechero esa zona, "para asegurarse que mueren todos", a pesar de haber aplicado el spray (inflamable) con anterioridad.

PLANIFICACIÓN:

1. Explicación al usuario del riesgo que entraña la conducta que ha llevado a cabo.
 2. Descripción de dicha conducta inadecuada: quemar la pared con un mechero para eliminar insectos.
- Explicación al usuario de la práctica restitutiva que ha de realizar: limpiar la zona, comprar pintura blanca, y pintar la parte del techo que aparece quemada. Si aparecieran insectos, aplicar el spray indicado para su eliminación.

***Otro ejemplo podría hacer referencia a las manchas de orina en la taza del WC.

COSTE DE RESPUESTA

Objetivo: Eliminar conductas inapropiadas a través del castigo negativo.

Procedimiento: supone la pérdida de cantidades concretas de un reforzador positivo adquirido anteriormente, como consecuencia de emitir conductas inadecuadas. Los tipos de pérdidas pueden ser:

- Materiales: ej. Dinero.
- Actividades reforzantes: ir al cine, fumar, etc.
- Pérdida de puntos o ficha en el contexto de una economía de fichas.

Una vez que el usuario emite la conducta inadecuada, se quita el reforzador positivo, sin “reprimendas”. Es muy importante seleccionar uno que sea importante, valioso para la persona, y que no pueda ser reemplazado por otro. También hay que valorar el que sea proporcional a la conducta inadecuada. La eliminación del reforzador debe ser lo más inmediata posible a la emisión de la conducta inapropiada. Es una técnica muy eficaz porque fomenta el autocontrol, se suele producir una reducción rápida y eficaz de las conductas con efectos duraderos.

EJEMPLO PRÁCTICO: COSTE DE RESPUESTA

CONDUCTA A EXTINGUIR: hurtos de postres de la compra común.

LÍNEA BASE: el usuario ha consumido, sin permiso, copas de chocolate de otros compañeros.

PLANIFICACIÓN:

- Explicación de lo inadecuado de llevar a cabo hurtos en casa, describiendo específicamente las consecuencias negativas y el impacto que causa en la convivencia.
- Se llega al acuerdo con el usuario y el resto, de la necesidad de reponer lo que se ha cogido sin permiso, pagándolo de sus gastos de bolsillo diarios. El usuario comprará las copas de chocolate que ha consumido. Si se repite una segunda vez, se acuerda que comprará el doble de las que haya consumido.

8.2. Áreas de intervención

Fran Recalde

Es importante resaltar que el piso supervisado al ser un entorno donde el equipo tiene la posibilidad de obtener información inmediata y muchas veces completa de todas las áreas de funcionamiento del sujeto, constituye un lugar ideal para la intervención, ya que es posible poner en práctica todas las habilidades entrenadas en los diferentes recursos y se puede observar y dar feedback de forma inmediata y contingente a la conducta del usuario, esta actuación exige la coordinación entre los recursos para conocer por ejemplo si un programa de habilidades sociales realizado en un CRPS está produciendo efectos en la relación del usuario con sus compañeros de piso y desde el equipo de pisos se pueden establecer contingencias inmediatas a su conducta.

Las intervenciones que se realizan en los pisos supervisados pueden realizarse en los mismos pisos, en el entorno comunitario (calle, supermercado, recurso comunitario etc.) o bien en las dependencias del equipo de pisos. El tipo de intervención es generalmente individual, aunque también pueden realizarse intervenciones en grupo.

Las áreas de intervención en pisos supervisados son múltiples (Tabla 1)

Tabla 1

INTERVENCIONES DEL EQUIPO DE PISOS
Rutinas: planificación y organización de la vida diaria.
Convivencia: afrontamiento y solución de problemas.
Integración comunitaria
HABITOS DOMÉSTICOS Autonomía domestica
Actividades BASICAS de la vida diaria
Hábitos saludables
Adherencia al tratamiento farmacológico
intervención en situaciones de crisis y emergencias
Ocio y tiempo libre

Rutinas: planificación y organización de la vida diaria

Es aconsejable que los usuarios de los pisos compartan espacios y tiempos comunes para favorecer la relación social, la integración y la vinculación entre ellos, por lo que preferiblemente los usuarios comerán juntos, harán la compra con un fondo común, realizarán limpieza coordinada etc.

Cualquier semana normal en la vida de un usuario en un piso supervisado, requiere la realización de muchas actividades de la vida diaria que implican actividades personales como la higiene o

la limpieza de su habitación, tareas compartidas que pueden ser la realización de la compra o la comida para todos sus compañeros, así como realizar la limpieza de espacios comunes. Todas esas tareas deben ser compatibles con las actividades o responsabilidades que tiene cada usuario en su vida normal fuera del piso, y desde este recurso se deben flexibilizar dichas tareas para posibilitar su asistencia de forma prioritaria; (acudir a recursos, actividades formativas, trabajos, actividades de ocio etc.)

En muchas ocasiones los usuarios tienen dificultad para ajustar y conjugar todas estas tareas y responsabilidades así como ajustarlas entre cada uno de los miembros del piso, lo que puede llevar a problemas de convivencia.

Con el fin de evitar al máximo posibles problemas en el día a día del piso supervisado, desde el equipo de pisos, se tratará de ayudar a planificar todas las tareas, esta planificación se hará conjuntamente con los usuarios bien en los grupos de convivencia o en reuniones específicas para ello, atendiendo a las preferencias de los usuarios, al equilibrio entre las tareas, y a las actividades que realiza cada uno fuera del piso (cursos, recursos, trabajo, etc.)

Los acuerdos se plasmarán en registros o calendarios que se pondrán en el corcho o tablón de anuncios que hay en el piso con el fin de que todos los usuarios tengan claras cuales son sus tareas y en que días y horas se ha acordado realizarlas. Se podrán modificar los turnos siempre que haya acuerdo entre los usuarios y se comunique al equipo de pisos dichos cambios por si hubiese algún problema (abuso de algún usuario, acumulación de tareas en un usuario inhábil socialmente, etc.)

Área de convivencia: afrontamiento y solución de problemas

Relaciones con el vecindario y la Comunidad

Los pisos supervisados, pretenden ser un recurso residencial lo más normalizado posible y lo más integrado posible en su comunidad, por lo que se pretende que los usuarios asuman el rol de vecino. Se tratará que los usuarios se impliquen en las responsabilidades normales del vecindario respecto a la comunidad de vecinos; conocer el presidente de la comunidad, estar enterado de las incidencias que suceden en su comunidad; corte de agua, obras de reforma etc, fomentar el trato agradable y educado con los vecinos, respetar normas de convivencia.

Así mismo se potenciará los comportamientos que tiendan a iniciar y mantener alguna relación con el vecindario; personal que trabaje en tiendas, comercios, estancos, bares etc.

Es necesario dar una respuesta rápida por parte de los profesionales a cualquier dificultad que planteen los vecinos y mantener una actitud colaboradora.

Colaboración entre los residentes

Un piso supervisado es un recurso residencial que implica relación entre sus miembros, la necesidad de compartir espacios comunes y de asumir responsabilidades y tareas comunes. Esto implica la necesidad de colaborar en algún momento entre ellos para poder enfrenarse a las necesidades diarias del día a día, ya que pueden surgir innumerables circunstancias; hacerle la tarea a un compañero que no pueda hacer la comida por que le ha surgido un compromiso o esté enfermo, recoger el recado de una llamada de teléfono, etc.

Es importante que desde el equipo de pisos se fomenten actitudes de apoyo, ayuda y colaboración entre los usuarios.

Convivencia (Grupo de Convivencia)

REUNIONES DE CONVIVENCIA:

Se configuran como un espacio coordinado por todos los profesionales que intervienen en el piso.

Se deben realizar de forma sistemática al menos una vez a la semana, con una duración entre 60 y 120 minutos, dependiendo de las necesidades individuales de cada piso supervisado.

El objetivo fundamental es tratar todos aquellos aspectos relevantes del funcionamiento del piso y la convivencia entre los usuarios.

Se propone a modo de ejemplo la siguiente estructura:

- Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior.
- Elaboración del listado de temas a tratar durante la reunión.
- Tratamiento de cada punto, desde un planteamiento de Solución de Problemas en el que todos los participantes aportan alternativas de solución a los temas expuestos.
- Consenso sobre las decisiones a tomar.
- Convivencia: en cada reunión se interviene en aspectos concretos de habilidades sociales, que mejorarán la convivencia entre los usuarios (destacar conductas concretas de cada compañero que les hubieran agradado durante la semana, expresión de opiniones desde la asertividad, formulación de halagos, críticas constructivas con petición de cambio de conducta, etc.).

De cada reunión se registran por escrito los temas tratados y los acuerdos a los que se ha llegado en la reunión. Este acta estará accesible a todos los residentes y profesionales del PS.

En el anexo 6 podemos ver un ejemplo de orden del día con posibles temas a tratar.

Para finalizar este apartado explicamos algunos ejemplos de cómo llegar a acuerdos referidos a problemas que frecuentemente se pueden encontrar en la convivencia en el PS:

- **HORARIOS TV:** un usuario plantea que por las noches no puede conciliar el sueño porque los compañeros se quedan hasta la 1:00h.a.m. viendo la televisión. Se trata de una persona que suele acostarse en torno a las 22:00 h. En la reunión de convivencia llegan al acuerdo de respetar las horas de sueño de todos, y queda fijado un horario de TV y música: de domingo a jueves establecen que podrán tener encendida la TV hasta las 00:00 h.a.m. y los viernes y sábados hasta la 1:00 h.a.m. Se garantiza de este modo, no sólo compaginar las necesidades individuales de ocio y sueño de todos, sino también la regulación del ciclo vigilia-sueño del resto de compañeros, favoreciendo de este modo el que puedan acostarse antes ya que todos tienen que realizar tareas a primera hora del día siguiente.
- **VISITAS DE FAMILIARES / AMIGOS AL PISO SUPERVISADO:** en tutorías individuales dos usuarias del piso comentan que la otra compañera recibe visitas de familiares prácticamente todas las tardes en el piso, y sienten invadido su espacio (les apetece ver la TV y como están en el salón se inhiben, no están cómodas, se entristecen comparando las escasas o nulas visitas que ellas reciben e incluso tienen ciertos sentimientos de desconfianza porque no saben si podrían “llevarse algo” en su ausencia, etc). Antes de la reunión de convivencia en la que

se va a plantear esta situación, se establecen tutorías con la usuaria en cuestión para introducir el tema, y evitar malas interpretaciones (Ej. No quieren que venga mi familia). Durante la reunión de convivencia, las usuarias plantean la necesidad de establecer unos horarios, o al menos alguna planificación que les permita conocer qué días y a qué horas recibirá a sus familiares en casa. Se llega a los siguientes acuerdos:

- Todas tienen derecho a recibir visitas en el piso supervisado, ellas decidirán si quieren ejercer este derecho o no.
- Antes de que suban personas nuevas al piso, es necesario que alguno de los profesionales conozcan en una cita previa a la persona, no siendo necesario que este contacto se establezca en el propio recurso, puede ser en su CRPS de referencia, en una cafetería, etc.
- Siempre que vaya a acudir alguien al piso, es necesario dar esta información a los profesionales, personalmente o por teléfono, y apuntarlo en el cuaderno de incidencias para que quede registrado. Así mismo, será necesario comentarlo con el resto de las compañeras para que estén avisadas.
- Si la duración de la visita es inferior a media hora, pueden recibirla dando esta información a los profesionales, sin planificación previa.
- Si la duración de la visita es superior a este tiempo, (quieren quedarse a merendar, comer,...) se dará la información en la reunión de convivencia para que todas las usuarias lo conozcan y puedan dar su opinión.
- Siempre que se planifique por ejemplo que el familiar va a quedarse a comer o cenar, además de comentarlo con las compañeras para saber si están o no de acuerdo, la persona que ejerce de anfitriona se hará responsable de los gastos derivados de esta invitación (alimentos que tendrá que comprar fuera del presupuesto común de alimentación de esa semana).
- **NORMAS PARA FUMAR:** desde el inicio se establece como norma que los usuarios de cada piso serán los que decidan por acuerdo si se puede fumar o no en casa. Si deciden que sí, se establece así mismo como norma el que el espacio para hacerlo será el salón (evitando de este modo que fumen en las habitaciones por el peligro que puede conllevar, los baños y en la cocina, lugar que debe permanecer en las mejores condiciones de higiene para poder cocinar a diario).

INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Se trata de favorecer una mayor autonomía en su comportamiento social, fomentando su participación social, así como el uso de recursos sociales normalizados.

Conocimiento del barrio, el entorno. bibliotecas, polideportivos, mercados autobuses, metro...

Se tratará de acompañar al usuario a conocer el entorno próximo y lejano del piso supervisado si fuera necesario, identificando lugares clave (centro de salud, oficinas bancarias, recursos culturales, medios de transporte, cafeterías etc.)

Autonomía en desplazamientos,

Es necesario durante el proceso de evaluación, asegurarse que el usuario es capaz de utilizar los transportes públicos. Se comienza haciendo un listado de los lugares a los que está acudiendo en la actualidad o debe de acudir a corto plazo (CSM, Recursos de rehabilitación, Centro cultural

etc) y a través de una intervención planificada, seleccionar la técnica concreta y el entrenamiento que posibilitará el mayor grado de autonomía en esta área.

Uso de recursos normalizados

Un objetivo importante de la rehabilitación psicosocial, es el uso y aprovechamiento de los recursos normalizados en su comunidad. Desde el piso supervisado se debe intervenir para facilitar la búsqueda de recursos, ofrecer y entrenar para el acceso a recursos de ocio, laborales y formativos, necesarios para llevar a cabo el proceso de rehabilitación e inserción comunitaria de cada usuario. Una vez integrados los usuarios que lo necesiten en estos recursos, el equipo lleva a cabo un seguimiento continuado de estas actividades para asegurarse de su mantenimiento.

Es necesario flexibilizar la intervención del equipo de pisos y adecuarla a sus actividades fuera para favorecer su asistencia de forma prioritaria.

Uso de recursos de la red

Sería deseable que los residentes de los PS que así lo necesiten a su vez puedan recibir también atención de otros recursos de rehabilitación, como CRPS, CRL o CD.

Apoyo a la búsqueda de alternativas residenciales más normalizadas /Preparación para una vida independiente

Para algunos usuarios el piso supervisado es una alternativa residencial definitiva, sin embargo para otros puede ser un recurso puente para dar el paso final del itinerario de inserción que podría ser bien la vuelta al domicilio familiar bien la vida independiente, que puede ser posible si el usuario mantiene un buen nivel de funcionamiento psicosocial, una adecuada adherencia al tratamiento psiquiátrico y unos ingresos económicos regulares suficientes, bien a través de algún tipo de prestación o a través de un trabajo estable.

Con los usuarios que han llegado a esos niveles de funcionamiento se inician intervenciones dirigidas a ese objetivo que pueden consistir en la solicitud de un piso protegidos o del IVIMA, el contacto con otros pisos supervisados más autónomos con menor nivel de supervisión, o mayor nivel de autonomía (pisos individuales), pisos en el mercado libre para compartir entre varios usuarios, pisos en mercado libre para compartir con personas no usuarias, vuelta al domicilio familiar, vuelta al país de origen etc., con cada usuario en base a su evaluación se trabajará en una u otra dirección.

Es necesario comenzar a intervenir en esta área con tiempo suficiente para facilitar la generalización de las competencias entrenadas y adquiridas en el piso supervisado, así mismo para apoyar si fuera necesario en la planificación de ahorro, la búsqueda de alternativas de vivienda, etc.

Autonomía en gestiones

A lo largo de la vida de una persona, es necesario realizar innumerables gestiones de todo tipo en diferentes recursos o administraciones; desde trámites bancarios, a gestiones de pensiones, tramitar un carnet de piscina o de transporte.

Los usuarios de pisos tienen la necesidad de hacer frente a dichas gestiones y para ello deben de tener autonomía suficiente tanto en la realización de los desplazamientos así como en las capa-

ciudades de realizar las gestiones: búsqueda del recurso/ oficina donde se realiza dicha gestión, preparación de la documentación necesaria, rellenar impresos y solicitudes etc.

Las intervenciones en esta área se realizarán con los casos reales que vayan surgiendo en su vida diaria.

Manejo de dinero

Es importante que el usuario maneje y administre adecuadamente sus ingresos. Administrar el presupuesto económico consistirá en planificar, organizar, dirigir, ejecutar, supervisar y evaluar cada uno de los procesos que generan ingresos

Dependiendo de las necesidades y circunstancias individuales se realizarán diferentes acciones e intervenciones:

- Planificación individual de gastos. Evaluar los gastos actuales de cada usuario y hacer una planificación en función de los ingresos. Cubrir por orden los gastos básicos: comida, transporte, productos de limpieza y aseo personal, vestido y ocio. Es necesario garantizar siempre los gastos comunes, y ajustar el presupuesto a las necesidades de cada usuario. Concienciar sobre situaciones económicas, calcular gastos más importantes. Que aprenda a priorizar necesidades y a controlar gastos.
- Administración para un adecuado manejo del dinero (asignación diaria, semanal...) .A la hora de administrar el dinero se ha de tener en cuenta una serie de indicaciones generales, que pueden ser variadas en función de la situación y de la necesidad de cada usuario. El equipo, con el consentimiento del usuario, podrá apoyar en esta administración económica. (Anexo 7: Registro de administración económica)
- Intervenir y corregir conductas que impliquen excesivo gasto o de derroche (Ej. compra compulsiva). En estos casos puede ser necesario un mayor control del dinero de usuario acompañándolo al banco y llegando incluso a custodiarlo así como realizar un control de su cartilla, tarjetas de crédito etc.,
- Garantizar los gastos comunes
- Que aprenda aspectos administrativos de gestión (gestiones bancarias...)
- Fomentar el hábito de ahorro.

HÁBITOS DOMÉSTICOS: Autonomía doméstica

Un piso supervisado es un recurso de alta exigencia para los usuarios ya que requiere un alto nivel de competencia, de habilidades y de autonomía para poder hacer frente a las demandas y necesidades de la vida diaria.

La intervención del equipo de pisos en esta área consistirá en la realización de una evaluación exhaustiva de todos los elementos que la componen y el entrenamiento en cada una de ellas si fuese necesario, desde un modelado, realizando los educadores la conducta que queremos entrenar en un usuario que no la tiene en su repertorio, hasta una mera supervisión y apoyo en un usuario que la realiza adecuadamente

Los elementos en los que se descompone esta área los exponemos a continuación:

Planificación de menús equilibrados y compra de alimentos

Es necesario, principalmente en los primeros momentos de la incorporación a pisos el asesoramiento y entrenamiento en la realización de la compra de alimentos para seguir una dieta saludable. Desde el piso se les puede acompañar a conocer las tiendas y supermercados del barrio, explicarles donde hay alimentos mas frescos y baratos y animarles a ver las ofertas así como a comprobar la fecha de caducidad de los alimentos.

Se les explicará la importancia de planificar previamente la compra en base a los menús elaborados (mas adelante expondremos este punto) antes de ir al supermercado.

Cocina

Los usuarios atendidos en pisos supervisados deben de adquirir unos mínimos conocimientos de cocina, ya que es necesario que elaboren las comidas de forma rotativa.

Es posible que en muchos casos los usuarios sepan cocinar, pero en otros casos es necesario el entrenamiento por parte del equipo de pisos.

Los elementos que se entrenan son la utilización de menaje de cocina, el entrenamiento en prácticas de cocina, el empleo de tiempos y medidas, así como la explicación de los diferentes tipos de elaboración.

La intervención del equipo de pisos puede consistir en realizar en un primer momento la comida, explicando cada paso, para posteriormente en momentos siguientes tratar que la realice el usuario con los apoyos de los profesionales. En última instancia serán los usuarios los que realicen los menús de forma autónoma. Para ello se utilizarán técnicas vistas anteriormente, fundamentalmente moldeamiento, modelado y refuerzo positivo.

Utilización de electrodomésticos

Es importante asegurarse que los usuarios conocen la utilización de los electrodomésticos; lavadora, secadora, batidora, etc. y que hacen un uso responsable del material.

En los casos en que sea necesario, entrenar en el manejo y mantenimiento de éstos.

Limpieza doméstica

Como en los anteriores elementos, el equipo de pisos debe asegurar una correcta limpieza de los pisos supervisados, tanto de los espacios privados que suelen ser responsabilidad de cada usuario; habitaciones como de los espacios compartidos cuya limpieza suele realizarse en turnos rotativos.

Los elementos que hay que tener en cuenta son fregar menaje de cocina, barrer, fregar, limpiar el polvo, sacudir cortinas, ventilar, limpiar cristales, cambiar lencería del hogar.

Se realizarán limpiezas de choque a cargo de la entidad siempre que se valore necesario.

Utilización adecuada de recursos energéticos y reciclaje

Es necesario instruir a los usuarios en prácticas de ahorro y buen uso energético y reciclaje, por lo que se les asesora y anima a practicar algunos consejos fáciles de realizar como apagar las luces cuando no se estén usando, utilizar adecuadamente la calefacción, no malgastar agua, no tener innecesariamente encendidos los fuegos de la cocina, utilizar bombillas de bajo consumo o reciclar basura.

Intervención grupal para la elaboración conjunta de menús equilibrados:

Una de las áreas de intervención de los profesionales en los PS tiene que ver con favorecer espacios de convivencia en los que los usuarios compartan tareas y tiempo en común. Las comidas y todas aquellas actividades que están relacionadas se deben planificar de forma conjunta. Desde la elaboración de menús equilibrados en la que participen todos los miembros del PS, listas de la compra, estructuración de las compras, elaboración de las comidas y por supuesto, el propio acto de comer juntos.

Para ello es necesario planificar intervenciones grupales donde se realice dicha elaboración de menús equilibrados (Anexo 8: elaboración de menús). Semanalmente las educadoras de los pisos se deben reunir con los integrantes de cada piso para elaborar, desde el consenso, el menú de la semana. Se intervendrá activamente para que todos los usuarios participen en esta actividad, y que sus elecciones sean variadas, garantizando el aporte dietético adecuado. En los casos en los que los usuarios necesiten dietas especiales (bajas en colesterol, sin sal), se ha de garantizar el adecuado seguimiento de las indicaciones médicas. Por tanto, la persona encargada cada día de elaborar la comida o la cena, tendrá en cuenta dichas indicaciones, y preparará todos los platos que le sean asignados por turno. Todos han de participar en la elaboración de comidas y cenas, y en función del nivel de competencias en esta área, recibir los entrenamientos individuales que les capaciten para cocinar autónomamente. A la hora de realizar las compras de alimentación, productos de limpieza, se elaborarán conjuntamente listas de compra, con el objetivo de que todos desempeñen esta tarea. Los monitores intervendrán con aquellos usuarios que necesiten un apoyo y supervisión a la hora de hacer compras a través de atenciones individuales que se diseñarán con el objetivo de que adquieran el máximo nivel de autonomía posible en esta área.

Prevención de accidentes domésticos

En cualquier vivienda es posible que ocurran ciertos accidentes domésticos que si se conocen los riesgos, sus causas y sus consecuencias, podemos prevenirlos adquiriendo unos hábitos seguros que disminuyan la posibilidad de su sufrir un accidente en la vivienda.

En un primer momento, el equipo explicará de cada uno de los elementos de la vivienda relacionados con un peligro potencial (llaves de paso de gas y agua, diferencial eléctrico) clara y detalladamente para qué sirven, donde están situadas, que acciones puede y no se puede hacer y en que situaciones es necesario manipularlas.

Es adecuado realizar una serie de sesiones donde a través de tormenta de ideas se puedan ir dando soluciones a posibles accidentes que puedan suceder.

En el ANEXO 11 se muestra un posible protocolo de actuación ante accidentes domésticos.

Cada piso debe tener un botiquín con todo lo necesario para los primeros auxilios y se debe asegurar que el usuario conoce cada elemento/medicación y sabe para qué sirve y cómo se utiliza.

HÁBITOS SALUDABLES

Luz M^a Montoro

Su objetivo primordial es proporcionar independencia y autonomía en la higiene y en el cuidado de la salud a los usuarios. En los pisos supervisados se intervendrá en las diferentes áreas. Existen diferentes técnicas útiles para la adquisición, afianzamiento y/o mantenimiento de conductas, que se implementarán en función de las características del usuario:

Salud física

Los usuarios de los pisos supervisados generalmente son autónomos en cuanto al cuidado de su salud, acudir a citas médicas o comprar la medicación. Sin embargo en ocasiones el equipo de pisos debe de intervenir si dicha autonomía no es suficiente.

Objetivos	Metodología y técnicas
Que el usuario mantenga la adherencia al tratamiento terapéutico y farmacológico.	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamientos y entrenamientos en gestión de citas médicas. • Planificación y revisión periódica de la agenda de citas. • Entrenamientos para la preparación y revisión periódica del pastillero (modelado y ensayo de conducta, feedback por parte del monitor y desvanecimiento). • Programas de reforzamiento • Psicoeducación

Objetivos	Metodología y técnicas
Que el usuario adquiriera autonomía en la gestión de citas médicas (atención primaria y especialidades).	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamientos y entrenamientos en gestión de citas médicas y en habilidades requeridas (modelado y ensayo de conducta, feedback por parte del monitor y desvanecimiento). • Planificación y revisión periódica de la agenda de citas. • Programas de reforzamiento • Psicoeducación • Análisis conjunto de resultados

Vestido

Objetivos	Metodología y técnicas
Que el usuario vista con ropa limpia y en buen estado.	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback acerca del estado y limpieza de la indumentaria. • Entrenamientos en tareas domésticas de cuidado de la ropa (lavado, planchado, doblado y cosido de la ropa) por medio de modelado y moldeamiento, instrucciones, contratos conductuales, ensayo de conductas y encadenamiento. • Reconocimiento y reforzamiento positivo de la conducta ajustada.
Que el usuario vista con ropa adecuada a la época del año y la actividad a desarrollar.	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback acerca de si el tipo de indumentaria se ajusta a la época del año y/o a la actividad que va a desarrollar. • Elección y uso de ropa ajustada por medio de modelado e instrucciones. • Reconocimiento y reforzamiento positivo de la conducta ajustada.

Aseo

El aseo es un aspecto básico sobre el que intervenir. Es necesario realizar la línea base de funcionamiento y plantear de forma individualizada y consensuada con el usuario los objetivos que se pretenden conseguir.

Objetivos	Metodología y técnicas
<p>Que el usuario adquiera hábitos de higiene diaria/ periódica (la ducha, lavado de manos y cara, lavado y secado de cabello, higiene bucodental, afeitado, depilación, cuidados durante la menstruación, cuidado de uñas).</p>	<p>Las técnicas que favorecen la adquisición de hábitos o rutinas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en hábitos de higiene. • Uso de registros. • Feedback acerca del estado de higiene observada. • Entrenamientos por medio de modelado, moldeamiento, instrucciones, ensayo de conductas, encadenamiento, contratos conductuales. • Programas de reforzamiento. • Análisis conjunto de resultados y grado de satisfacción del usuario.
<p>Que el usuario se afiance en el establecimiento de hábitos de higiene diaria/ periódica (la ducha, lavado de manos y cara, lavado y secado de cabello, higiene bucodental, afeitado, depilación, cuidados durante la menstruación, cuidado de uñas)</p>	<p>Las técnicas que favorecen el afianzamiento de hábitos o rutinas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de registros. • Feedback acerca del estado de higiene observada. • Entrenamientos por medio de modelado (sobrepaprendizaje) y ensayo de conductas, autoinstrucciones, contratos conductuales, desvanecimiento de la presencia del monitor. • Programas de reforzamiento. • Análisis conjunto de resultados y grado de satisfacción del usuario.
<p>Que el usuario mantenga los hábitos de higiene diaria/periódica adquiridos (la ducha, lavado de manos y cara, lavado y secado de cabello, higiene bucodental, afeitado, depilación, cuidados durante la menstruación, cuidado de uñas).</p>	<p>Las técnicas que favorecen el mantenimiento de hábitos o rutinas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feedback acerca del estado de higiene observada y reconocimiento de conductas ajustadas. • Autoinstrucciones, contratos conductuales. • Análisis periódico de resultados y del grado de satisfacción del usuario.

Hábitos de Sueño

La intervención en este área pretende favorecer el adecuado descanso del usuario.

Objetivos	Metodología y técnicas
Que el usuario mantenga una rutina sueño/vigilia ajustada a sus necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Estructuración de horarios. • Propuesta de realización de actividades que favorecen la rutina de sueño: práctica de ejercicio físico... • Contratos conductuales y programas de reforzamiento. • Moldeamiento con inductores o instigación.
Que el usuario ajuste el uso de sustancias que afectan el ritmo del sueño: disminuir excitantes, no abusar de medicación...	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Contratos conductuales y programas de reforzamiento. • Feedback.
Que el usuario mantenga la adherencia al tratamiento farmacológico.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Uso de pastilleros para preparación y control de la medicación. • Contratos conductuales y programas de reforzamiento.
Que el entorno en el que descansa el usuario mantenga un acondicionamiento ambiental adecuado (luz, ventilación...)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Entrenamientos con apoyo de guías o protocolos de limpieza para el correcto mantenimiento del estado de ventilación e higiene en la habitación. • Contratos conductuales y programas de reforzamiento.

Sexualidad

Los usuarios deberían tener unos conocimientos básicos sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Objetivos	Metodología y técnicas
Que el usuario disponga de información básica sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre sexualidad por medio de reuniones, visualización de películas o documentales y debates o análisis de la información tanto a nivel individual como en grupo. • Orientación acerca de recursos que puedan ofrecer información, asistencia médica.

Actividad física

Desde el recurso de los pisos supervisados se fomentará la realización de actividades deportivas ya que esto forma parte de una vida saludable.

Objetivos	Metodología y técnicas
Que el usuario incorpore a su rutina semanal la realización de ejercicio físico saludable	<p>Las técnicas que favorecen la adquisición o incorporación de hábitos saludables a las rutinas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre los beneficios de los hábitos deportivos. • Uso de registros y planificación de horarios que incluyan la práctica del ejercicio físico. • Elección de actividades deportivas agradables y del gusto del usuario. • Búsqueda de recursos donde realizar la práctica del ejercicio físico. • Acompañamientos durante la realización del ejercicio físico que faciliten el establecimiento de la rutina. • Contratos conductuales. • Programas de reforzamiento. • Análisis conjunto de resultados y grado de satisfacción del usuario.
Que el usuario mantenga en su rutina semanal la realización de ejercicio físico saludable	<p>Las técnicas que favorecen el mantenimiento de los hábitos de realización de ejercicio físico en la rutina semanal son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feedback acerca de las observaciones realizadas sobre el mantenimiento de la rutina de ejercicio físico y reconocimiento de conductas ajustadas. • Autoinstrucciones, contratos conductuales. • Análisis periódico de resultados y del grado de satisfacción del usuario.

Prevención y cura de enfermedades

Para intervenir sobre éste área ayuda mantener la coordinación con el centro de atención primaria que corresponda al usuario.

Objetivos	Metodología y técnicas
Que el usuario disponga de información básica sobre: cómo prevenir el contagio de determinadas enfermedades, los riesgos que ellas conllevan, y cómo actuar si se encuentran enfermos.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre enfermedades infecto-contagiosas, vías de contagio, medidas de prevención y medios de curación. • Orientación acerca de recursos que puedan ofrecer información, asistencia médica. • Guías de actuación o protocolos de prevención.
Que el usuario conozca cómo actuar y qué medidas de protección utilizar ante elementos de riesgo de contagio, en la vivienda.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre: situaciones que pueden implicar riesgo de contagios: compartir maquinillas de afeitarse, cubiertos sin limpiar, etc... y sobre medidas a adoptar para evitarlo. • Guías y/o protocolos de actuación en situaciones de riesgo o accidente de alguien en el recurso. • Entrenamientos por medio de modelado y moldeamiento, instrucciones. • Organización del entorno con recursos que faciliten la prevención: guantes de látex para curas, utilización de chanclas si se comparten duchas, etc.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. Dar información y explicar al usuario la importancia de la autonomía de la toma en un Piso Supervisado.
2. Conocer el nivel de conocimiento sobre la medicación que toma, su pauta y su finalidad.
3. Con ayuda del monitor el usuario debe buscar un lugar adecuado dentro de la habitación para guardar la medicación y la pauta médica. Recordamos la importancia de que siempre debe ser el mismo lugar para evitar olvidos.
4. Fijar un día a la semana para rellenar el pastillero (si lo hubiera) con la ayuda o supervisión del educador de referencia. Más adelante, una vez adquirido el hábito, el educador, hará una supervisión indirecta de la toma de la medicación observando el pastillero.
5. Enseñar al usuario a ser consciente de la medicación que le queda, saber para cuántos días tiene y lograr que asocie la escasez de medicación con la petición de citas médicas.
6. A continuación, debemos entrenar al usuario para que acuda con las recetas a la farmacia del barrio más cercana y comprar su medicación.
7. Supervisión de la medicación. (Anexo 12: registro de medicación)
 - a. Supervisión directa: en este caso, la toma de medicación por parte del usuario se realiza diariamente en presencia del monitor.
 - b. Supervisión indirecta: en los casos en los que el usuario tiene mayor autonomía en la toma de medicación así como mayor adherencia al tratamiento. Distinguimos varios tipos:

- Observación diaria del pastillero: el monitor comprueba diariamente que el usuario ha realizado la toma que le corresponde, de esta manera el pastillero tiene cada vez más espacios vacíos hasta que queda totalmente vacío.
- Observación en días aleatorios del pastillero: una vez superado el paso anterior, el educador observa una o dos veces a la semana el pastillero y comprueba que el usuario ha realizado correctamente la toma de medicación que le corresponde.
- Observación de que tras una cita de médico ha comprado la medicación en la farmacia: el educador siempre está informado de la fecha y hora de las citas psiquiátricas, posibles cambios de medicación y las recetas que le han dado. Observar que ha adquirido su medicación de forma correcta.
- Preguntar por medio de entrevista si toma la medicación según lo pautado, etc

Otro aspecto importante en este apartado es realizar un adecuado seguimiento de citas, a salud mental, atención primaria, etc.

El equipo de pisos debe estar en conocimiento de la fecha y hora de las citas en salud mental, tanto con psiquiatras como con enfermería así como las fechas de los inyectables, todo ello con en fin de poder supervisar su adecuado cumplimiento.

Así mismo el equipo conocerá en todo momento la medicación y pauta que toma cada usuario y conocerá la modificación de dosis o de tipo de medicación cuando ocurra.

Un objetivo importante consiste en que el usuario sea autónomo en todos estos aspectos y los profesionales de los pisos apoyarán al usuario si es necesario con el entrenamiento en agenda personal, llamadas de recuerdo, acompañamientos si es necesario etc.

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS O EMERGENCIA

En los pisos supervisados pueden suceder los mismos imprevistos o accidentes que puede suceder en cualquier vivienda normal, (perder las llaves, que se vaya la luz o el agua, etc.). Pueden producirse problemas relacionados con la convivencia: enfados, peleas, no hacer sus tareas así como problemas derivados de la problemática psiquiátrica de los usuarios, aparición de sintomatología, crisis etc.

Es muy importante que el equipo tenga claro el procedimiento que se debe seguir ante cada uno de los casos y que los usuarios reciban así mismo pautas e indicaciones de cómo deben actuar ante determinadas situaciones.

Conflictos interpersonales

Como en cualquier piso donde convivan varias personas, en los pisos supervisados también surgen problemas de convivencia por lo que de manera preventiva, se trabajan de forma sistemática tanto en intervenciones individuales como en los grupos de convivencia y generalmente suelen evitarse o se logra que sean de baja intensidad. Sin embargo en ocasiones esos problemas son más intensos y repercuten de forma más grave en las relaciones entre los usuarios y en el funcionamiento del piso por lo que hay que intervenir de forma específica ya que pueden darse comportamientos extremos como son las discusiones, insultos, amenazas o incluso agresiones.

En estos casos se podría seguir el siguiente protocolo:

1. La intervención del equipo debe ser inmediata, especialmente si son hechos graves como una agresión.
2. El equipo recogerá información de lo ocurrido lo más objetiva posible, hay que tratar de no sacar conclusiones ni actuar sin conocimiento exacto de lo ocurrido.
3. Se hablará con el usuario o los usuarios implicados para ver sus puntos de vista, sus argumentos y buscar llegar a un entendimiento y si es posible un reconocimiento y una disculpa.
4. Se tratará de ofrecer ayuda para solucionar cualquier problema que refiere un usuario como causante del comportamiento que estamos tratando.
5. Si se determina claramente la responsabilidad de un usuario concreto, se trabajará con el para ver los motivos, la falta de control, buscar otras posibles comportamientos alternativos menos graves, utilizando la contingencia mas adecuada.
6. Si el comportamiento es una agresión se valorara la salida provisional o definitiva del piso supervisado.

Desestabilización sintomática

El contacto frecuente del profesional con el usuario va a favorecer la rápida identificación de pródromos que están manifestándose en éste, que pueden desencadenar una crisis y así poder realizar una intervención precoz que evitaría una hospitalización psiquiátrica.

1. Ante las señales prodrómicas del usuario, el procedimiento que debería seguir el equipo es:
 - Dar información a todo el equipo del estado del usuario
 - Realizar un análisis de la situación del usuario en el momento actual y en las últimas semanas para determinar posibles estresores y tratar de disminuirlos o eliminarlos: por Ej. reducir las horas de formación de un usuario, si el usuario está trabajando se podría valorar la posibilidad de que su médico de atención primaria le de la baja, reducir las tareas del piso si es necesario, realizar más apoyos por parte del equipo, etc.). Ej. Si llama un usuario diciendo que su compañero está verbalizando ideación delirante, 1º hablaremos con esta persona por teléfono para poder evaluar su estado, y 2º acudiremos al piso si es necesario para llevar a cabo las actuaciones necesarias.
 - Reducción del nivel de estimulación en cuanto a tareas.
 - Análisis de si el usuario está consumiendo alguna droga o alcohol.
 - Confirmar que se está tomando la medicación de manera adecuada, si no es así supervisión directa y presencial de la medicación hasta que desaparezca la descompensación.
 - Información a su psiquiatra y adelantar la cita.
2. Si el usuario está descompensado psiquiátricamente:
 - Acompañamiento a urgencias psiquiátricas si fuese necesario.
 - Favorecer la hospitalización en caso de no poder resolver la situación dentro del piso.
 - En estas situaciones puede ser necesario la atención de urgencia del equipo fuera de la jornada laboral incluso noches o fines de semana y la intervención en este área estará coordinada en todo momento por el coordinador del equipo.
 - Puede ser necesaria la intervención de algún servicio de emergencia (112) o policía, si fuese necesario hay que garantizar que haya un miembro del equipo de pisos en todo momento.

- Es importante tener informados a los compañeros de piso de lo que está sucediendo sin alarmar ni magnificar lo ocurrido sino poniéndolo en el contexto de su situación de persona con enfermedad mental y la posibilidad de empeoramiento, pero dando siempre un mensaje optimista. Durante el tiempo que el usuario está desajustado se tratará de evitar el máximo impacto que la dejadez de las tareas del usuario en crisis y sus comportamientos puedan afectar a sus compañeros.

INTERVENCIONES A TRAVÉS DEL TELEFONO DE GUARDIA

Todos los pisos supervisados de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid tienen un teléfono de emergencia con atención diurna y nocturna, por lo que es el equipo de pisos el que se hace cargo de las emergencias las 24 horas del día. Los usuarios de los pisos supervisados pueden llamar al teléfono de emergencia en cualquier momento para comunicar cualquier incidencia que no pueda esperar al horario laboral habitual del equipo.

Cuando el profesional del equipo recibe una llamada puede bien resolverla telefónicamente o bien se hace necesaria la presencia de dicho profesional en el piso para poder resolverla adecuadamente.

Es necesario explicar bien a los usuarios en que momentos llamar a dicho teléfono, no utilizar para asuntos que se pueden hablar al día siguiente en horario laboral. Se entrenará a los usuarios para que discriminen qué es y qué no es una urgencia.

9. Criterios de alta-baja

Gema Ledo

La estancia en un piso supervisado se suele venir marcada habitualmente en el momento de la derivación desde salud mental y puede ser una estancia transitoria (si su estancia está planificada y tiene unos objetivos muy concretos) o una estancia indefinida (cuando la salida a priori no está marcada ni prevista.)

Los motivos de Salida de un piso supervisado pueden ser múltiples; estar motivados por la persona; estar previstos a priori y /o se puede producir una salida debido al cambio de circunstancias y situación de la persona por decisión de los profesionales que lo atienden debido a su inadecuación al dispositivo.

Motivos de Salida

1. Alta: La salida del piso se produce debido al cumplimiento de objetivos.

Salida Por Cumplimiento de Objetivos:

El objetivo de estancia en un piso supervisado puede estar planificado a priori y servir de paso intermedio a la salida de la persona a un domicilio particular haciéndose efectiva su salida cuando los objetivos de trabajo están cumplidos y la persona está capacitada y tiene los recursos económicos para vivir de forma autónoma en otro contexto.

En otras ocasiones, la derivación se realiza en principio con el objetivo de permanecer en una estancia indefinida debido a la no posibilidad de plantear alta al no darse las condiciones necesarias para ello, ya sea por falta de competencias, de recursos económicos y/o de apoyo. Sin embargo, es importante tener presente el cambio de circunstancias de la persona en su evolución o circunstancias que hacen posible a la persona plantearse un alta no prevista. En algunas ocasiones son los profesionales quienes pueden estimular y motivar a la persona a dar éste paso.

Con el objetivo de mejora de la calidad de vida y fomento de autonomía de las personas en atención es importante atender a la utilización de las plazas de pisos como dispositivos que están también destinados a facilitar y apoyar la salida de la persona a un entorno aún más autónomo y normalizado siempre y cuando sea adecuado.

Consideramos oportuno y necesario plantear unos "criterios de alta" y así mismo un "plan de alta" que guíe de la forma más óptima el camino hacia el mantenimiento en el entorno. De esta manera desde el equipo de pisos en colaboración con salud mental se plantea la evaluación dinámica de la persona, atendiendo a sus necesidades, sus capacidades y recursos necesarios para poder efectuar una salida.

Como **Criterios de Alta** se podrían incluir los siguientes:

1. Tener acceso a una vivienda (herencias, etc.) y/o posibilidades económicas para costearla.
2. Tener recursos económicos suficientes que le permitan mantenerse con unas condiciones adecuadas de calidad de vida en un contexto normalizado.
3. Tener un nivel de autonomía personal adecuado que permita sostenerse en esta situación y/o la existencia de otros apoyos que puedan dar soporte y cobertura en función de las necesidades de la persona (Tener red social y familiar, la atención de un equipo de apoyo.)

Así mismo, dada esta situación es importante facilitar la salida poniendo a disposición el apoyo necesario a la persona para poder conseguir llevar a cabo una salida satisfactoria mediante aspectos tales como apoyo en la búsqueda de una vivienda, entrenamiento en determinados aspectos, apoyo emocional en el proceso de salida, intervenir con la persona sobre las expectativas, temores y dificultades así como facilitar una salida progresiva que permita evaluar e intervenir o retroceder si fuera necesario.

Alta con motivo de rebasar los límites de edad:

Como motivo de alta mencionar la salida de la persona del dispositivo tal y como está marcado en el pliego de condiciones por rebasar el límite superior de edad de 65 años. Es importante en coordinación con salud mental y los dispositivos necesarios coordinar las actuaciones y trámites necesarios y planificar esta salida previa búsqueda de otro recurso residencial.

2. Baja como salida del piso

Baja por inadecuación al recurso: Salida definitiva de la persona del piso supervisado debido a no adecuación del perfil que a su vez puede ser debido a diferentes causas.

Causas debido a la modificación en su situación física Y/o psicopatológica:

Por una parte, puede ocurrir que la evolución de la persona se incline a un mayor deterioro funcional, se produzca un cambio en su situación psicopatológica y/o física y por éstos motivos el recurso ya no puede dar la cobertura adecuada a sus necesidades, necesitando dispositivos que ofrezcan mayor estructura, disponibilidad de atención continuada y mayor grado de apoyo tales como miniresidencias o estancias en dispositivos de media estancia. Es como siempre, de vital importancia coordinar las acciones oportunas que permitan tener un acceso ágil a otras alternativas residenciales y/o dispositivos más adecuados.

Causas debido a un inadecuado ajuste del usuario al contexto del piso:

Otra causa de baja por inadecuación al recurso se produce como consecuencia del impacto que tiene en el funcionamiento del piso, hacia sí mismo y/o en el resto de personas en atención las dificultades que pueda mostrar un usuario en las relaciones de convivencia, el incumplimiento reiterado de normas y/o las conductas disruptivas, pudiendo llegar a ser éstos los motivos de salida definitiva del piso.

En estos casos es importante hacer un trabajo previo con el usuario que ocupa plaza en el piso con el objetivo de tratar de reconducir la situación, adoptar las medidas necesarias que faciliten un adecuado ajuste, mediante distintas intervenciones diseñadas según las particularidades de la persona,. Podemos mencionar las que incluyen favorecer una mayor competencia social, analizar las dificultades con detenimiento y tratar de potenciar estrategias para la resolución

de conflictos, así como utilizar otras estrategias tales como avisos de consecuencias, sanciones y salidas temporales del piso, tras los que recurrir a la salida definitiva. De cualquier forma, la aplicación de cada una de éstas u otras estrategias, será importante utilizarla en función de cada casuística concreta y a la luz del análisis pormenorizado. En todos los casos, es importante desde el equipo de pisos trabajar una posible alternativa residencial a la salida mediante coordinaciones con salud mental que facilite la salida de la forma más adecuada para la persona.

A través de la herramienta del régimen disciplinario, que se da a conocer al usuario en la entrada del piso junto con las normas, los derechos y responsabilidades, se podrá valorar la gravedad de las acciones como falta leve o grave dependiendo de la intencionalidad, el daño o perturbación del funcionamiento normal del piso y/o los compañeros y la reincidencia. En función de esta valoración, se procederá a establecer sanciones con el objetivo de reconducir la situación, sanciones que pueden ir desde amonestaciones, hasta salidas temporales u otras alternativas de sanciones o conductas compensatorias que puedan redundar en la mejora de su proceso de rehabilitación. En último término y tras las intervenciones comentadas, se procedería a la salida definitiva.

Con el objetivo de reducir en lo posible que se produzcan estas salidas y minimizar como consecuencia las experiencias negativas que puedan dañar o perjudicar posteriores actuaciones de rehabilitación tanto para la persona como para el resto de usuarios que conviven con ella, creemos oportuno poner el énfasis en los aspectos preventivos. En ésta línea, por una parte, tiene vital importancia realizar un trabajo coordinado con la residencia de la que proceden en la **valoración previa de la persona a la entrada al piso**, teniendo como eje clave de la evaluación las habilidades y capacidades de convivencia, la historia previa de conductas disruptivas así como la capacidad para la asunción de normas que es un aspecto necesario para la adaptación e incorporación al piso.

Otro elemento preventivo es realizar una incorporación paulatina de la Miniresidencia al piso, con el tiempo suficiente que permita evaluar la puesta en escena de este tipo de dificultades antes de efectuar la retirada de la plaza en la Miniresidencia .

A modo ilustrativo, se menciona un ejemplo de salida con motivo de inadecuación al recurso.

Caso Ilustrativo: Salida debido a un inadecuado ajuste de la persona al contexto del piso.

La persona es derivada al piso supervisado debido a conflictividad familiar grave en el contexto del domicilio paterno. Durante algunos periodos de tiempo ha ocupado plaza en la residencia de referencia con motivo de descansos familiares y es conocida por el área, por lo que se realiza la derivación tras un breve tiempo en la miniresidencia. Mantiene sintomatología auto referencial con el vecindario y el domicilio familiar. En este contexto mantiene conductas disruptivas constantes que provocan gran malestar. La persona tiene, según informes Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y trastorno de personalidad con rasgos histriónicos y dependientes.

Durante el proceso de evaluación y adaptación al piso no se ponen de manifiesto importantes dificultades en las relaciones interpersonales dentro del piso. Sin embargo, a partir de las primeras semanas de convivencia, se empiezan a objetivar y poner de manifiesto conductas reiteradas que alteran el funcionamiento general de piso y la convivencia. La persona mantiene una marcada desinhibición e impulsividad que se evidencia en expresiones de agresividad verbal intensa ante las críticas de los compañeros, manteniendo interpretación delirante de las acciones

de los compañeros y actividades normales del piso. Mantiene baja tolerancia a la frustración y quejas constantes del resto de los compañeros, especialmente en relación a la limpieza, mediante insultos y acusaciones reiteradas de perjuicio.

Comienza a ponerse de manifiesto un gasto impulsivo con dificultades para manejar pequeñas cantidades de dinero y una utilización permanente y excesiva del teléfono del piso realizando de forma habitual llamadas a sus familiares, lo que ocasionaba el gasto total de forma diaria del dinero comunitario destinado para el teléfono, realizando llamadas reiteradas a los profesionales con amenazas de autolesión, llanto y agresividad verbal continua hacia su padre, con quién aún seguía manteniendo contacto de forma habitual ya que solía acudir al domicilio paterno de forma prácticamente diaria a pesar de la negativa explícita de su padre.

Eran estas disputas familiares las que provocaban gran impacto en la persona y desencadenaban en parte, aunque no de forma exclusiva, el despliegue de conductas disruptivas en el piso.

En general, durante los seis meses de estancia en el piso, la persona ha mantenido grandes dificultades de autocontrol para la asunción de las normas de funcionamiento del piso y mostró pobres competencias sociales que le imposibilitan una convivencia adecuada, así mismo con marcada sintomatología auto referencial. La persona hacía crítica de sus actos a posteriori y manifestaba no "saber controlar estas reacciones". Desde el equipo de pisos, a lo largo de los meses en los que se mantiene esta situación se ha trabajado con la usuaria y la familia con el objetivo de poder reconducir la situación. Por una parte, con la usuaria tratando de identificar situaciones que desencadenaban estas reacciones de ira y potenciar estrategias alternativas muy básicas de autocontrol, como salir de la situación, autoinstrucciones que le permitieran manejar la agresividad, mejorar la capacidad para analizar con ella las consecuencias de esas reacciones, y las alternativas posibles de reinterpretación de la situación, así como potenciar la capacidad para negociar soluciones. Por otra parte, se llevaron a cabo la aplicación reiterada de consecuencias a sus conductas disruptivas, realizando comportamientos compensatorios tales pedir disculpas a las compañeras, y compensar las conductas con liberación de tareas domésticas al resto, compensar el pago económico del teléfono y periodos de tiempo fuera del piso.

Ninguna de estas estrategias sirvió para reconducir las conductas disruptivas de una forma permanente que fluctuaban en intensidad y frecuencia de forma variable.

Así mismo, se trabajó con la familia y la persona con el objetivo de llegar a acuerdos que favorecieran y facilitaran recuperar una mejor relación, tratando de establecer encuentros familiares fuera del contexto domiciliario mediante la realización de actividades gratificantes conjuntas con frecuencia semanal, a cambio de limitar las visitas inesperadas al domicilio paterno que generaban disputas. Este tipo de intervenciones fueron útiles en determinadas épocas y durante algunas semanas mejoraron las relaciones familiares y las repercusiones en el piso disminuyeron en algún periodo llegando incluso a permanecer de vacaciones juntos durante algún corto periodo de tiempo. Sin embargo, de forma cíclica se activaban nuevamente las conductas disruptivas, las reacciones de agresividad llegando incluso a amenazas verbales de agresión física a otras usuarias y a sí misma dentro del propio contexto del piso. Los episodios de agresividad familiar fueron aumentando notablemente, llegando a desencadenar algún episodio de agresividad física que requirió intervención policial. Durante todo el proceso se apeló y anticiparon las posibles consecuencias de abandonar el piso, tanto a la persona, a su familia, como a salud mental y a sus tutores legales si la situación no se reconducía. Las conductas inadecuadas llega-

ron a su máxima expresión en un episodio disruptivo dentro del contexto del piso que, unido a la dinámica constante terminó desencadenando la salida definitiva del piso, debido al impacto emocional que estaba provocando en sus compañeras. Tras valoración con salud mental, su familia y tutela, se procede a efectuar la salida definitiva del piso, debido a las repercusiones que está teniendo en el resto de compañeras y a su bajo nivel de competencias personales y sociales necesarias para mantenerse en el entorno de un piso supervisado.

De forma coordinada con los diferentes profesionales, CSM, el equipo de tutela y los profesionales del equipo de rehabilitación al que acudía, tras trasladar dicha decisión a la persona y la familia, se decidió derivar a un equipo de apoyo y se mantuvo en el piso durante el tiempo necesario para la incorporación del EASC y una mayor vinculación al dispositivo de rehabilitación al que ya acudía que prestarían apoyo a su retorno en el domicilio familiar hasta lograr ocupar plaza en un dispositivo de media estancia privada y más tarde pública.

3- Abandono: Los pisos supervisados son un recurso voluntario y abierto. De este modo, la persona puede decidir efectuar la salida del piso de forma voluntaria. En los casos de abandono, cuando sea posible se tratará de analizar las causas y los motivos por los que desea abandonar el recurso. Si se valora adecuado para la persona que permanezca en el piso y es posible trabajar con la persona con el objetivo de reconducir la intervención se tratará de hacer. Si finalmente, decide abandonar se le facilitará la salida y se la apoyará en la mejor adaptación a su salida siempre que sea posible.

RECOMENDACIONES

1. Es importante recuperar el papel de los pisos supervisados como el contexto por excelencia que sirva de paso previo a una vivienda normalizada, tratando de estimular las altas y las estancias transitorias.
2. Es muy importante establecer una ágil coordinación con Salud Mental que permita y facilite la gestión de una alternativa residencial planificada a la salida del piso en los casos de baja del recurso por inadecuación o por cambio en la situación de la persona.
3. A modo preventivo: Como forma de garantizar un ajuste adecuado de la persona-piso es necesario:
 - Tener presente que los elementos clave de la evaluación son las habilidades y capacidades de convivencia, así como la capacidad para la asunción de normas.
 - Realizar una incorporación paulatina de la miniresidencia al piso, con el tiempo suficiente que permita evaluar la puesta en escena de este tipo de competencias antes de retirar la plaza de la miniresidencia.

Bibliografía

A continuación indicamos un breve listado de referencias bibliográficas generales sobre Atención Psicosocial y Apoyo Comunitario y también específica sobre Atención Residencial y apoyo al alojamiento comunitario a personas con trastorno mental grave.

Atención psicosocial y apoyo comunitario AEN (2002)

AEN (2002): *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: Situación actual y recomendaciones*. Madrid: AEN, Cuadernos Técnicos n 6.

ALDAZ, J.A. y VÁZQUEZ, C. (Comps) (1996): *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Edit. S.XXI.

Birchwood, M. (Ed) (1995): *Tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Madrid: Edit. Ariel.

BLANCO, A.; PASTOR, A y NAVARRO D (coords) (2010): *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid. Editorial Síntesis. Colección Psicología, Manuales prácticos.

CAÑAMARES,J; CASTEJÓN,M.; FLORIT, A.; GONZÁLEZ, J.; HERNÁNDEZ, J.A.; y RODRÍGUEZ A. (2001): *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis. Colección Psicología Clínica, Guías de Intervención nº 5.

Consejería de Servicios Sociales (1999): *Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica..* Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Servicios Sociales (2003): *Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

DESVIAT.M. (1995): *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid. Ediciones DOR.

ESPINOSA, J. (ED) (1984): *Cronicidad en Psiquiatría* Madrid. Edit. NIEVA.

GISBERT, C. (coord.) (2003): *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. Madrid: AEN, Colección Estudios nº 28. Ponencia Congreso AEN , OVIEDO JUNIO 2003.

GONZÁLEZ, J. y RODRÍGUEZ A. (Coord) (2002): *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 17.

LIBERMAN, R.P. (ED) (1988/1993): *Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico*, Barcelona. Edit. MTNEZ ROCA.

MARTÍNEZ ROMÁN, M^a (1992): "Los Enfermos Mentales Crónicos como usuarios de los Servicios Sociales". En JORGE GARCÍA FERRER y M^a ASUNCIÓN MARTÍNEZ ROMÁN (Coord.) *Necesidades Colectivas y Servicios Sociales*. Alicante. Instituto de Cultura "JUAN GIL ALBERT". Diputación de Alicante.

RODRÍGUEZ, A. (Coord) (1997): *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.

RODRÍGUEZ, A. (1994): "Sobre la Rehabilitación Psicosocial: Reflexiones y perspectivas". *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*. N1 0, Año I, p.3-9.

RODRÍGUEZ A. (Coord) (2001): *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 14.

SOBRINO, T y RODRÍGUEZ, A (2007): *Intervención Social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Editorial Síntesis, Colección Análisis e Intervención Social nº 10.

Atención residencial y apoyo al alojamiento

American Psychiatric Association Task Force on Community Services (1982): *A Typology of Community Residential Services*. Washington D.C. American Psychiatric Association.

ARCE, A y VERGARE, M. (1985): An Overview of Community Residences as Alternatives Hospitalization. *Psychiatric Clinic of North America*. Vol. 8 (3), 423-436.

BLANCH, A.; CARLING, P. Y RIDGWAY, P. (1988): Normal Housing with Specialized Supports: A Psychiatric Rehabilitation Approach to Living in the Community. *Rehabilitation Psychology*. Vol. 33 (1), 47-55.

BUDSON, R. D. (1981): Community Residential Care. En J.A. Talbot: *The Chronic Mentally Ill*. New York. Human Science Press.

CARLING, P.J. y RIDGWAY, P. (1989): A Psychiatric Rehabilitation Approach to Housing. En M. D. FARKAS y W. A. ANTHONY (Eds): *Rehabilitation Programs: Theory Into Practice*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.

CASTILLA GARCÍA, A et al. (1.991): *Los Hogares Protegidos en el Marco de la Asistencia Psiquiátrica*. Valladolid. Consejería de Cultura y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.

Consejería de Servicios Sociales (1999): Diseños de MiniResidencia y Pisos supervisados. Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica.. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2003): *Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Asuntos Sociales (2012): *Red de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Fields, S. (1990): The Relationship between Residential Treatment and Supported Housing in a Community System of Services. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4),105-113.

FISLEM (2007): *Guía práctica para el trabajo en Viviendas Supervisadas*. Fundación SocioSanitaria para la Integración Social y Laboral del Enfermo Mental (FISLEM). Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

FLORIT, A.; CAÑAMARES J.M.; COLLANTES, B. y RODRÍGUEZ, A. (Coord) (2007): *Atención Residencial comunitaria y Apoyo al Alojamiento de personas con enfermedad mental crónica: Recursos*

residenciales y Programas Básicos de Intervención. Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales.

MUÑOZ, M.; VAZQUEZ, C. y CRUZADO, J. A. (1.995): *Personas sin hogar en Madrid*. Informe psico-social y epidemiológico. Madrid. Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid

RIDGWAY, P.Y ZIPPLE, A. (1990): The Paradigm Shift in Residential Services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 12-31.

RODRÍGUEZ, A (2007): Atención Residencial Comunitaria. En SOBRINO, T y RODRÍGUEZ, A (2007): *Intervención Social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Editorial Síntesis, Colección Análisis e Intervención Social nº 10. Capítulo 5.

SOBRINO, T.; RODRÍGUEZ, A, y FERNÁNDEZ J.M. (1997): Servicios residenciales comunitarios para personas con enfermedades mentales crónicas. A. RODRÍGUEZ (Coord): *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.

STROUL, B. (1988): Community Support Systems for Persons with Long-Term Mental Illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12 (3), 10-26.

Metodología

ADAN, A; AGUAYO, M; BETES, C; CALVO, M; CERNUDA, J.L; DOMINGO, R; RECALDE, F. (2008) Guía de intervención en pisos supervisados; Pisos Supervisados y Programas de Apoyo a la Reinserción Social de Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica en Situación de Exclusión (PRISEMI) (Documento no publicado)

EYSENCK, (1990). Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 244–276). New York: Guilford

LABRADOR, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Pirámide.

LARROY, C. (2008). *Técnicas operantes I: desarrollo de conductas, en Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Pirámide.

MARTIN, G y PEAR, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid. Pearson.

MÉNDEZ, F. X. y OLIVARES, J. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Biblioteca Nueva.

RIBES, E. y LÓPEZ, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.

ANEXOS:

ANEXO 1: Carta de derechos y deberes.....	76
ANEXO 2: Contrato de estancia.....	78
ANEXO 3: Guía 1 de evaluación: evaluación de prerequisites básicos.	80
ANEXO 4: Guía 2 de evaluación: exploración de competencias y habilidades específicas . .	83
ANEXO 5: Guía 3 de evaluación: Guía básica de evaluación	86
ANEXO 6: Acta de reunión de convivencia	88
ANEXO 7: Registro de asignación económica.	89
ANEXO 8: Registro de menús	90
ANEXO 9: Protocolo y guía de limpieza de limpieza.....	91
ANEXO 10: Registro de organización de limpieza de zonas comunes.....	101
ANEXO 11: Prevención de accidentes domésticos.....	102

Anexo 1. Carta de derechos y deberes

Derechos

- A ser respetado como persona y ciudadano/a de pleno derecho.
- A recibir una atención y un trato respetuoso y lo más normalizado posible.
- A aceptar su estancia en el Piso de un modo voluntario, de acuerdo al contrato de estancia firmado por el mismo.
- A recibir el apoyo y supervisión oportuno para facilitar su adaptación y funcionamiento en el Piso y para avanzar en su proceso individualizado de rehabilitación e integración comunitaria.
- A disponer de un espacio personal propio que asegure su derecho a la intimidad.
- A tener en el Piso una condiciones dignas y adecuadas de habitabilidad y confort.
- A ser respetado en sus derechos e intimidad por sus compañeros y por los profesionales encargados del apoyo y supervisión del Piso.
- A conocer y recibir información sobre su situación, tanto en lo referente a su estancia como en relación con su proceso de rehabilitación y soporte comunitario.
- A conocer y participar activamente en el diseño y desarrollo de su plan individualizado de atención, apoyo y rehabilitación en el Piso.
- A participar en la organización y funcionamiento del Piso.
- A poder tomar decisiones sobre su propia vida, siempre y cuando estas decisiones no afecten negativamente al funcionamiento del Piso o del resto de los compañeros que conviven en él.
- A disponer de la posibilidad de entrar y salir del Piso, así como realizar y recibir visitas, respetando las normas básicas de convivencia.
- A la plena y total confidencialidad de los datos respecto a su vida, su estancia en el Piso y su plan de atención y rehabilitación.
- A ser consultado y decidir sobre la oportunidad o no de visitas al Piso por parte de otros profesionales o instituciones.

Deberes:

- A respetar las normas elementales de convivencia en la relación con los demás usuarios y con el personal de apoyo y supervisión.
- A mantener en buen estado y ocuparse del orden y limpieza de su espacio personal y preferencias. Así como utilizar adecuadamente el mobiliario, enseres e instalaciones del Piso.
- A participar y colaborar en la realización de las tareas domésticas comunes de acuerdo a los turnos y organización que se establezcan. De igual modo deberá colaborar, en función de sus ingresos y circunstancias, con las asignaciones económicas que se asignen para el funcionamiento doméstico del piso y para asumir el coste de la manutención personal.
- A respetar y cumplir con la organización y funcionamiento interno del Piso que se establezca y acuerde por todos los usuarios y por el equipo de apoyo.
- A cumplir las normas básicas de la comunidad de vecinos del inmueble en que se ubique el Piso, manteniendo una relación respetuosa con los vecinos.
- A aceptar las decisiones del equipo técnico de apoyo y de la Consejería sobre la duración de su estancia en el Piso.
- A respetar las decisiones del equipo respecto a los comportamientos o normas necesarias para facilitar el adecuado funcionamiento del Piso y el bienestar de los usuarios que en él convivan.
- A participar en las diversas actividades previstas y acordadas dentro de su plan de atención y apoyo.
- A informar al equipo sobre su voluntad de abandonar el Piso de una forma esporádica o permanente.
- A informar al equipo en caso de conflicto con algún otro compañero de Piso, con vecinos así como cualquier otra circunstancia que pueda afectar negativamente al funcionamiento del Piso.

Anexo 2. Contrato de estancia en piso supervisado

El Piso situado en la C/....., **situado en**, es uno de los Pisos Supervisados que la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, tiene en funcionamiento en el marco de su *Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera* (Dirección General de Servicios Sociales) y está siendo gestionado por

Los Pisos Supervisados constituyen un recurso residencial y de apoyo social destinado a atender las necesidades de apoyo al alojamiento y a promover la autonomía e integración social de personas con problemas psiquiátricos crónicos. El objetivo de los pisos es ayudar a cada persona que vive en ellos a ser autónoma y a facilitar su integración y participación social normalizada.

La estancia de cada persona en los pisos puede ser temporal o indefinida. Depende de cada persona y de cómo sea en cada momento su situación personal.

En ningún caso la firma del presente documento implica para el usuario de Piso Supervisado un derecho independiente de ocupación sobre el inmueble, sino que la estancia en el Piso viene siempre condicionada a la valoración técnica que en cada momento haga bien la entidad titular del Piso Supervisado o responsable de su supervisión o bien la propia Consejería de Familia y Asuntos Sociales en función de la situación personal de cada persona y de su proceso de atención e integración social.

Dña./D., con **D.N.I. nº** _____, atendido y derivado por el Servicio de Salud Mental del distrito de Coslada, acepta voluntariamente pasar a vivir en el piso supervisado cuya dirección se indica arriba, con un **período previsto de estancia** comprometiéndose a:

1. Respetar a sus compañeros de piso y al personal de apoyo y supervisión.
2. Respetar y cumplir las normas de convivencia y organización interna que se establezcan, entre las que se incluye especialmente la prohibición del consumo de alcohol o drogas en el piso.
3. Cuidar y hacer un buen uso del mobiliario, enseres e instalaciones del piso.
4. Cumplir las normas de la comunidad de vecinos manteniendo una relación respetuosa con los mismos.
5. Mantener en buen estado y ocuparse del orden y limpieza de su espacio personal y pertenencias.
6. Realizar y colaborar en las tareas domésticas comunes (limpieza, realización de compras, preparación de comidas, etc...) de acuerdo a las normas que se establezcan.
7. Cumplir con la aportación económica al mantenimiento del piso que se establezca.
8. Facilitar toda la información necesaria para valorar sus circunstancias y responsabilizarse de la veracidad de dicha información, así como de los cambios que se produzcan respecto a su situación.
9. Respetar y acatar las decisiones del equipo en todo lo relativo a la organización y funcionamiento del piso.
10. Aceptar las decisiones del equipo, de la entidad gestora y de la Consejería sobre la duración de su estancia en el piso, así como aquellas medidas que fuera necesario tomar en relación a problemas de comportamiento, conflictos con compañeros o personal, incumplimiento de las normas de convivencia o funcionamiento generadas o causadas por el usuario y que afecten negativamente a la organización del piso y al bienestar de sus compañeros.
11. Informar a los compañeros del piso y a los profesionales de las visitas que vaya a recibir.
12. Informar al equipo de los problemas graves de convivencia que pueda tener con otros compañeros del piso, así como de cualquier otra incidencia o problema que surja (con vecinos, cumplimiento de tareas, etc.)

13. Informar al equipo sobre sus salidas del piso durante más de un día, o si desea abandonar definitivamente el mismo.
14. Aceptar e implicarse en su Plan Individualizado de Apoyo y Supervisión en el Piso.
15. Seguir el tratamiento médico y farmacológico prescrito y acudir a las citas médicas correspondientes para el cuidado de la salud.

Por su parte, la Consejería de Asuntos Sociales, a través de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera del que dependen los Pisos Supervisados, y el equipo técnico dependiente de la entidad gestora responsable de la supervisión y apoyo del presente Piso, acepta que **Dña./D.**, pase a vivir en el Piso arriba indicado y se comprometen a:

1. Respetar a esta persona como ciudadano de pleno derecho.
2. Aceptar que la persona decida sobre su propia vida, siempre y cuando estas decisiones no causen problemas de funcionamiento en el Piso y al resto de personas que convivan en el mismo.
3. Ofrecer el apoyo y la supervisión oportuna para facilitar su adaptación y funcionamiento en el Piso.
4. Prestar el apoyo necesario para ayudarle en la mejora de su autonomía y en su proceso de rehabilitación e integración en la sociedad.
5. Respetar su derecho a la intimidad y guardar la necesaria confidencialidad sobre la historia sanitaria y social existente sobre dicha persona así como de sus datos personales *, salvaguardando la propia imagen personal del residente.
6. Ofrecer y asegurar que el Piso reúna unas condiciones adecuadas de habitabilidad y confort.
7. Informarle sobre todo lo referente a su estancia en el Piso y cuantos otros aspectos sean relevantes de su proceso de atención, apoyo y rehabilitación.
8. Promover la implicación, participación y acuerdo con respecto a su plan individualizado de apoyo y supervisión en el Piso.
9. Respetar sus opiniones sobre el funcionamiento del Piso y facilitar cauces de participación en la organización del mismo y a posibilitar la presentación de reclamaciones o sugerencias.
10. Consultar y/o informar sobre cualquier visita que se prevea realizar al Piso por parte de otras personas, profesionales o entidades ajenas al equipo o a la Consejería.
11. Respetar el derecho de la persona de entrar y salir del Piso, así como realizar o recibir visitas respetando siempre las normas básicas de convivencia.
12. Respetar la decisión del usuario si decide abandonar voluntariamente su estancia en el Piso.

Desde la fecha de su firma y por un período indefinido, los abajo firmantes se comprometen a cumplir este contrato.

En Madrid a

Fdo.:

Nombre y Apellidos:

Fdo.:

Responsable del equipo de supervisión y apoyo del Piso Supervisado.

* Para ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación de sus datos personales, según la Ley 15/1999 el usuario del piso deberá dirigirse a la directora del equipo Supervisor del Piso.

Anexo 3. Guía 1 de evaluación

Instrumento elaborado por José Luis Jiménez Rodríguez

GUÍA 1. DE VALORACIÓN DE PRERREQUISITOS BÁSICOS	
1. Objetivos del servicio derivador	
2. Tiempo previsto de la estancia	
3. Demandas y expectativas del usuario y su familia.	
4. Voluntariedad. Valorar si el usuario acepta incorporarse en el piso.	
5. Consumo de sustancias tóxicas	
5.1 Utilización de recurso	¿Ha utilizado recursos especializados en conductas adictivas (pisos de patología dual, Caid, etc.)?
5.2 Consumo actual	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Consume actualmente algún tipo de sustancia tóxica? • En caso de consumo: ¿qué sustancia? • ¿Evaluación funcional: cantidad diaria, momento del consumo. Antecedentes y consecuencias de su consumo, situaciones de riesgo y de prevención, etc. • ¿Cómo interfiere el consumo de sustancias en su vida cotidiana?
5.3 Consumo de sustancias en el pasado	<ul style="list-style-type: none"> • Duración de la adicción. • Tratamiento en el pasado. • Tratamiento en la actualidad. • Tiempo que lleva en abstinencia. • Observaciones:
5.4 Adherencia y autonomía en la toma de la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia la medicación. • Ajuste a la pauta médica. • Autonomía en la adquisición de medicación. • Si no es autónomo ¿acepta la ayuda profesional?
6. Conductas disruptivas	<ul style="list-style-type: none"> • Se valorará tanto en el pasado como en el presente. • Manifestación de conductas autoagresivas. • Manifestación de conductas heteroagresivas hacia personas u objetos. • En el caso que se detecten se valorará el grado de interferencia en la convivencia en el piso.
7. Aceptación de normas, indicaciones y responsabilidades.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tareas, obligaciones y responsabilidades considera que va a tener en un piso?, evaluar si en el pasado las ha realizado adecuadamente o no, así como su disposición actual a realizarlas. • Adecuación /dificultades y grado de interferencia en la convivencia.

8. Colaboración y “trabajo en equipo”.

- Evaluar la capacidad de realizar y compartir tareas con sus compañeros del piso y su actitud y disposición a ello, así como la disposición a realizar actividades conjuntas con sus compañeros, tanto de ocio como de funcionamiento del piso (limpieza, comidas conjuntas etc.).
- Adecuación /dificultades y grado de interferencia en la convivencia.

9. Estilo y estrategias de afrontamientos en situaciones de convivencia

Se recomienda partir de su historia pasada explorando los siguientes aspectos:

- Lugares dónde ha residido.
- Personas con las que ha convivido.
- Problemas de convivencia que surgieron y como se afrontaron.

Posteriormente se le presentaran al usuario situaciones cotidianas que pueden ocurrir en el piso, **ejemplo de situaciones:**

“A Juan le correspondía fregar los cacharros de la cena, te levantas y vas a desayunar y todas la tazas están sucias”.

Son las once de la noche, estás dormida y te despiertas por que María tiene la música muy alta.

“Estás en el salón con tus compañeros viendo una película; llega Antonio y cambia de canal para ver el partido de fútbol entre el Real Ávila y el Aranjuez Fútbol Club”.

“Es lunes, vas al Centro de día y en el programa de ocio y tiempo libre se acuerda para el viernes hacer una salida a la bolera y comer en un restaurante, pero resulta que ese día te tocaba hacer la comida en el piso”.

Te has duchado por la mañana y llegas al piso, Juana te comenta que cuando se ha ido a duchar estaba la bañera llena de pelos y el baño lleno de agua”.

“Estás planificando con tus compañeras el menú de la semana, no te gustan las judías verdes pero el resto de compañeras les apetece muchísimo”.

“En el piso acordaste con tus compañeros que te correspondía poner la lavadora el martes, cuando vas a ponerla encuentras que Pepita la esta utilizando”.

“Últimamente estas sospechando que falta dinero del fondo común.”

Ejemplos de preguntas:

¿Cómo actuarías en esta situación?

¿Qué consecuencias puede traer en mis compañeros/as mi reacción?

¿Qué imagen de mi se han podido crear mis compañeros?

¿Cómo puede influir mi comportamiento en las relaciones con mis compañeros de piso?

¿Cómo me siento en la forma que he solucionado el problema?

10. Relaciones sociales

- Se valorarán las habilidades sociales y el grado en que éstas interfieren en las interacciones sociales. En las aproximaciones progresivas al piso supervisado se valorarán las interacciones del usuario (potencial candidato a vivir en el piso) con sus posibles compañeros de piso.
- Adecuación /dificultades y grado de interferencia en la convivencia.

11. Área económica

- Se cuantificarán los ingresos que percibe el usuario. En caso de no ser suficientes para poder colaborar en la economía doméstica, esto no supondría una causa justificada para la no aceptación. En estos casos se ofrecerá el apoyo necesario para la tramitación de algún tipo de prestación económica.
- En caso de tener ingresos económicos se identificará quién los administra.
- Se valorará la adecuación/dificultad en los gastos.

12. Discapacidad/adaptabilidad.

- En caso que el usuario presente algún tipo de discapacidad, se valorará si en el piso se pueden realizar las adaptaciones necesarias.

13. Aspectos judiciales.

- Incapacidad (tipo, juzgado, procedimiento, tutor); en el caso de estar incapacitado, ¿sabe qué implica?
- Otros aspectos legales (si ha tenido antecedentes, juicios pendientes, orden de alejamiento, etc.).

14. Utilización de recursos.

- Se identificarán los recursos que está utilizando, el horario, etc.

Anexo 4. Guía 2 de evaluación

Instrumento elaborado por José Luis Jiménez Rodríguez

GUIA 2. VALORACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
Aspectos a tener en cuenta: Se valorará en todos los apartados la frecuencia, adecuación, dificultades y el grado de autonomía, la percepción de necesidad por parte del usuario así como su motivación para el cambio.	
1. Rutina	
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de un día habitual en la vida del usuario, ¿qué actividades hace? • Diferencias entre un día entre semana y otro del fin de semana. • Nivel de satisfacción con su rutina actual. • Aspectos más importantes para el usuario de su rutina. • Aspectos menos importantes para el usuario de su rutina. • Tareas diarias: más fáciles y más difíciles. • Diferencias con la rutina del pasado. • Cambios que le gustaría hacer en su rutina. 	
2. Actividades de ocio y tiempo libre.	
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de ocio realizadas en el pasado y en la actualidad. • Satisfacción tras la realización de estas actividades. • Intereses futuros (actividades de ocio que le gustaría retomar o empezar por primera vez). • Forma de realizar la actividad: solo, con alguien o en grupo, en casa, etc. • En el caso de realizar actividades con otras personas. ¿con quién? 	
3. Integración comunitaria.	
3.1 Uso de transportes.	
<ul style="list-style-type: none"> • Metro, autobús, tren, taxi. • Frecuencia (en el pasado y actualmente). 	
3.2 Uso de recursos comunitarios.	
<ul style="list-style-type: none"> • Bancos, tarjetas de crédito y cartillas, supermercados, tiendas del barrio, asociaciones, polideportivos, cines, teatros, academias, bibliotecas, bares, parques, centros culturales. • Frecuencia (en el pasado y actualmente). 	
3.3 Comunicación funcional.	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de teléfono (propio/público). • Conocimiento de números de teléfono urgentes. • Utilización de guía telefónica. • Ordenador-Internet. • Cartas. 	

3.4 Orientación socio-cultural.
<ul style="list-style-type: none"> • Información de temas de actualidad. • Conocimiento en profundidad de alguna noticia. • Interés que muestra por mantenerse informado a través de: radio, televisión, periódico, revistas. • Frecuencia de utilización.
4. Actividades básicas de la vida diaria.
4.1 Higiene y cuidado personal.
<ul style="list-style-type: none"> • Baño/ducha. • Cuidado del cabello • Cuidado y limpieza de uñas. • Higiene dental. • Afeitado o cuidado de la barba. • Cuidados higiénicos en la menstruación.
4.2 Vestido.
<ul style="list-style-type: none"> • Vestirse solo/con ayuda (nivel de autonomía) • Elección de ropa y calzado. • Limpieza y conservación de la ropa y calzado. • Cambio de ropa. • Compra de prendas necesarias.
4.3 Hábitos de salud:
<p>A. Alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de dieta. • Horario de comidas. • Velocidad de ingesta. • Cantidad de ingesta. • Hábitos durante la comida. • Utilización de cubiertos.
<p>B. Sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horario (acostarse/levantarse). • Calidad. • Tiempo que tarde en dormirse. • Interferencias de los hábitos de sueño. • Percepción de la necesidad.
<p>C. Ejercicio físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de alguno. • Tipo de ejercicio. • Intereses.
<p>A. Consumo de sustancias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cigarrillos. N°/ Frecuencia. • Caféina. N°/Frecuencia.

5. Hábitos domésticos.
5.1 Cuidado de la ropa.
<ul style="list-style-type: none">• Poner la lavadora.• Tender la ropa.• Planchar.• Ordenarla.• Coser (cremalleras, botones...)
5.2 Limpieza y orden.
<ul style="list-style-type: none">• Hacer la cama.• Orden habitación.• Limpieza habitación.• Barrer la casa.• Limpiar el polvo.• Sacar la basura (reciclar).• Compra de productos de limpieza.• Utilización de productos de limpieza.• Guardar productos de limpieza.
5.3 Cocina.
<ul style="list-style-type: none">• Manejo de electrodomésticos.• Manejo de utensilios de cocina.• Poner y quitar la mesa.• Limpiar cocina, electrodomésticos y utensilios.• Conservación de alimentos.
5.4 Compra.
<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de la lista.• Forma de realización de pagos.• Lugares habituales donde compra.• Hacer la compra.
5.5 Manejo y administración del dinero.
<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento de monedas y billetes.• Disponibilidad de dinero/cantidad.• Organización de gastos/administración de dinero para gastos.• Gastos habituales.
5.6 Seguridad y prevención de accidentes domésticos.
<ul style="list-style-type: none">• Utilización adecuada de electrodomésticos /revisión de electrodomésticos después de su uso.• Revisión de la casa antes de salir de ella.• Historial de accidentes domésticos.• Hábitos que puedan suponer un riesgo potencial. (P.ej: Fumar en la cama).• Realización de pequeñas reparaciones.

Anexo 5. Guía 3 de evaluación

Instrumento elaborado por José Luis Jiménez Rodríguez

GUÍA 3. GENERAL DE EVALUACIÓN.	
1. Datos biográficos-clínicos.	
En este apartado se incluirán los datos más relevantes y significativos de las siguientes aspectos:	
1.1. Antecedentes psiquiátricos familiares.	
1.2. Antecedentes personales.	
1.3. Ajuste previo	
1.4 Inicio de la enfermedad (edad, factores precipitantes, características del primer episodio, respuesta de la familia y el entorno), evolución temporal de la enfermedad (curso, nº de ingresos y gravedad, tipo de diagnósticos recibidos, sintomatología predominante, historia de intentos autolíticos, dispositivos y tipo de internamiento en los distintos ingresos, tratamientos recibidos, respuesta a los mismos y adherencia) y datos biográficos relevantes de este periodo.	
2. Aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento.	
2.1 Enfermedad actual.	
Diagnóstico, sintomatología, ideación autolítica y pauta farmacológica actual, interferencia sobre su funcionamiento, existencia de consumo de tóxicos).	
2.2 Conciencia de enfermedad	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre diagnóstico, síntomas, causas, tratamiento y pronóstico de la enfermedad (expectativas). • Reconocimiento de situaciones de crisis y síntomas prodrómicos. Capacidad para detectarlo. • Estrategias utilizadas para la prevención de recaídas. • ¿Cuándo ha sido la última vez que te has encontrado mal?, ¿qué te paso? • ¿A qué crees que fue debido?, ¿qué hiciste?, etc. 	
2.3 Tratamiento farmacológico.	
<ul style="list-style-type: none"> • Información del usuario sobre pauta, adherencia, seguimiento de la pauta, indicaciones, efectos secundarios y estrategias de manejo de los mismos. • Competencia y autonomía. • Problemas en el manejo de la medicación (por ejemplo, sobreingesta de ansiolíticos cuando se encuentra nervioso, etc.). • Actitud y expectativas. 	
2.4 Manejo de recursos sanitarios	
<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los recursos sanitarios, adherencia, forma de utilización y autonomía en su uso. • Comunicación: habilidades de comunicación con los profesionales de los dispositivos y estrategias que utiliza. 	

3. Afrontamiento y competencia personal.
3.1 Capacidad de autocontrol.
<ul style="list-style-type: none">• nivel de manifestación, grado de interferencia en su vida cotidiana, situaciones desencadenantes, tolerancia a la frustración, expresión de ira.
3.2 Ansiedad.-
<ul style="list-style-type: none">• Situaciones ansiógenas (frecuencia, situaciones desencadenantes, interferencia en su vida cotidiana, relación con diagnóstico principal, manejo del estrés, estrategias de afrontamiento).
3.3 Habilidades Sociales.
<ul style="list-style-type: none">• Habilidades sociales básicas.• Habilidades de conversación.• Asertividad etc.• Estilo de comunicación.• Repercusión de las habilidades sociales en sus interacciones sociales.
3.4 Solución de problemas y toma de decisiones.
4. Autoconcepto y autoestima.
Se hará especial hincapié en la percepción de competencias.
5. Funcionamiento cognitivo.
Se valorará cómo interfieren las capacidades cognitivas en su funcionamiento cotidiano, por otra parte se identificarán las posibles estrategias compensadoras.
6. Red social.
Cantidad y calidad de la red de apoyo social, percepción subjetiva del apoyo emocional e instrumental recibido, necesidad de cambio. (¿Cree que debería modificar en algo su red social? ¿Cuándo tiene algún problema pide ayuda? ¿A quién suele pedir ayuda?, ¿sobre qué?).
7. Área familiar.
<ul style="list-style-type: none">• Valoración del apoyo que proporcionan los diferentes miembros de la familia.• Estilo comunicacional y relacional.• Expectativas.• Nivel de implicación de la familia en el Proceso de atención.
8. Área formativa –laboral.

Anexo 6. Ejemplo del orden del día de una reunión de convivencia

REUNIÓN PISO SUPERVISADO		Mujeres
FECHA:	PROFESIONALES:	
PARTICIPANTES	DURACIÓN:	90 minutos
DESCRIPCIÓN		
<p>1. Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior.</p> <p>Temas tratados durante la reunión:</p> <p>2. Tareas de limpieza semanales: revisión semanal de si se han llevado a cabo.</p> <p>3. Salidas de usuarios (fin de semana, vacaciones, etc...) y visitas (de amigos, familiares, etc.)</p> <p>4. Horarios de actividades en recursos normalizados y del plan (necesidad de actualizar ante su posible incorporación a otros recursos, horarios de instituto, trabajo, etc. para realizar una reestructuración de actividades propias del piso si fuera necesario).</p> <p>5. Compras de alimentación.</p> <p>6. Arreglos y otras compras.</p> <p>7. Citas médicas: efecto de sobreaprendizaje, listar sus citas para favorecer el recuerdo y la responsabilidad.</p> <p>8. Revisión del cuadrante de turnos de cocina y recogida de cacharros (Ej. interfiere o no con actividades nuevas)</p> <p>9. Revisión de acuerdos adoptados.</p> <p>10. Convivencia: expresión de emociones positivas hacia los compañeros, a través de la identificación de un comportamiento en cada uno de ellos que les haya llamado la atención y gustado. Petición de cambio de conducta, expresión de críticas, etc.</p> <p>11. Fecha de la próxima reunión:</p>		

Anexo 7. Registro de administración económica

ADMINISTRACIÓN ECONÓMICA

USUARIO:

Nº:

FECHA:

FECHA	INGRESA	OBTIENE	CONCEPTO	FIRMA	EDUCADORA

Anexo 8. Registro de menús

Ejemplo de menú semanal que incluye los turnos de cocina y recogida de cacharros, poner el lavavajillas, fregar encimera y suelo de la cocina.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes (Rotativo semanal)	Sábado	Domingo
COMIDA	Ensaladilla rusa Medallones de merluza Plátano	Guiso de ternera Ensalada Yogur	Guiso de pollo. Ensalada Uvas.	Macarrones a la marinera. Ensalada Cuajada.	Cocido Ensalada Kiwis.	Crema de calabacín. Pasta 4 quesos Copa de chocolate.	Salmorejo Lomo de Sajonia Plátanos
COCINA:	Usuario 1	Usuario 1	Usuario 1	Usuario 4	Usuario 2	Usuario 3	Usuario 3
FRIEGA:	Usuario 3	Usuario 3	Usuario 3	Usuario 2	Usuario 2	Usuario 1	Usuario 1
CENA	Sopa Escalopines Cuajada	Puré de patatas. Medallones de merluza. Kiwis	Arroz 3 delicias/ crema de verduras Filetes de lomo. Yogur	Ensalada. Chuletas de añejo de cerdo Manzana	Puré de verdura. Pizza Yogur.	Ensalada piña y manzana Calamares en salsa verde. Uvas	Ensalada de queso y tomate Filete de Sajonia. Cuajada
COCINA:	Usuario 2	Usuario 2	Usuario 2	Usuario 4	Usuario 2	Usuario 4	Usuario 3
FRIEGA:	Usuario 4	Usuario 4	Usuario 4	Usuario 2	Usuario 2	Usuario 2	Usuario 1

Anexo 9. Protocolo de guía de limpieza

Baño Diario

PASOS	MATERIAL	INDICADORES
Barrer el suelo, insistiendo cerca de los marcos de las puertas y esquinas, así como detrás del inodoro y debajo de muebles.	Escoba y Recogedor	No hay pelos, pelusas, papeles ...en el suelo.
Recoger y ordenar los objetos personales (toallas, papel higiénico, espuma, colonias..)		No hay objetos por el medio y están en su sitio.
Limpiar lavabo, bañera o plato de ducha y bidé. Limpiar los grifos.	Estropajo, bayeta, trapo para secar, agua caliente, detergente de baño con lejía, KH7 para para manchas difíciles, cepillo para juntas. Guantes.	No hay manchas, no hay pelos ni en el lavabo ni en el suelo. Brilla el lavabo y el grifo. Las juntas están blancas, no hay suciedad entre las baldosas.
Limpiar taza por dentro y por fuera. Limpiar el interior con la escobilla y después ir pasando el estropajo con el detergente de baño por la tapa y taza. Pasar la bayeta húmeda para quitar los restos de jabón y por último pasar el trapo para secar.	Estropajo, bayeta y trapo para secar. Agua caliente, detergente de baño con lejía, KH7 (manchas difíciles) y cepillo para juntas. Guantes y escobilla.	La taza está limpia por dentro y por fuera. Si se introduce el estropajo y se frota no sale suciedad.
Fregar el suelo: Pasar la fregona por el suelo sin escurrir, insistiendo cerca de los marcos de las puertas, detrás del wc, lavabo y bidé. Pasar la fregona muy escurrida para secar. Tirar el agua sucia.	Cubo limpio, agua limpia y caliente, fregona limpia y detergente de baño con lejía. Cambiar el agua antes de usar y cuando se manche tirarla.	No hay manchas, ni pelos, ni pelusas. Brilla.
Limpiar utensilios siempre que se hayan utilizado (Ver Baño semanal)		

Baño semanal (a parte de todo lo anterior)

PASOS	MATERIAL	INDICADORES
Barrer el suelo. Barrer insistentemente cerca de los marcos de las puertas y esquinas, así como detrás del inodoro y debajo de muebles.	Escoba y Recogedor	No hay pelos, pelusas, papeles ... en el suelo.
Limpiar puerta	Bayeta, líquido jabonoso para madera.	Está limpia no tiene manchas, salpicaduras ni polvo.
Limpiar llaves de la luz, apliques, plafones y radiadores.	Agua, amoníaco, bayeta y trapo para secar.	Están limpias, sin huellas de las manos.
Limpiar espejo y muebles que no sean de madera. Pasar bayeta con agua y amoníaco o rociar con limpia cristales (sólo el espejo). Secar con un trapo limpio y de algodón.	Amoniaco (limpia cristales), agua, bayeta, trapo limpio de algodón para secar	El espejo brilla, no tiene manchas. Los muebles no tienen suciedad ni polvo.
Limpiar azulejos. En principio se realizará cada mes pero puede variar en función del estado de los azulejos.	Agua caliente, amoníaco, bayeta y trapo para secar. (Desengrasante para manchas difíciles)	No tienen salpicaduras, reflejos, manchas ... brillan.
Rejillas de ventilación	Agua caliente, amoníaco, bayeta y trapo para secar	No tienen pelusas, polvo o manchas.
Limpiar rincones, partes traseras de los sanitarios donde no llega la fregona.	Agua caliente, limpiador de baños, desengrasante, estropajo, cepillo y bayeta para aclarar.	No tienen polvo, no hay restos de suciedad acumulados.
Limpiar el soporte de la escobilla	Estropajo, bayeta, agua con detergente de baño con lejía y desengrasante. Trapo para secar.	No tiene salpicaduras, ni polvo ... brilla.
Limpiar escobilla dejándola en remojo en agua con lejía, luego aclarar.	Agua caliente y lejía	No tienen restos de suciedad ni la escobilla ni el soporte.
Lavar cortinas de ducha. Se introducen en la lavadora en un programa de lavado en frío con centrifugado corto. Una vez esté lavadas se ponen y se dejan secar.	En lavadora y con agua fría	No tienen manchas ni moho.
Limpiar mampara: Pasar la bayeta con agua y detergente con lejía por dentro y por fuera incluyendo los carriles de la mampara si los tiene. Aclarar con la ducha. Pasar trapo limpio para secar.	Detergente con lejía, agua, bayeta y trapo para secar.	Brilla, no tiene huellas ni manchas

PASOS	MATERIAL	INDICADORES
<p>Fregar el suelo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasar la fregona por el suelo sin escurrir, insistiendo cerca de los marcos de las puertas, rincones, detrás del wc... 2. Pasar una fregona muy escurrida para secar. 	<p>Cubo limpio, agua limpia y caliente, fregona limpia y detergente de baño con lejía.</p> <p>Cambiar el agua cada vez que se use y cuando se manche tirarla.</p>	<p>No hay manchas, ni pelos y brilla</p>
<p>Limpiar utensilios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Lavar las bayetas y trapos en un barreño con agua caliente y detergente con lejía. 2.- Limpiar fregona: con agua caliente y lejía. Sumergir la fregona en el agua, mojar dos o tres veces, escurrir, cambiar el agua al cubo (solo agua) y aclarar la fregona. Dejar la fregona escurrida. 3.- Limpiar cubo de fregona, papelera, barreño: Llenar la cuarta parte de agua del cubo. Poner en el estropajo detergente del tamaño de una nuez, frotar todas las paredes. Tirar el agua, usar una bayeta para aclarar y dejar secar. 4.- Limpiar Escoba: Quitar pelusas y polvo, si es necesario se puede lavar en un barreño con agua caliente y lavavajillas. Dejar secar boca arriba. 5.-Limpiar recogedor: Pasar bayeta con amoníaco o desengrasante. Si hay mucha suciedad, se puede seguir el procedimiento de la escoba. 6.- Cambiar bolsa de la aspiradora cuando esté llena o vaciar su depósito si no tiene bolsa. 7.- Guardar cada cosa en su lugar correspondiente. 	<p>Cubo, bayeta (solo para ese uso), estropajo (solo para ese uso), barreño, fregona, agua caliente y lejía con detergente.</p>	<p>Están limpios, no huelen mal y no tienen restos de suciedad.</p>

Habitación Diario:

PASOS	MATERIAL	INDICADORES
Ventilar la habitación abriendo la ventana y la persiana (TODOS LOS DÍAS. TIEMPO: 20 min. en invierno y en verano mínimo 30 min. favoreciendo que la ventana esté siempre abierta cuando no esté dando el sol).		La habitación está despejada sin olores.
Hacer la cama		La cama está hecha con sábanas limpias.
Ordenar la ropa y objetos personales		No hay ropa ni objetos personales por en medio, ni ropa o zapatos en las sillas, mesas, o por el suelo.
Barrer en días alternos insistiendo en zonas cercanas a los marcos de las puertas y rincones.	Escoba y recogedor	No hay pelusas, pelos, ni papeles por en medio.
Limpiar el polvo a mesas, sillas, cama y radiadores	Gamuza	No hay polvo en las superficies. Si pasamos un trapo limpio no se mancha.
Limpiar manchas del suelo en el momento con la bayeta	Bayeta, agua y líquido jabonoso para madera.	No hay manchas en el suelo, brilla.
Limpiar utensilios siempre que se hayan ensuciado (ver Habitación semanal)		

Habitación semanal (a parte de lo diario)

PASOS	MATERIAL	INDICADORES
Limpiar techo de la habitación. Enrollar un trapo limpio y pasarlo por el techo de la habitación y rincones de este.	Escoba con trapo limpio anudado a ella.	No hay telarañas ni polvo.
Pasar aspiradora por todo el suelo insistiendo debajo de los muebles, sillas, cama y rodapiés. Retirar obstáculos.	Aspiradora	No hay polvo o pelusas en el suelo. Si pasamos un dedo por el rodapié no sale suciedad.
Limpiar mesas, sillas, cabecero y muebles.	Agua caliente, bayeta, líquido jabonoso para madera.	No tienen polvo, pasas un trapo o el dedo y no te manchas.
Limpiar radiadores, llaves de luz, enchufes, lámparas y plafones (apagando la luz).	Agua caliente, amoníaco, bayeta muy escurrida y trapo para secar.	No hay polvo, no tienen huellas las llaves de la luz y los enchufes están blancos.
Limpiar ventana aluminio y alféizar.	Bayeta, agua, amoníaco o limpia cristales y trapo para secar.	Brillan, no tienen manchas ni reflejos. Pasas un trapo y no se mancha.
Cambiar sábanas y funda de edredón nórdico. Sacudir almohada		Huelen bien, no tienen pelos ni están sucias.
Lavar cortinas cada mes. Leer bien en la etiqueta las instrucciones de lavado. Poner el centrifugado corto y colgarlas nada más sacarlas de la lavadora. Si fuera necesario planchar después de secas.	Lavadora programa de agua fría y centrifugado corto.	No tienen manchas, huelen bien y no están arrugadas.
Limpiar armarios: Por fuera: limpiar puertas y raíles de las puertas si los hay. Por dentro: Sacar la ropa y limpiar las baldas y cajones así como la barra del armario y los zapateros.	Líquido jabonoso para madera, bayeta, agua y trapo para secar.	Por fuera: no hay manchas, ni suciedad. Por dentro: No hay manchas, el interior huele bien, no hay polvo y la ropa y los objetos están colocados.
Fregar el suelo.	Producto jabonoso para la madera, fregona y cubo.	No hay manchas, reflejos, huellas, está limpio, no está pegajoso y brilla.

Salón, pasillo y recibidor DIARIO

PASOS	MATERIAL	INDICADORES
Ventilar abriendo la ventana y la persiana.		El salón está despejado y sin olores.
Recoger y/o colocar los objetos personales y colocar fundas de los sofás.		No hay objetos personales por las mesas, ni en los sofás, ni en el suelo. Las fundas de los sofás están bien colocadas y no tienen olores.
Vaciar los ceniceros y fregarlos	Agua, estropajo, lavavajillas.	No hay ceniza y estos están limpios. No huele a humo y ceniza cerca de ellos.
Limpiar el polvo de muebles, tv, dvd, mesas, etc en días alternos o siempre que esté sucio.	Gamuza.	
Barrer días alternos.	Cepillo y recogedor.	No hay pelos, pelusas, etc en el suelo.
Limpiar manchas del suelo en el momento con la bayeta.	Bayeta, agua y líquido jabonoso para madera.	No hay manchas y brilla.

Salón, pasillo y recibidor SEMANAL (a parte de lo diario)

PASOS	MATERIAL	INDICADORES
Limpiar techo del salón. Enrollar un trapo limpio y pasarlo por el techo de la habitación y rincones de este.	Escoba con trapo limpio anudado a ella.	No hay telarañas ni polvo.
Pasar aspiradora a suelo y rodapiés, insistiendo en los rincones, detrás de la puerta, etc.	Aspiradora	No hay pelusas en el suelo, migas ni suciedad. Pasas el dedo por el rodapiés y no te manchas
Limpiar muebles, estanterías, sillas y mesas. Pasar bayeta con agua y líquido jabonoso muy escurrida.	Bayeta, líquido jabonoso para madera, agua caliente y trapo para secar.	No tienen manchas ni polvo y brillan.
Limpiar radiadores, llaves de la luz, lámparas, plafones y tv (APAGAR LA LUZ Y DEENCHUFAR LA TV)	Agua, amoníaco, bayeta y trapo para secar. (Desengrasante para manchas difíciles)	Están limpios Está limpio, no tienen manchas ni polvo, al pasar un trapo seco no sale suciedad.
Limpiar cristales de las mesas o muebles.	Bayeta, amoníaco o limpia cristales y trapo seco de algodón para secar.	No tienen huellas, suciedad y salpicaduras.
Limpiar ventana aluminio, alféizar, persiana y cristales.	Bayeta, agua, amoníaco o limpia cristales y trapo para secar.	Brillan, no tienen manchas ni reflejos. Pasas un trapo y no se mancha.
Limpiar puerta.	Bayeta, agua y líquido jabonoso para madera.	Está limpia no tiene manchas, salpicaduras ni polvo.
Airear cojines y lavar fundas en la lavadora (una vez al mes o siempre que se ensucien).	Lavadora programa de lavado en frío y centrifugado corto.	Están limpias, no tienen manchas y no huelen mal.
Lavar cortinas (una vez al mes). Utilizar el programa en frío y centrifugado corto. Colgarlas nada mas sacarlas de la lavadora para que no se arruguen. Si fuera necesario plancharlas cuándo estén secas.	Lavadora.	Están limpias, no tienen manchas y no huelen mal
Fregar el suelo insistiendo en las esquinas, rincones y abriendo las puertas dobles si las hay en los salones.	Producto jabonoso para la madera, fregona y cubo.	No hay manchas, reflejos, huellas, está limpio, no está pegajoso y brilla.

Cocina Diario

PASOS	MATERIAL	INDICADORES
Bajar basura		No está el cubo lleno, no hele a basura.
Introducir cacharros en el lavavajillas Primero quitar los restos de comida de los platos y mojar bajo el grifo. En el caso de que se friegue a mano: Fregar cada utensilio con agua caliente y lavavajillas y colocar en el escurrereplatos.	Estropajo, lavavajillas, agua caliente	No hay cacharros en la pila o encimeras. Los cacharros están colocados en los armarios o el escurrereplatos.
Poner el lavavajillas (cuando esté lleno o a media carga.)	Detergente para lavavajillas	No hay platos o cacharros sucios en el fregadero, encimeras ...
Limpiar la encimera siempre que se use.	Amoniaco o desengrasante, agua caliente y bayeta.	No hay migas, restos de comida, no está pegajosa y brilla.
Limpiar vitro cerámica: Si la suciedad está muy incrustada habrá que raspar con la espátula con cuidado para no rayarlo.	Producto, estropajo, espátula para vitro cerámicas y bayeta.	Brilla no tiene suciedad ni alimentos, no tiene manchas incrustadas, no está pegajosa.
Limpiar azulejos de la zona de la vitro cerámica después de cocinar.	Amoniaco o desengrasante, agua caliente, bayeta y trapo para secar.	No tienen salpicaduras, reflejos, manchas ...brillan.
Limpiar la mesa	Bayeta con agua caliente muy escurrida. En manchas difíciles utilizar estropajo y lavavajillas.	La mesa no tiene manchas, restos de alimentos ni migas.
Limpiar microondas u horno si se ha usado y manchado: 1º Pasar la bayeta con el lavavajillas o rociar con desengrasante. 2º pasar la bayeta con agua para aclarar muy escurrida. 3º secar con un trapo limpio y seco.	Bayeta con agua caliente, desengrasando o lavavajillas.	No tienen suciedad, no están pegajosos, no tienen grasa y brillan.
Colocar el lavavajillas		El lavavajillas está vacío y listo para comenzar a dejar cacharros sucios.
Limpiar y secar el fregadero	Agua caliente, desengrasante o lavavajillas, estropajo, bayeta.	No tiene agua suciedad, grasa, resto de alimentos y brilla.
Barrer el suelo, insistiendo en las esquinas y zonas cercanas a los marcos de las puertas.	Escoba y recogedor	No hay migas, polvo o restos de alimentos.
Fregar el suelo, insistiendo en las esquinas y zonas cercanas a los marcos de las puertas. Utilizar el agua, fregona y cubo limpios.	Cubo con agua caliente, detergente y fregona limpia.	El suelo no está grasiento, no tiene manchas y brilla.
Limpiar utensilios siempre que se hayan ensuciado (ver Cocina semanal.)		

Cocina Semanal (a parte de lo anterior)

PASOS	MATERIAL	INDICADORES
Barrer el suelo, insistiendo en las esquinas y zonas cercanas a los marcos de las puertas.	Escoba y recogedor	No hay migas, polvo o restos de alimentos.
Limpiar azulejos. En principio se realizará cada mes pero puede variar en función del estado de los azulejos.	Agua caliente, detergente con lejía o desengrasante, bayeta y trapo para secar.	No tienen salpicaduras, reflejos, manchas ...brillan.
Limpiar telefonillo, llaves de la luz, lámpara (APAGAR LA LUZ)	Agua caliente, detergente con lejía o desengrasante, bayeta y trapo para secar.	No hay polvo o grasa, está del color que es.
Limpiar encimeras puertas de los muebles y cajones	Agua caliente, detergente con lejía o desengrasante, bayeta y trapo para secar.	No hay suciedad, están del color que son, los tiradores no están pegajosos.
Limpiar microondas	Agua caliente, detergente con lejía o desengrasante, bayeta y trapo para secar.	No tienen suciedad, no están pegajosos, no tienen grasa y brillan
Limpiar horno. Prestar atención a los botones y teclas.	Agua caliente, desengrasante, bayeta y trapo para secar	No tienen suciedad, no están pegajosos, no tienen grasa y brillan
Lavavajillas, sacar el filtro y limpiarlo. Limpiar la puerta por dentro y por fuera. Prestar atención a los botones y teclas.	Agua caliente, desengrasante, bayeta y trapo para secar	No tienen suciedad, no están pegajosos, no tienen grasa y brillan
Frigorífico: Sacar alimentos y limpiar por dentro y por fuera. Si es necesario descongelar el congelador desenchufando y limpiar. Comprobar que no hay alimentos pasados de fecha en el frigorífico.	Agua caliente, desengrasante, bayeta y trapo para secar (parte de fuera) Agua caliente, bayeta y bicarbonato para el interior.	No tienen suciedad, no están pegajosos, no tienen grasa y brillan
Limpiar vitro cerámica: Si la suciedad está muy incrustada habrá que raspar con la espátula con cuidado.	Producto, estropajo y espátula para vitro cerámicas.	Brilla no tiene suciedad ni alimentos, no tiene manchas incrustadas, no está pegajosa.
Cristal puerta de la terraza	Bayeta, amoniaco o limpia cristales, trapo para secar	No tiene manchas ni marcas de dedos. Se ve claramente a través de él.
Cubo de la basura: Limpiar por dentro y por fuera. Limpiar semanalmente y siempre que esté sucio.	Bayeta, trapo limpio, detergente con lejía. KH7 si hay manchas difíciles.	No hay restos de comida, no hay polvo dentro ni fuera, no huele mal, no hay manchas ni está pegajoso. Pasas el dedo o un papel y no aparecen manchas.
Puerta de la cocina	Bayeta, líquido jabonoso para madera.	La puerta no tiene polvo ni salpicaduras, brilla.
Fregar el suelo insistiendo en rincones y zonas cercanas a los marcos de la puerta.	Cubo con agua caliente, detergente con lejía y fregona limpia.	El suelo no está grasiento no tiene manchas y brilla.

Terraza

Pasos	Material	Indicadores
Suelo: Barrer o aspirar 1º Retirar todos los elementos que puedan entorpecer la tarea: Cubos, carritos ...	Escoba o aspiradora	No hay migas, arena, pelusas, ni otros restos de suciedad en el suelo.
Electrodomésticos: Lavadora, secadora y caldera	Bayeta bien escurrida, trapo limpio, agua, amoníaco o KH7 para manchas difíciles.	No hay polvo en los electrodomésticos, no hay manchas, no quedan marcas después de limpiar. Pasas el dedo o un papel y no aparecen manchas.
Cestos de ropa sucia, cubo de basura, carro de la compra, etc	Bayeta, trapo limpio y amoníaco o KH7 para manchas difíciles.	No hay restos de polvo dentro ni fuera, un huele mal, no hay manchas ni está pegajoso. Pasas el dedo o un papel y no aparecen manchas.
Suelo: Fregar	Fregona, cubo, agua caliente	El suelo no tiene manchas, ni marcas de pisadas.

Anexo 10: Organización de limpieza de zonas comunes

ORGANIZACIÓN DE LIMPIEZA DE ZONAS COMUNES			
SEMANA 1		SEMANA 2	
Usuario 1	TERRAZA Y BAÑO PEQUEÑO	Usuario 1	SALÓN
Usuario 2	PASILLO Y BAÑO GRANDE	Usuario 2	COCINA
Usuario 3	SALÓN	Usuario 3	BAÑO PEQUEÑO Y TERRAZA
Usuario 4	COCINA	Usuario 4	BAÑO GRANDE Y PASILLO
SEMANA 3		SEMANA 4	
Usuario 1	BAÑO GRANDE Y PASILLO	Usuario 1	COCINA
Usuario 2	BAÑO PEQUEÑO Y TERRAZA	Usuario 2	SALÓN
Usuario 3	COCINA	Usuario 3	BAÑO GRANDE Y PASILLO
Usuario 4	SALÓN	Usuario 4	BAÑO PEQUEÑO Y TERRAZA

Anexo 11. Prevención de accidentes domésticos

Protocolo de actuación ante accidentes domésticos:

Precauciones referentes a la electricidad:
<ul style="list-style-type: none"> • Enchufe sobrecargado,, • no tocar enchufes con la manos mojadas, • no quitar el enchufe tirando del cable, • no utilizar aparatos eléctricos en la ducha o baño, • Desconectar los aparatos eléctricos antes de manipularlos. • no tocar cables pelados, • no tocar interruptores o enchufes quemados • Apagar la luz al realizar cualquier manipulación eléctrica, cambiar una bombilla etc. • Avisar al responsable del piso ante cualquier sospecha de una mala instalación.
Precauciones referentes al gas:
<ul style="list-style-type: none"> • No utilizar sustancias inflamables cerca del gas: gasolina, aguarrás, etc. • tener cuidado en cerrar las llaves de la cocina • cerrar la llave general cuando se sale de casa • No irse de la cocina si tenemos una sartén al fuego.
Precauciones referentes al fuego:
<ul style="list-style-type: none"> • No irse de la cocina si tenemos una sartén en el fuego.
Precauciones referentes al agua:
<ul style="list-style-type: none"> • Cerrar bien las llaves de agua • Si se van varios días de casa cerrar la llave general • Tratar de no tener atascado el fregadero, o con objetos que impidan que corra el agua
Precauciones ante posibles quemaduras:
<ul style="list-style-type: none"> • No echar la comida a la sartén desde muy alto, utilizar un tenedor o unas pinzas para coger el filete y dejarlo en la sartén • Tener cuidado en tener la sartén siempre seca antes de echas el aceite • Utilizar guantes de cocina si es necesario • No dejar el mango de la sartén que sobresalga de la línea de la cocina • No echar agua al aceite caliente, o poner la sartén en el grifo con aceite hirviendo.
Precauciones ante posibles heridas cortantes:
<ul style="list-style-type: none"> • Agarrar bien el cuchillo • No cortar en dirección a una parte del cuerpo • Utilizar una madera de cocina para cortar • Tener cuidado con los dedos al cortar verduras, cebolla etc.

Precauciones referentes a los productos peligrosos:
<ul style="list-style-type: none">• Líquidos inflamables, productos de limpieza: lejía, amoníaco, desatascadores, detergentes., sprays y aerosoles: ambientadores, lacas, desodorantes, insecticidas Instrumentos cortantes, etc.• Se debe de extremar la precaución sobre ellos• Utilizar guantes siempre que sea posible• Manejarlos con cuidado para que no nos toque la piel, los ojos y mucosas• Guardarlos en un lugar determinado• Que sea clara y visible la etiqueta, no cambiarlos de envase y si se hiciese marcar claramente dicho envase para que no haya confusión.
Electrocución:
<ul style="list-style-type: none">• Desconectar la luz antes de tocar a un compañero, ya que si nuestro compañero está en contacto con la electricidad podemos electrocutarnos nosotros• Ir a urgencias ya que puede haber quemaduras internas
Quemaduras:
<ul style="list-style-type: none">• Si es pequeña, ponerla al grifo.• Si es mayor Ir a urgencias
Cortes:
o Desinfectarlo y poner una tirita o esparadrapo.
Intoxicación:
<ul style="list-style-type: none">• Ir a urgencias
Escape de gas (Huele a gas):
<ul style="list-style-type: none">• No encender mecheros ni cerilla• No encender la luz ya que puede producirse alguna chispa.• Abrir inmediatamente las ventanas• Cerrar el paso general del gas• Salir de la vivienda• Llamar al 112
Incendio de una sartén:
<ul style="list-style-type: none">• Retirarla del fuego• Apagar el gas.• Taparla con una tapadera• Nunca echarle agua
Escape de agua:
<ul style="list-style-type: none">• Cerrar la llave general de agua.• Comprobar los baños, lavabos, fregadero y bañera por si hay objetos que obstruyen los desagües.

Anexo 12. Registro de medicación

REGISTRO MEDICACIÓN

USUARIO:

PSIQUIATRA: DR/A.....

FECHA:

MEDICAMENTO	DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA	CENA



Guía de
Pisos supervisados



Dirección General de Servicios Sociales
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid