

---

## JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

---

La elaboración del presente manual responde a la necesidad de elaborar un marco teórico-conceptual de referencia para la intervención con personas con discapacidad y/o dependencia que presentan problemáticas añadidas derivadas precisamente de tal condición. Ello conlleva en ocasiones la dificultad y/o imposibilidad de recibir atención especializada, pudiendo generarse situaciones que obstaculicen su inclusión social.

La necesidad de estos equipos surge después de haber detectado una serie de necesidades entre las que se puede destacar:

- Necesidad de contar en CC.LL. con equipos multidisciplinares con alta cualificación en materia de dependencia y discapacidad.
- Existencia de casos con importantes problemas de atención e integración social cuya problemática no puede ser abordada desde los profesionales de primer nivel de atención.
- Detección de casos con importantes necesidades de atención fuera del circuito de protección social.
- Mejorar la eficiencia del sistema, evitando múltiples valoraciones por profesionales de distintas administraciones con diversos procedimientos.
- Avanzar en el desarrollo de una red integral de servicios y programas para las personas con discapacidad y dependencia.
- Proporcionar atención y apoyo a cuidadores no profesionales de personas con discapacidad y dependencia que necesitan apoyos específicos para el desempeño adecuado de su tarea de cuidado.

La atención integral a las mismas plantea una red asistencial capaz de atender de una manera eficiente y eficaz el amalgama de situaciones derivadas de su condición, así como las situaciones sociales adversas que se pueden presentar en la evolución de las diversas patologías que se enmarcan dentro de este colectivo.

La creación de los “Equipos de Promoción de la Autonomía Personal”, se incardina dentro de la red de servicios ya existente. La atención primaria es una de las piezas claves del Sistema Público de Servicios Sociales, está presente en todo el territorio y permite dar respuesta eficaz a las nuevas necesidades sociales que se plantean en nuestro entorno.

## **MARCO NORMATIVO**

---

- Ley 16/2010 de 20 de Diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.
- Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, establece un marco general de derechos de las personas dependientes y/o con discapacidad. Este cambio posibilita la oferta de un conjunto de prestaciones y programas encaminados a asegurar al máximo la integración social de este colectivo y la mejora de sus capacidades personales y sociales.
- Decreto 13/1990 de 25 de Enero, por el que se regula el Sistema de Acción Social de Castilla y León.

## **CONDICIONES ORGANIZATIVAS QUE FAVORECEN LA EFICACIA DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA**

---

- Integración del equipo en la red de atención de los Servicios Sociales. Dependerán del Área de Servicios Sociales de la Corporación Local (Atención a la Dependencia).
- Organización funcional de los profesionales de servicios sociales en dos niveles de intervención, correspondiendo el primer nivel a los profesionales de CEAS y el segundo nivel a los equipos interdisciplinarios para la valoración, diagnóstico, intervención, coordinación y seguimiento de los casos que requieran una atención especializada.
- Complementariedad de la metodología de planificación centrada en la persona y la metodología de intervención de caso.
- Tiempo para la intervención directa en el territorio y para el trabajo en equipo.
- Disponibilidad de espacios formales para la planificación y coordinación interna y externa.
- Proximidad entre los profesionales del primer y segundo nivel que intervienen en el mismo territorio.
- Todas las personas objeto de Intervención tendrán un Coordinador de caso.

---

## PRINCIPIOS GENERALES

---

Los principios que orientan nuestro trabajo se basan en el respeto a la condición de la persona discapacitada y/o dependiente, a su consideración como ciudadana integrante de la sociedad, con unas potencialidades susceptibles de ser desarrolladas con el apoyo necesario.

Estos principios son:

- **Normalización:** Es necesario trabajar con las personas con discapacidad y/o dependientes y sus familias hacia una vida normalizada, dotándoles de las habilidades y ayudas necesarias que garanticen el derecho de igualdad de oportunidades. Del mismo modo que hay que intentar crear sociedades inclusivas que faciliten la participación social de personas con discapacidad.
- **Integración/Inclusión:** Un modelo normalizado implica la máxima integración posible de la persona en las comunidades naturales (familia, pueblo...). La sociedad tiene que hacerse consciente de la existencia de este colectivo y de su derecho a formar parte activa de la misma.
- **Participación:** Participación activa de la persona con discapacidad y/o dependencia (en la medida de sus capacidades) y de su familia, proporcionándoles unas garantías. Lo que supondrá que conozcan las condiciones de la intervención y su participación en la planificación. Ello deberá realizarse de términos comprensibles para estos.
- **Continuidad en la atención:** a lo largo de todas las fases y los diferentes recursos tanto sociales como sanitarios por los que pasa la persona en situación de discapacidad o dependencia, superando actuaciones fragmentarias.
- **Trabajo en red:** con la implicación de las diferentes administraciones públicas con responsabilidad en la materia (Salud, Educación, Servicios Sociales, Empleo, etc), como requisito imprescindible para una gestión compartida de casos.

*Se trata de crear un sistema de soporte comunitario* entendiendo por tal una red organizada y coordinada a nivel local de servicios y personas para apoyar a los individuos con discapacidad o dependencia en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad.

- **Trabajo interdisciplinar:** que garantizará la integralidad de la atención y la orientación hacia el territorio mediante la **constitución de Equipos interdisciplinarios específicos para cada caso:** el intercambio de información, la valoración continua, la toma de decisiones y la distribución de responsabilidades han de estar estructuradas y en pro de los objetivos fijados, según funciones concretas de cada perfil profesional.
- **Coordinación Externa Protocolizada:** para evitar posibles arbitrariedades ha de tenderse a su plena integración como práctica de los Servicios Sociales, Sanitarios y Educativos. Ello sin obstaculizar o suprimir los canales informales de relación y comunicación entre profesionales ya existentes.
- **Coordinación Interna:** imbricación de los Equipos de Promoción de la Autonomía dentro de los Servicios Sociales Básicos.
- **Atención en domicilio y entorno habitual.**
- **Sistema de trabajo estructurado alrededor de Proyectos Individuales y/o Comunitarios de Intervención:** Orientación de las intervenciones según objetivos fijados para cada realidad y situación concreta, ya sea ésta individual, familiar o comunitaria. El desarrollo de las capacidades de la persona exige una intervención individualizada en su domicilio y entorno habitual. Para ello, es necesario realizar una valoración exhaustiva y protocolarizada a partir de la cual diseñar un plan de trabajo individual.
- **Coordinación de caso:** Siempre que la atención haya de prolongarse en el tiempo, cada usuario tendrá asignado un profesional de referencia que asumirá funciones de interlocución con él, de seguimiento del caso y de coordinación de la intervención, velando por la coherencia, continuidad y carácter integral de ésta.

---

## **OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

---

### *OBJETIVOS GENERALES*

- Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o dependencia que presentan dificultades o carencias importantes en la atención de sus necesidades o su integración social.
- Promover la permanencia en el domicilio a través de una atención integral en el entorno habitual o en su defecto, retrasar el mayor tiempo posible la institucionalización.
- Aproximar y reforzar la intervención social en el ámbito domiciliario y comunitario con personas en situación de dependencia y/o discapacidad y sus cuidadores.
- Potenciar la máxima autonomía en su entorno personal previniendo el deterioro.

### *OBJETIVOS ESPECÍFICOS.*

- Apoyar la continuidad de cuidados y la rehabilitación funcional
- Promover el proceso de integración comunitaria mediante el apoyo y acompañamiento cercano y flexible que permita su acceso a los recursos generales y específicos de carácter social, sanitario, formativo, ocupacional, de empleo protegido y de ocio
- Asegurar el acceso a recursos básicos y especializados para la discapacidad y dependencia.
- Proporcionar el apoyo necesario al cuidador, para garantizar una atención adecuada a las personas con Discapacidad y/o Dependencia y a sí mismo.
- Desarrollar intervenciones en los entornos de convivencia de la persona (familiar y comunitario) que contribuyan a establecer relaciones interpersonales satisfactorias y formas de participación significativas, previniendo o disminuyendo situaciones de conflictividad o de riesgo.
- Impulsar la creación de grupos y redes sociales de apoyo de personas con discapacidad / dependencia y/o familiares.
- Que las personas con discapacidad y/o dependencia tomen conciencia de sus capacidades.

---

## NIVELES DE INTERVENCIÓN

---

- La **persona** destinataria.
- Sus **cuidadores** no profesionales. Este apartado se desarrolla en el Anexo IV de este documento y en el manual de la Prestación Económica de Cuidados en el entorno familiar.
- El **sistema familiar** y de apoyo informal.
- **Otros profesionales** (Auxiliar de ayuda a domicilio, centro de día, etc...).
- La **Comunidad**.

---

## PERFIL DE LOS DESTINATARIOS Y CRITERIOS PRIORITARIOS DE INTERVENCIÓN

---

### *DESTINATARIOS DEL PROGRAMA*

- **Personas con más de tres años de edad, en situación de dependencia o discapacidad:**

Las dificultades en su autonomía personal pueden estar certificadas o no.

Si no lo están deben haber sido contrastadas con los instrumentos existentes a tal fin y un objetivo fundamental es que se certifiquen oficialmente mediante la declaración de dependencia y la de discapacidad en su caso.

No obstante, si se trata de un menor de edad en situación de desprotección, la intervención debe realizarse desde los equipos de intervención familiar.

- **Que viven en un hogar familiar:**

Se excluyen a las personas que tengan atención residencial en sus diversas modalidades.

- **Que presentan dificultades o carencias importantes en la atención de sus necesidades o en su integración social:**

Se entiende el concepto de necesidades en un sentido amplio: de subsistencia, de salud, de carácter social, de desarrollo personal, de autonomía....

Estas carencias tienen que tener un cierto grado de intensidad y cuanto mayor sea la carencia mayor prioridad debe tener el caso.

- **Por causas psicosociales:**

Pero las causas de esas carencias o dificultades tienen que tener un origen psicológico y/o social, excluyéndose por ejemplo las que residan únicamente

en factores como la salud, o en la carencia de medios económicos, etc., en cuyo caso las intervenciones deben proceder desde otros ámbitos.

**Causas psicosociales más relevantes:**

- Aislamiento.
  - Riesgo de desprotección.
  - Conflictividad familiar o con el entorno.
  - Situaciones de desamparo.
  - Situaciones de crisis.
  - Nula o baja adherencia al tratamiento.
  - Rechazo a la ayuda social.
  - Reunificación familiar después de un periodo de atención residencial.
  - Desorganización en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
  - Riesgo de exclusión social por necesidad de apoyo emocional e inestabilidad psicopatológica.
  - Presencia de cuidadores con baja competencia, por carencias de tipo personal o con sobrecarga.
- **Y para las que otros recursos han resultado o se consideran insuficientes, inadecuados o no están disponibles:**

Para que estos equipos intervengan deben haberse puesto previamente en funcionamiento los recursos habituales disponibles en el sistema de servicios sociales, y deben haberse demostrado como inadecuados o insuficientes, dentro de una estrategia de coordinación en el nivel comunitario con otros sistemas (ej. coordinación sociosanitaria de base).

La intervención de los equipos puede darse simultáneamente con la aplicación de otros servicios y prestaciones que se consideren adecuados aunque insuficientes (ayuda a domicilio, centro de día, prestación económica de cuidados en el entorno familiar...)

- **O que necesitan apoyo en las transiciones cuando concluye la intervención de otros dispositivos:**

Apoyan los procesos de retorno a una vivienda familiar desde un centro residencial, o continúan con intervenciones cuando concluye la actuación de otros equipos especializados si existen riesgos importantes de exclusión o de deficiente atención.

### *PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN*

*Cuando el equipo no pueda atender a todos los casos derivados que cumplan requisitos, éste configurará una lista de espera ordenando los casos en función de la prioridad con la que tienen que ser atendidos, por lo cual se tendrán en cuenta los siguientes*

#### *Criterios de preferencia:*

- **Gravedad de la problemática psicosocial:** *La atención a situaciones de desamparo y desprotección será prioritaria, así como la atención a las situaciones de conflictividad con el entorno.*
- **Gravedad de las carencias de atención:** *La falta de atención a las necesidades básicas (de subsistencia, salud, de carácter social, de desarrollo personal, de autonomía ...) será prioritario para determinar la intervención.*
- **Situaciones de Crisis:** *Se priorizará la intervención en crisis.*
- **Grado de dependencia:** *Será prioritaria la atención a los grandes dependientes, cuando se combine con otros criterios.*
- **Nº de personas dependientes por unidad familiar:** *Cuando se combine con otros criterios.*



**PROCESO**

**CONTENIDO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN**

CONTENIDO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN	
<b>1-RECEPCIÓN: CEAS</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogida de la información: Conocimiento global de la situación e intervenciones previas.</li> <li>• Verificación y adecuado registro en SAUSS.</li> </ul>
<b>2-VALORACIÓN INICIAL</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración Inicial de la situación personal, sociofamiliar y del entorno.</li> <li>• Detección de necesidades.</li> <li>• Determinación de las Áreas de Intervención.</li> <li>• Evaluación de la idoneidad de la canalización del caso y requisitos de acceso.</li> </ul>
<b>3-INTERVENCIÓN DESDE CEAS / DERIVACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN DEL EPAP</b>	
<b>INTERVENCIÓN DESDE CEAS (primer nivel)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información, orientación y asesoramiento</li> <li>• Intervención Social y Comunitaria</li> <li>• Valoración funcional y social del caso</li> <li>• Elaboración de un plan alternativo en caso de lista de espera en el EPAP</li> <li>• Derivar a recursos ajenos</li> <li>• Participar en equipos interdisciplinar de segundo nivel intervención (individual, familiar o comunitaria) si fuera necesario.</li> <li>• Canalizar al segundo nivel de intervención. En caso de discrepancia con el segundo nivel, se analizará conjuntamente por el Responsable del programa de la Corporación Local, Coordinador del EPAP y CEAS adoptándose la decisión oportuna.</li> </ul>
<b>INTERVENCIÓN DESDE EL EPAP (segundo nivel)</b>	
	<p><u>1-FASE DE OBSERVACIÓN (HASTA 2 MESES)</u></p> <p><u>1.1-VALORACIÓN ESPECÍFICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el nivel de prioridad en la atención.</li> <li>• Valoración específica.</li> </ul> <p><u>1.2-ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del P.I.I. en colaboración con el CEAS, y acordado con el interesado.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer objetivos según necesidades, secuenciación y temporalización de los mismos, profesionales y responsabilidades</li> <li>• Designación del <b>coordinador de caso</b>.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>2-INTERVENCIÓN (HASTA 18 MESES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Implementación del P.I.I.:</b> Usuario/familia/ Ámbito comunitario</li> <li>• <b>Evaluación continua y revisiones del PII:</b> Nivel de consecución de objetivos, nuevas necesidades</li> <li>• <b>Información Semestral</b> de la evolución del caso</li> </ul> <p><u>3-SEGUIMIENTO EPAP (HASTA 6 MESES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desenganche</b> y conexión o derivación con otros recursos.</li> <li>• Al finalizar esta fase, el EPAP deberá elaborar un <b>informe-resumen final</b> de la intervención</li> </ul> <p><u>4-FINALIZACIÓN Y CIERRE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La <b>toma de decisión de la baja</b> la tomará el equipo <b>en colaboración con el CEAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por la consecución de objetivos.</li> <li>• Por no avance en la consecución de objetivos en un tiempo razonable (*).</li> <li>• Por haberse agotado los plazos máximos previstos para la intervención sin haber logrado los objetivos (especialmente cuando existe lista de espera).</li> <li>• Por imposibilidad material de continuar la intervención.</li> </ul> </li> <li>• Cuando sea preciso dar de baja en el EPAP por no haberse cumplido los objetivos, este elaborará un <b>Plan Alternativo</b> en colaboración con el CEAS.</li> </ul> <p>(*) La no colaboración no debe ser por si misma causa de exclusión del programa o de baja del mismo. La toma de conciencia del problema y la motivación para el cambio deben ser objetivos iniciales fundamentales.</p> <p>No obstante, se debe establecer un plazo para la consecución, para ello se podrá realizar un contrato o acuerdo con el/los destinatarios de la intervención en el que se especifiquen requisitos y condiciones para la intervención, el hecho de no cumplir estos requisitos podría ser causa de exclusión del programa. Transcurrido el plazo debe darse de baja, a la espera de que cambien las circunstancias y pueda volver a intentarse. En este caso y en función de la gravedad de la desatención deben buscarse recursos alternativos e iniciar las acciones legales necesarias si fuese preciso.</p>

---

## METODOLOGÍA

---

Se utilizarán complementariamente la **metodología de planificación centrada en la persona y la metodología de intervención de caso**.

**La metodología de planificación centrada en la persona** está basada en la creencia profunda de que **ninguna persona es igual a otra** y todos tenemos distintos intereses, necesidades, sueños y, por tanto, la individualización debe ser y de hecho es, el valor central de los servicios que prestan apoyos a las personas, siendo central el **derecho a la autodeterminación**, que se hace especialmente relevante cuando hablamos de personas adultas.

La planificación centrada en la persona ayuda a evitar que la gente se vea privada del control de su propia vida y que se convierta en mera espectadora de sus necesidades y en consumidores del cuidado que se les dispensa.

Es una metodología que facilita que la persona (directamente o mediado por otros), sobre la base de su historia, capacidades y deseos **identifique qué metas quiere alcanzar para mejorar su vida**, apoyándose en el compromiso y el poder de un grupo para conseguir que eso ocurra.

El objetivo principal es que la persona tenga la oportunidad de formular planes y metas que tengan sentido para ella, **teniendo gran importancia las personas más relevantes de su vida**. En este sentido y teniendo como base la confianza en las relaciones sociales, se busca establecer y fortalecer la colaboración permanente con su círculo de apoyo tanto natural (miembros de la familia, amigos,...) como profesional.

El apoyo imprescindible para una persona que tiene pocas habilidades para la autodeterminación es el de ayudarle a construir un proyecto de vida significativo y coordinar una red de apoyo que le ayude a desarrollar y cumplir este proyecto.

La Planificación Centrada en la Persona es la metodología que **da poder efectivo a la persona y**, en ese sentido, **garantiza su autodeterminación**.

Los elementos necesarios para llevarla a cabo son:

- **Evaluación comprensiva** con la persona de las **necesidades** y sus **puntos fuertes y débiles**.

- Acordar con ella un **plan** de vida y unos **compromisos**.

- **Implantar el Plan**

- Realizar el **seguimiento y revisión**, valorando todo el proceso.

**La metodología de Intervención de Caso** se implementará mediante la designación de un coordinador de caso. La designación de dicho coordinador vendrá definida por su mayor peso en la intervención en función de las necesidades y problemática presentada. Y se tendrán en cuenta las cargas de trabajo de los miembros del equipo correspondientes a las tareas de coordinación de caso entre todos los usuarios del programa.

**Las funciones del coordinado de caso serán las siguientes:**

- Interlocutor con usuario y con el resto de los profesionales intervinientes en el caso durante todo el proceso de intervención y quien orientará a la persona en la planificación de su proyecto vital.
- Análisis, valoración, intervención, y seguimiento del caso conjuntamente con el resto de los profesionales del equipo de intervención.
- Coordinación de todos los profesionales, recursos e instituciones que intervengan en el PII.
- Convocatoria de las reuniones de equipo a propia iniciativa o a propuesta de cualquier profesional integrante del mismo.
- Impulso, seguimiento, supervisión general del cumplimiento, continuidad y coherencia de los objetivos y actuaciones que se desarrollen en el PII.
- Elaboración de los informes generales o específicos que sean necesarios en función de sus competencias y de los objetivos planteados.
- Gestión y actualización del expediente
- La de ayuda general en el curso de los distintos procesos que afecten al interesado, así como la información y orientación sobre la adecuación de las diferentes prestaciones a las necesidades y circunstancias de este.
- Fomento la colaboración, apoyo mutuo, el trabajo coordinado y la integralidad de la intervención.

---

## DERIVACIÓN AL EQUIPO

---

**La intervención siempre requerirá una derivación previa de alguna de las siguientes estructuras:**

- **CEAS:**
  - *Cuando considere que su intervención no es suficiente.*
  - *El CEAS valora si cumple requisitos de intervención y el EPAP determina la prioridad de intervención.*
  - *El equipo valora si el caso cumple requisitos de intervención y determina la prioridad y programa de intervención.*
  
- **EQUIPO MIXTO PROVINCIAL DE SALUD MENTAL**
  - *En el equipo mixto, la Corporación local determina si cumple requisitos de intervención.*
  - *El equipo de intervención asumirá los casos derivados y determinará la prioridad y programa de intervención en el marco del programa establecido por el equipo mixto y aplicará los criterios de prioridad e intensidad.*
  
- **GERENCIA TERRITORIAL:(determinar situaciones y establecer el circuito):**
  - *En estudio. Con carácter general las derivaciones se realizarán a través de CEAS.*

---

## **FUNCIONES DEL EQUIPO**

---

### *ASESORAMIENTO.*

#### **Destinatarios:**

- A técnicos de CEAS.
- A Equipo Mixto de valoración de dependencia.
- A profesionales de otros servicios relacionados con discapacidad o dependencia.
- A personas con discapacidad o dependencia, y a sus cuidadores y familias.

#### **Contenido:**

- Orientación y asesoramiento sobre las características y necesidades de las personas con discapacidad y/o dependencia.
- Recursos específicos para la atención a personas con discapacidad y/o dependencia.
- Asesoramiento sobre ayudas técnicas.
- Podrán colaborar en la formación y orientación grupal a cuidadores familiares organizados por las Corporaciones Locales.

### *VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO DE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD.*

- Emisión de informes para dictamen inicial o de revisión de dependencia sobre las personas que se interviene.
- Emisión de informes para dictamen inicial o de revisión de discapacidad de las personas sobre las que interviene.
- Valoración propia y específica para el diseño de Plan de Caso.
- Valoración del entorno y condiciones de accesibilidad y propuesta de ayudas técnicas.
- Valoración para acceso a dispositivos específicos cuando sea necesario, y en los casos y circunstancias que se determine.
- Otras valoraciones (detección riesgo de maltrato, cuidador....)

### *CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN.*

- Trabajo en Red y coordinación con otros sistemas de protección social, salud, educación...
- Entrenamiento en Habilidades de:

- Carácter Social.
- Atención y cuidado.
- Organización doméstica.
- Instrumentales.
- Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD).
- Solución de problemas.
- Estimulación cognitiva.
- Estimulación de la autonomía personal.
- Autocuidado.
- Autocontrol y manejo de estrés.
- Hábitos saludables.
- Estrategias de intervención en crisis.
- Resolución de conflictos familiares.
- Mediación.
- Activación de los recursos de Apoyo Formal e Informal.
- Orientación y asesoramiento.
- Derivación, acompañamiento y conexión con recursos de otros sistemas (salud, educación, empleo, ocio, cultura, etc.), que favorezcan la continuidad en la atención.
- Orientaciones básicas en cuestiones relacionadas con accesibilidad y prevención de accidentes, y conocimiento de cuestiones especializadas relativas a apoyos básicos para lo que recibirán formación en:
  - Reeducción medioambiental.
  - Estructuración medioambiental.
  - Adaptación de la vivienda.
  - Determinación, adaptación y entrenamiento en manejo de férulas, prótesis, ortesis y ayudas técnicas.
  - Educación y entrenamiento en ergonomía.
- Atención y apoyo al cuidador /familia en cuestiones relacionadas con: hábitos saludables(sueño, alimentación, medicación, ejercicio físico, ocio y tiempo libre..), asesoramiento (problemas conductuales, cuidados del enfermo, cuidado del cuidador, recursos sociosanitarios..), detección e intervenciones en posible situaciones de maltrato

---

## **PROFESIONALES. PERFIL PROFESIONAL DEL EQUIPO EPAP**

---

### *ROL DE COORDINACIÓN*

- Las tareas fundamentales serán las siguientes:
  - Validación y seguimiento de los planes de intervención.
  - Representación y coordinación del equipo y de su supervisión.
  - Seguimiento y coordinación de las intervenciones propias y del equipo.

(\* Estas tareas serán asignadas por la Entidad Local a un profesional de este equipo o externo a él, sin que ello conlleve financiación adicional).

### *PSICÓLOGO*

- Participa en la elaboración y desarrollo del Plan de Intervención en los casos de su competencia, realizando las adaptaciones y los ajustes que, desde una perspectiva integrada, se entiendan necesarios para garantizar su coherencia con el Plan de Vida y su adecuación a las necesidades, expectativas e intereses de la persona con discapacidad y/o dependencia.
- Valoración psicológica.
- Asesoramiento y orientación a las personas usuarias, profesionales y tratamientos especializados
  - Asesoramiento a equipo mixto y a profesionales de otros servicios relacionados con discapacidad y dependencia
  - Apoyo e intervención en las distintas fases ante problemas de adaptación o relacionales.
  - Intervención y/o Asesoramiento sobre cómo actuar en situaciones de crisis.
  - Soporte y apoyo a familiares y cuidadores no profesionales.
  - Apoyo y soporte a grupos de ayuda mutua, psicoeducativos y psicoterapéuticos.
  - Orientaciones, apoyo e intervenciones específicas de carácter Psicológico cuando sea preciso.
  - Asesoramiento al cuidador y/o familiar en el abordaje de la conducta de la persona dependiente.
  - Información y formación sobre las características cognitivas y conductuales.
- Formación continua y apoyo.

- Dar pautas de manejo de alteraciones de conducta y comunicación a los profesionales de CEAS y del programa ante casos específicos así como en habilidades para el cuidado y la comunicación.

*(\*)En los casos de atención a personas con enfermedad mental no aplican las intervenciones propias de dichos equipos de salud mental.*

#### **TÉCNICO MEDIO**

- Participa en la elaboración y desarrollo del Plan de Intervención en los casos de su competencia, realizando las adaptaciones y los ajustes que, desde una perspectiva integrada, se entiendan necesarios para garantizar su coherencia con el Plan de Vida y su adecuación a las necesidades, expectativas e intereses de la persona con discapacidad y/o dependencia.
- Podrá asesorar al equipo mixto de valoración de dependencia
- Formación y apoyo al cuidador no profesional.
- Acompañamiento para el uso de recursos necesarios.
- Coordinación con otros dispositivos para continuidad de actuaciones rehabilitadoras, asistenciales o de promoción de la autonomía.
- Valoración de accesibilidad y de riesgos.
- Actuaciones grupales y comunitarias.