

**EQUIPOS PARA LA PROMOCIÓN
DE LA AUTONOMÍA PERSONAL**

E.P.A.P.

MANUAL DE PROCEDIMIENTO

ENERO 2011

INDICE

1 JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	4
2 MARCO NORMATIVO	5
3 CONDICIONES ORGANIZATIVAS QUE FAVORECEN LA EFICACIA DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA	5
4 PRINCIPIOS GENERALES	6
5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	8
5.1 OBJETIVOS GENERALES	8
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
6 NIVELES DE INTERVENCIÓN	8
7 PERFIL DE LOS DESTINATARIOS Y CRITERIOS PRIORITARIOS DE INTERVENCIÓN	9
7.1 DESTINATARIOS DEL PROGRAMA	9
7.2 PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN.....	10
8 PROCESO	11
8.1 CONTENIDO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN.....	11
8.2 PROCESO DE INTERVENCIÓN CEAS-EPAP.....	12
8.3 PROCESO DE INTERVENCIÓN EPAP	13
8.4 SISTEMAS DE REGISTRO DE INFORMACIÓN (ANEXO I)	14
9 METODOLOGÍA	15
10 DERIVACIÓN AL EQUIPO	17
11 FUNCIONES DEL EQUIPO.....	18
11.1 ASESORAMIENTO.....	18
11.2 VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO DE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD.....	18
11.3 CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN.....	19
12 PROFESIONALES. PERFIL PROFESIONAL DEL EQUIPO EPAP	20
12.1 PSICÓLOGO.....	20
12.2 TÉCNICO MEDIO	20
13 COORDINACIÓN	21
13.1 COORDINACIÓN CON CEAS	21
13.2 COORDINACIÓN INTERNA DEL EPAP	21

13.3 COORDINACIÓN DEL PROGRAMA EPAP	22
13.4 COORDINACIÓN CON OTROS EQUIPOS DE LA CORPORACIÓN LOCAL:.....	22
13.5 COORDINACIÓN EXTERNA DEL EPAP:	22
14 EVALUACIÓN	24
14.1 EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE CASO	24
14.1.1 SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN.....	24
14.1.1.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	24
14.1.1.2 INDICADORES DE EVALUACIÓN	25
14.1.2 EVALUACIÓN FINAL DE LA INTERVENCIÓN.	25
14.1.2.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	25
14.1.2.2 INDICADORES DE EVALUACIÓN.	25
14.2 EVALUACIÓN DE GESTIÓN DEL PROGRAMA	26
14.2.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	26
14.2.2 INDICADORES DE GESTIÓN.....	26
14.2.2.1 ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN.	26
14.2.2.2 VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO	26
14.2.2.3 INTERVENCIÓN.....	26
14.2.2.4 COORDINACIÓN	27
ANEXOS. DOCUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN	28
ANEXO I: DOCUMENTOS DEL PROCESEO DE INTERVENCIÓN	29
1- FICHA DE CANALIZACIÓN DESDE CEAS.....	29
2- PROGRAMA INDIVIDUAL DE INTERVENCIÓN (PII).....	32
3- INFORME DE SEGUIMIENTO	34
4- FICHA DE GESTIONES.....	35
ANEXO II: TABLAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN RELATIVAS A INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROGRAMA	36
ANEXO III: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	40
1- INSTRUMENTOS PRECEPTIVOS	40
2- INSTRUMENTOS COMPLEMENTARIOS.....	80
ANEXO IV: VALORACIÓN DEL CUIDADOR.....	84

1 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.

2 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.

3 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.

4 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.

5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

5.1 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.

5.2 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.

6 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**.

7 PERFIL DE LOS DESTINATARIOS Y CRITERIOS PRIORITARIOS DE INTERVENCIÓN

7.1 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.

7.2 PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN

Quando 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:

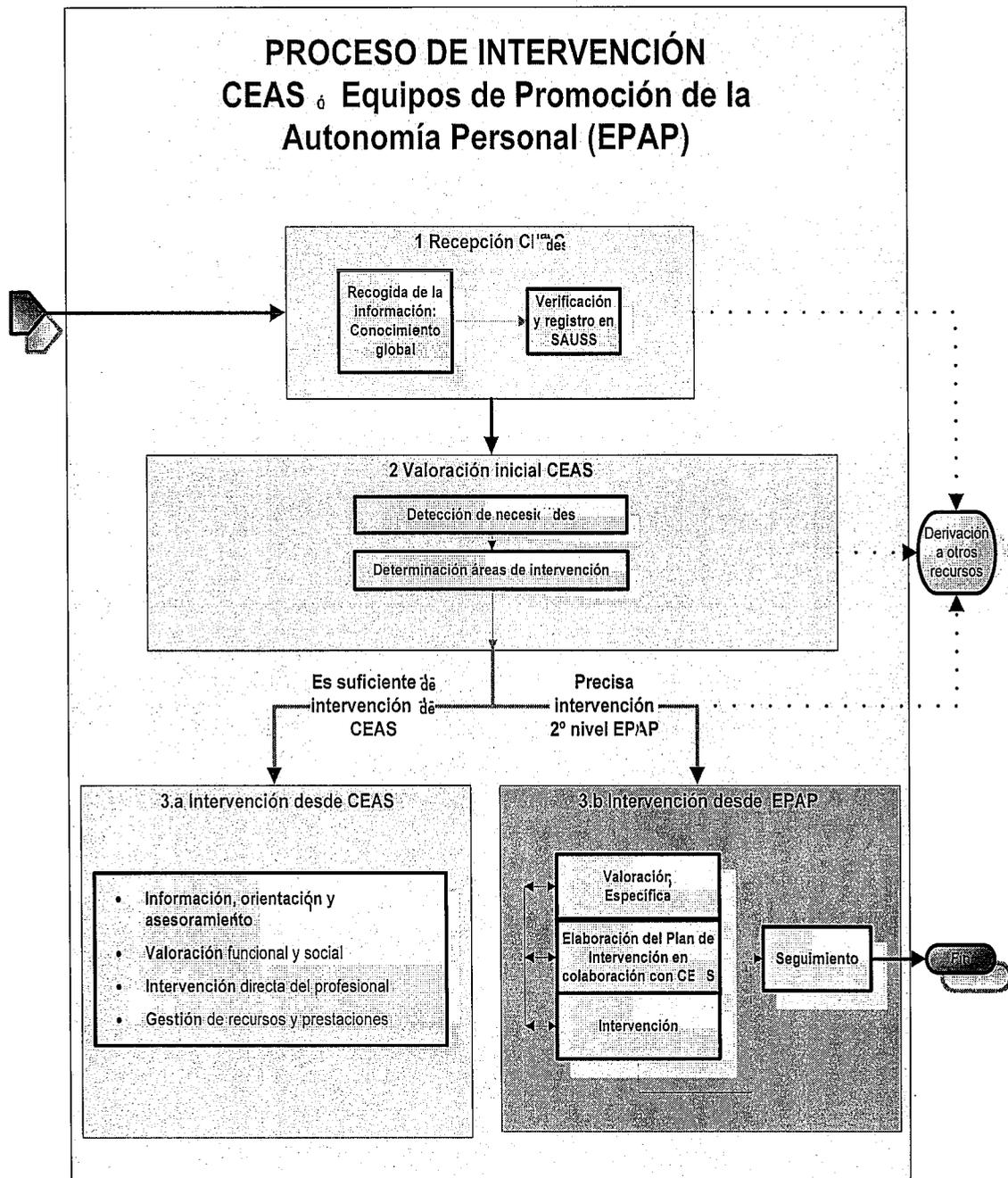
- **Gravedad de la problemática psicosocial:** La atención a situaciones de desamparo y desprotección será prioritaria, así como la atención a las situaciones de conflictividad con el entorno.
- **Gravedad de las carencias de atención:** La falta de atención a las necesidades básicas (de subsistencia, 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.

8 PROCESO

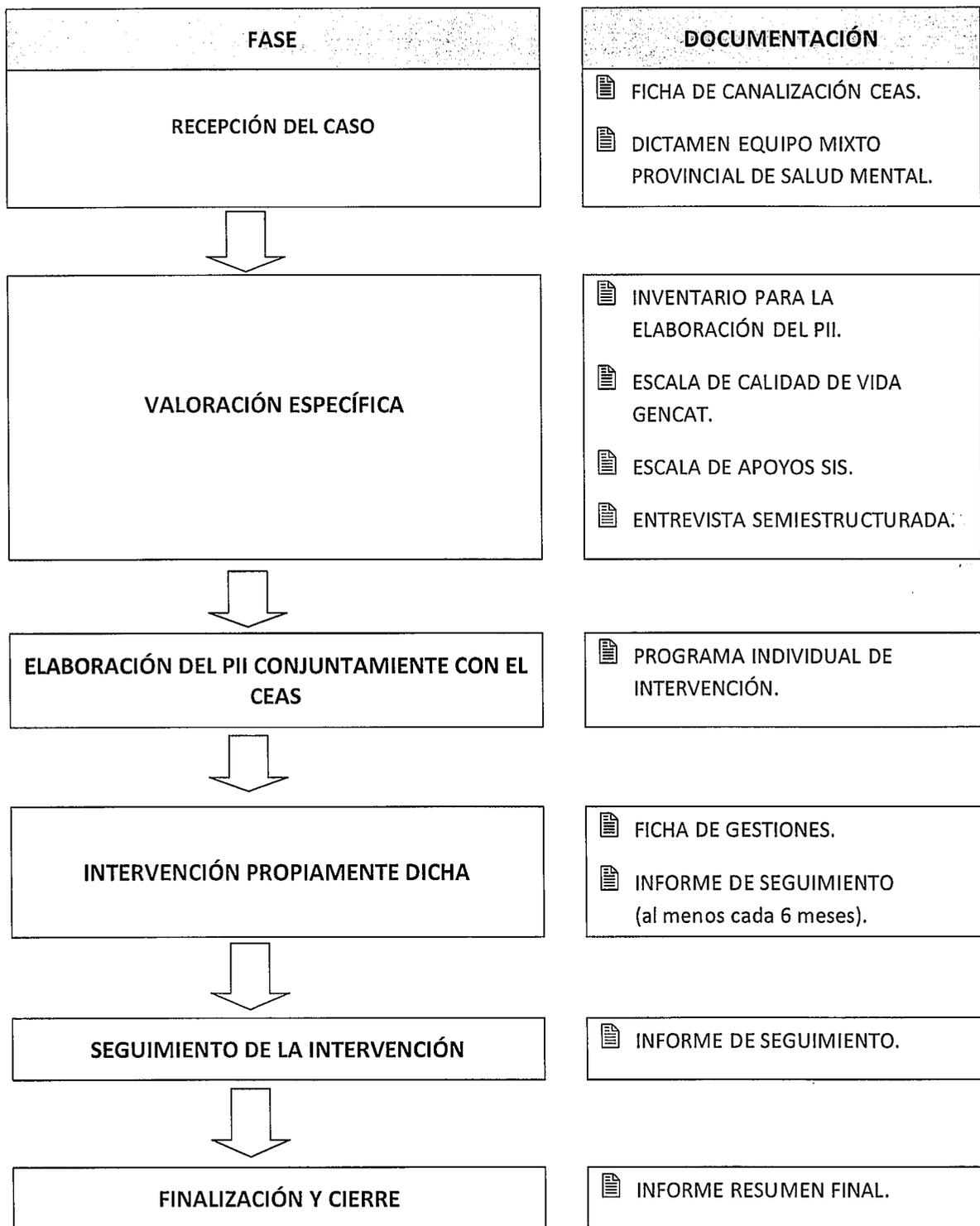
8.1 CONTENIDO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

CONTENIDO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN	
1-RECEPCIÓN: CEAS	
<ul style="list-style-type: none">• Recogida de la información: Conocimiento global de la situación e intervenciones previas.• Verificación y adecuado registro en SAUSS.	
2-VALORACIÓN INICIAL	
<ul style="list-style-type: none">• Valoración Inicial de la situación personal, sociofamiliar y del entorno.• Detección de necesidades.• Determinación de las Áreas de Intervención.• Evaluación de la idoneidad de la canalización del caso y requisitos de acceso.	
3-INTERVENCIÓN DESDE CEAS / DERIVACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN DEL EPAP	
INTERVENCIÓN DESDE CEAS (primer nivel)	
<ul style="list-style-type: none">• Información, orientación y asesoramiento• Intervención Social y Comunitaria• Valoración funcional y social del caso• Elaboración de un plan alternativo en caso de lista de espera en el EPAP• Derivar a recursos ajenos• Participar en equipos interdisciplinar de segundo nivel intervención (individual, familiar o comunitaria) si fuera necesario.• 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.	
INTERVENCIÓN DESDE EL EPAP (segundo nivel)	
1-FASE DE OBSERVACIÓN (HASTA 2 MESES)	
1.1-VALORACIÓN ESPECÍFICA	
<ul style="list-style-type: none">• Establecer el nivel de prioridad en la atención.• Valoración específica.	
1.2-ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN	
<ul style="list-style-type: none">• Elaboración del P.I.I. en colaboración con el CEAS, y acordado con el interesado.<ul style="list-style-type: none">• Establecer objetivos según necesidades, secuenciación y temporalización de los mismos, profesionales y responsabilidades• Designación del coordinador de caso.	
2-INTERVENCIÓN (HASTA 18 MESES)	
<ul style="list-style-type: none">• Implementación del P.I.I.: Usuario/familia/ Ámbito comunitario• Evaluación continua y revisiones del PII: Nivel de consecución de objetivos, nuevas necesidades• Información Semestral de la evolución del caso	
3-SEGUIMIENTO EPAP (HASTA 6 MESES)	
<ul style="list-style-type: none">• Desenganche y conexión o derivación con otros recursos.• Al finalizar esta fase, el EPAP deberá elaborar un informe-resumen final de la intervención	
4-FINALIZACIÓN Y CIERRE	
<ul style="list-style-type: none">• La toma de decisión de la baja la tomará el equipo en colaboración con el CEAS:<ul style="list-style-type: none">• Por la consecución de objetivos.• Por no avance en la consecución de objetivos en un tiempo razonable (*).• Por haberse agotado los plazos máximos previstos para la intervención sin haber logrado los objetivos (especialmente cuando existe lista de espera).• Por imposibilidad material de continuar la intervención.• Cuando sea preciso dar de baja en el EPAP por no haberse cumplido los objetivos, este elaborará un Plan Alternativo en colaboración con el CEAS.	
<p>(*) La no colaboración no debe ser por sí 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>	

8.2 PROCESO DE INTERVENCIÓN CEAS-EPAP



8.3 PROCESO DE INTERVENCIÓN EPAP



8.4 SISTEMAS DE REGISTRO DE INFORMACIÓN (ANEXO I)

Los **sistemas de registro** de la información que se utilizan habitualmente, y que se recogerán en el **expediente** son los siguientes:

- **Ficha de canalización CEAS**: Documento que se utiliza para la derivación de los casos desde el primer nivel de intervención al segundo nivel.
- **Modelo para derivación desde el Equipo Mixto Provincial de salud mental**: Dictamen según lo establecido en el proceso integrado de atención Sociosanitaria.(En proceso de elaboración).
- **Programa Individual de Intervención (PII)**: Se elaborará tras la valoración específica por el EPAP en colaboración con el CEAS e incluirá el/las áreas de intervención, los objetivos a conseguir, los recursos para la consecución, las actividades a realizar, la temporalización y los profesionales a intervenir.
- **Ficha de Informe de seguimiento**: Cada seis meses de intervención se elaborará un informe de seguimiento en el que se recojan los datos más significativos de la evolución del caso junto con la información de los instrumentos de evaluación. Se elaborarán informes en un periodo inferior de tiempo cuando se considere oportuno. Cuando se proponga la baja del programa y en aquellos casos en los que ha concluido el periodo de seguimiento se elaborará el informe resumen final en la misma ficha.
- **Ficha de gestiones**: Documento en el cual se anotan todos aquellos acontecimientos relevantes durante el proceso de intervención y las gestiones del caso, con fecha de cada intervención y breve descripción de la misma y de la evolución del proceso.

9 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.

10 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.*

11 FUNCIONES DEL EQUIPO

11.1 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.

11.2 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....)

11.3 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:
 - Reeducación 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

12 PROFESIONALES. PERFIL PROFESIONAL DEL EQUIPO EPAP

12.1 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.*

12.2 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.

13 COORDINACIÓN

Para el correcto funcionamiento del programa se hace imprescindible establecer un sistema de coordinación formal tanto para el desarrollo del trabajo en equipo como para el análisis y seguimiento del programa

13.1 COORDINACIÓN CON CEAS

DENOMINACIÓN	Reunión de coordinación con CEAS
QUIENES SE REÚNEN	Profesionales del EPAP y del CEAS
PARA QUÉ	<ul style="list-style-type: none">• Asesoramiento y Análisis de casos.• Elaboración del PII• Implementación del PII.• Canalización de alta al equipo y propuestas de baja• Seguimiento tras la baja del EPAP y en su caso elaboración de plan alternativo
CUANDO	En función de las necesidades de los casos, al menos una reunión cada tres meses.
DOCUMENTO DE SOPORTE	P.I.I, Ficha de seguimiento de caso, ficha de canalización del caso, otros documentos de registro de la reunión

13.2 COORDINACIÓN INTERNA DEL EPAP

DENOMINACIÓN	Reuniones de coordinación interna del EPAP
QUIENES SE REÚNEN	Profesionales del EPAP
PARA QUÉ	<ul style="list-style-type: none">• Análisis y puesta en común de la valoración específica realizada.• Designación del coordinador de caso y reparto de tareas• Establecimiento del Programa de Intervención Individual de atención• Establecimiento de criterios y estrategias de intervención.• Evaluación y seguimiento de las actuaciones e intervenciones emprendidas.• Tratar otros temas relacionados con los casos• Análisis de incidencias del programa
CUANDO	En función de las necesidades de los casos (al menos 1 vez al mes)
DOCUMENTO DE SOPORTE	P.I.I., ficha de seguimiento de caso, otros documentos de registro de la reunión

13.3 COORDINACIÓN DEL PROGRAMA EPAP

DENOMINACIÓN	Reunión de seguimiento del programa EPAP
QUIENES SE REÚNEN	Coordinador/es del EPAP con el responsable del programa de la Entidad Local
PARA QUÉ	<ul style="list-style-type: none">• Visión global del Programa en el ámbito provincial/municipal:• Planificación y programación• Unificar criterios y procesos válidos en la corporación local y agilizar procedimientos• Evaluación de las actuaciones e intervenciones emprendidas• Propuestas de mejora
CUANDO	Cada 6 meses
DOCUMENTO DE SOPORTE	Otros documentos de registro de la reunión

13.4 COORDINACIÓN CON OTROS EQUIPOS DE LA CORPORACIÓN LOCAL:

- Con equipos de Intervención Familiar: Siempre que haya una situación de riesgo de desprotección infantil actuará sólo este equipo que podrá ser asesorado por el Equipo de promoción de la autonomía personal (EPAP).
- Con equipos de Orientación Sociolaboral: Éste podrá intervenir directamente con las personas del entorno familiar en la tarea de integración laboral, o asesorará en esta materia al Equipo de promoción de la autonomía personal (EPAP).
- Con otros Servicios, Centros o Programas de la Entidad Local.

13.5 COORDINACIÓN EXTERNA DEL EPAP:

En la coordinación se utilizarán las estructuras y mecanismos de coordinación creados para tal fin.

- **Gerencias Territoriales de Servicios Sociales:**
 - Centros Base de atención a personas con discapacidad.
 - Secciones de personas mayores, personas con discapacidad y dependencia.
- **Con equipo mixto provincial de salud mental a través del representante de la Entidad Local:**
 - Seguimiento de los casos derivados.
 - Derivación de casos para que sean atendidos en la red integrada de centros.
- **Con equipos de atención primaria, salud mental y equipos de coordinación de base**

- **Con otras entidades relacionadas con el sector:**

- Asociaciones de afectados.
- Entidades tutelares.
- Equipos itinerantes de atención temprana.
- Programa Individualizado de Rehabilitación Integral (PIRI).
- Con otras Unidades Administrativas y departamentos: Educación, Empleo, Ocio, etc.

14 EVALUACIÓN

Se llevará a cabo una evaluación continua y sumativa con carácter anual en la que se recogerán los datos relativos a la gestión y eficacia del programa, con tal fin se han elaborado los siguientes indicadores e instrumentos de evaluación.

14.1 EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE CASO

14.1.1 SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

14.1.1.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para medir los resultados de las actuaciones concretas se ha previsto las siguientes **instrumentos con carácter preceptivo** recogidos en el **Anexo III apartado 1**, pudiéndose utilizar **otros complementarios** que figuran en el **Anexo III apartado 2**.

- Un instrumento de valoración general que orienta las acciones denominado Inventario para la elaboración del Programa Individual de Intervención (PII)
- Entrevista semi-estructurada que orienta la detección de necesidades
- Un instrumento que permite la objetivación de los apoyos y soportes requeridos (Escala de intensidad de Apoyos, SIS);
- Una escala que permite valorar el impacto de los apoyos en la calidad de vida de las persona (Escala de Calidad de Vida GENCAT).

INSTRUMENTO	PARA QUE SE UTILIZA	CADA CUANTO TIEMPO	DURACIÓN APLICACIÓN
<i>Inventario para elaborar el PII</i>	Evaluación Inicial y programación de la intervención	Entre el primer y tercer mes de la intervención, a los seis meses, al año, y al final de la intervención.	25-30 min.
<i>GENCAT</i>	Evaluar la Calidad de Vida	Se utilizará para la valoración específica al inicio, al año y al final de la intervención	15-20 min.
<i>SIS</i>	Evaluar Intensidad de Apoyos	Se utilizará para la valoración específica al inicio, al año y al final de la intervención	40-45 min.
<i>Entrevista Semiestructurada de necesidades subjetivas y calidad de vida</i>	Conocer la percepción de la problemática por: el usuario, la familia/cuidador, personas de su entorno, quien deriva el caso, los profesionales del Epap.	Entre el primer y tercer mes de la intervención, al año y al final de la intervención	

14.1.1.2 INDICADORES DE EVALUACIÓN

Nº	Indicador clave	Factor clave	Cálculo del indicador
1	% de incremento del Índice de Calidad de Vida (ICV)	Efectividad del programa. Cumplimiento de objetivos de la intervención.	Incremento del Índice medio de Calidad de vida pre y post intervención a partir de la Escala GENCAT de Calidad de Vida.
2	% de decremento del Índice de necesidades de apoyo.	Efectividad del programa. Cumplimiento de objetivos de la intervención.	Decremento del Índice medio de necesidades de apoyo pre y post intervención a partir de la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS)
3	Grado de satisfacción de los usuarios	Satisfacción con el servicio prestado.	Grado alto de satisfacción obtenido a través de la entrevista semiestructurada y en su caso a través de un cuestionario de satisfacción.

14.1.2 EVALUACIÓN FINAL DE LA INTERVENCIÓN.

14.1.2.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se aplicarán los mismos instrumentos que se emplean para el seguimiento de la intervención

14.1.2.2 INDICADORES DE EVALUACIÓN.

Se utilizarán los mismos indicadores establecidos para el seguimiento de la intervención con el fin de valorar el cumplimiento o no de los objetivos.

La finalidad es conocer hasta qué punto se han conseguido que la/s persona/s objeto de la intervención puedan vivir en su hábitat familiar con una buena calidad de vida y con los apoyos sociales necesarios, y si ello no fuera posible o no resultara adecuado, posibilitar el acceso a otros recursos. Cada caso será clasificado a partir de los cambios producidos en la situación global y de los objetivos alcanzados a lo largo de la intervención en una de las siguientes categorías:

- **Objetivos alcanzados** habiéndose conseguido un nivel adecuado de calidad de vida, con apoyos sociales oportunos.
- **Objetivos parciales suficientes**, habiéndose producido cambios positivos notables en su calidad de vida y apoyos sociales, pero requieren seguimiento por parte de los profesionales de CEAS.
- **Objetivos no alcanzados**, no se ha conseguido ninguna mejoría o los logros no son significativos. Se elaborará un Plan Alternativo en colaboración con el CEAS.

14.2 EVALUACIÓN DE GESTIÓN DEL PROGRAMA

14.2.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Para medir los indicadores de gestión que a continuación se relacionan se utilizarán las tablas recogidas de información que figuran en el **Anexo II** de este documento.

14.2.2 INDICADORES DE GESTIÓN

14.2.2.1 ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN.

Se computarán aquí actuaciones de orientación y consulta de carácter finalista.

- N° total de actuaciones de asesoramiento /contenido /Tipo de discapacidad/Grado y nivel de Dependencia
 - CEAS.
 - Profesionales de otros servicios o entidades públicas o privadas (especificar).
 - A personas con Discapacidad o Dependencia.
 - Cuidadores.

14.2.2.2 VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- N° de informes para la obtención/ revisión de la calificación del grado de dependencia.
- N° de Informes para dictamen para obtención/ revisión de la calificación del grado de discapacidad.
- N° valoraciones para elaboración de Plan de caso.
- N° de valoraciones de entorno, accesibilidad y ayudas técnicas.
- N° Valoración para acceso de dispositivos específicos.
- N° de otras valoraciones.

14.2.2.3 INTERVENCIÓN

14.2.2.3.1 ACCESO AL PROGRAMA

- N° de casos derivados por CEAS.
- N° de casos derivados por Gerencia Territorial.
- N° de casos derivados desde el Equipo Mixto Salud mental.

14.2.2.3.2 INTERVENCIÓN DIRECTA

- N° total de usuarios y perfil:
 - CEAS/ Municipio
 - Tipo de Discapacidad

- Problemática psicosocial asociada (según lo establecido en el punto 7.1, en el apartado de *causas psicosociales más relevantes*).
- Grado y nivel de Dependencia
- Grado de discapacidad
- **Tipo de intervención** (según lo establecido en el punto 11.3, en el apartado de *contenido de la intervención*).
- N° de casos en los que en el PII se incluyen actuaciones con dependiente y familiares.
- N° de casos en los que en el PII se incluyen actuaciones solo con los cuidadores
- **Resultados de la intervención:** Especificar si continúa la intervención o causa baja, especificando los motivos.
- **Duración de la intervención.** Fecha de inicio y de cierre del caso.
- **N° de bajas :**
 - Por consecución de objetivos
 - Por no avance en la consecución de objetivos
 - Agotar el plazo máximo de intervención
 - Por imposibilidad material de continuar con la intervención
 - Otros (especificar)
- **N° de casos atendidos por profesional/es que realizan actuaciones en el caso.**

14.2.2.4 COORDINACIÓN

14.2.2.4.1 COORDINACIÓN INTERNA

- N° de reuniones de coordinación interna del EPAP.
- N° de reuniones de seguimiento del programa.
- N° de reuniones de coordinación con CEAS.

14.2.2.4.2 COORDINACIÓN EXTERNA

- N° de reuniones de coordinación CEAS:
- N° de reuniones de coordinación con Salud Mental:
- N° de reuniones de coordinación con Centro Base:
- N° de reuniones de coordinación con Otros(especificar)