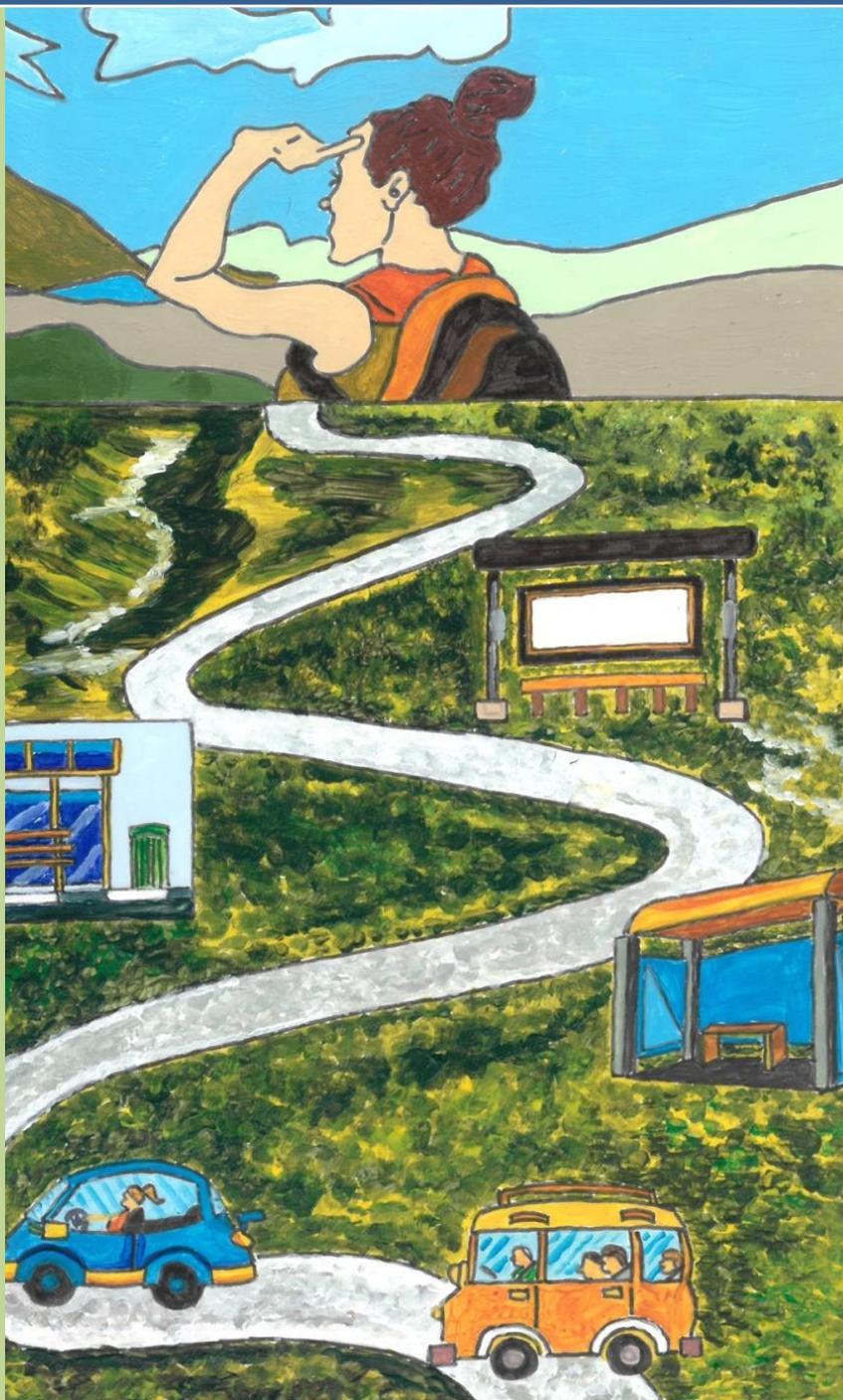


# MANUAL ACTIVACIÓN PROYECTOS DE VIDA



## CONTENIDO

1.	CONTEXTUALIZACIÓN .....	3
2.	MARCO NORMATIVO .....	4
3.	MODELO TEÓRICO .....	6
4.	METODOLOGÍA Y HERRAMIENTAS PARA ACTIVAR EL PROYECTO DE VIDA .....	7
5.	TEMPORALIZACIÓN .....	13
6.	PERSONAS IMPLICADAS.....	13
7.	ALGUNAS RECOMENDACIONES PRÁCTICAS .....	16
8.	ANEXOS.....	17
	ANEXO 1. ME PRESENTO .....	18
	ANEXO 2. MI HISTORIA DE VIDA.....	21
	ANEXO 3. LO IMPORTANTE PARA MI .....	24
	ANEXO 4. MIS OBJETIVOS Y MI PLAN DE APOYOS (Utilizar preferiblemente versión en Excel) .....	26
	ANEXO 5. DIAGRAMA DEL PROCESO.....	29
	ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVAR EL PROYECTO DE VIDA.....	30
	ANEXO 7. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO .....	31



# 1. CONTEXTUALIZACIÓN

*“La vida nunca se vuelve insoportable por las circunstancias, sino sólo por la falta de significado y propósito”*

*(Viktor E. Frankl)*

En la Red Rural Integrada de Servicios para personas con discapacidad de la provincia de Valladolid se empezó a trabajar ya en el año 2002 con la metodología de atención centrada en la persona, basada en el respeto a la individualidad y a la dignidad de cada una y en el principio de autodeterminación, entendido como el derecho de las personas a participar en la toma de decisiones que afectan a su vida y como una de las dimensiones claves del modelo de Calidad de Vida, tal y como se recoge en el Documento Marco (2021).

Para trabajar con esta metodología se diseñó el subproceso de planificación y evaluación individual, en el que se establecieron el procedimiento y las herramientas para poderlo llevar a cabo. La razón de ser de este proceso era conocer mejor a cada usuario y usuaria (sus intereses, gustos, preferencias) para poder ofrecerle apoyos individuales que contribuyesen a desarrollar su proyecto vital (Documento Marco, 2021).

A lo largo de estos años se han dado muchos desarrollos teóricos y legislativos que han continuado incidiendo en este aspecto, en la importancia de comprender globalmente a cada persona, desde su historia de vida, valores, deseos, ..., centrándose no tanto en sus dificultades como en sus capacidades y construyendo oportunidades de vida con significado propio. En estos últimos años se ha dado un paso más poniendo el foco e insistiendo en que “aflore” lo que es “IMPORTANTE” para cada persona, para, a partir de esa información, ofrecerle una atención integral y ayudarle a desarrollar su proyecto vital.

Unido a esta evolución de los modelos, desde la propia Red se ha valorado que el procedimiento y herramientas diseñados se habían quedado desfasados y que era necesaria su revisión, para lo que se constituyó un equipo de profesionales que, tras varias reuniones, han plasmado sus conclusiones en este manual.

Este documento ofrece una propuesta metodológica y unas herramientas concretas para continuar con el trabajo iniciado hace más de veinte años en la Red de respetar el valor central de orientación a la persona (Documento Marco, 2021) y de facilitar la activación de los proyectos de vida de las y los usuarios atendidos en la Red.

La idea es que este manual sea una guía y un apoyo para los equipos profesionales que recoja todos los aspectos teóricos y prácticos que subyacen al modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona y en la forma de activar su proyecto de vida, planteando una metodología y unas herramientas que sean viables y sostenibles para desarrollar este proceso con los recursos disponibles y que también permita una cierta flexibilidad, para que pueda adaptarse a las circunstancias de cada persona y/o servicio.

No se trata de iniciar un proceso nuevo, sino de seguir construyendo sobre lo que ya se venía haciendo, continuando con la tarea de apoyar a cada persona en la consecución de sus metas y deseos para tener una vida que merezca la pena ser vivida.

## 2. MARCO NORMATIVO

**A. Ley 1/2024, de 8 de febrero, de apoyo al proyecto de vida de las personas con discapacidad en Castilla y León (publicada en el BOCyL núm. 35, de 19/02/2024 y BOE núm. 57, de 5/03/2024).**

Señala en el apartado IV de la exposición de motivos que esta ley establece como eje vertebrador de los apoyos a las personas con discapacidad, con naturaleza jurídica de derecho subjetivo, el servicio de apoyo para la activación del proyecto de vida, que se define como prestación esencial dirigida a ofrecer acompañamiento técnico a aquellas personas que por dificultades de carácter funcional o psicosocial precisen de apoyos para promover su autonomía personal, participación social y desarrollo de su proyecto de vida.

**B. Ley 3/2024, de 12 de abril, reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León (publicada en el BOCyL núm. 79, de 24/04/2024 y BOE núm. 107, de 2/05/2024).**

Establece en el apartado IV de la exposición de motivos que los centros regulados por esta ley tienen su base en el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP), dirigido a superar el modelo de atención tradicional de corte fundamentalmente sanitario.

Y en su artículo 5, plantea que todos los centros de servicios sociales deberán desarrollar los siguientes instrumentos de actuación que integran y caracterizan el nuevo modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP), entre otros: Proyecto de vida, Historia de vida y Plan de apoyos, especificando en su artículo 6 cómo habrá de hacerse.

**C. Acuerdo 150/2021, de 23 de diciembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2022-2025 (publicado en el BOCyL núm. 249, de 28/12/2021).**

Consideran el Proyecto de Vida como un modelo, un instrumento y una prestación que van a determinar las líneas estratégicas básicas de la política de servicios sociales, así como los objetivos y actuaciones correspondientes.

**D. Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León (publicado en el BOCyL núm. 239, de 12/12/2014) y Orden FAM/1506/2023, de 29 de diciembre, por la que se actualiza el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León (publicada en el BOCyL núm. 2, de 03/01/2024).**

Se establece en el catálogo de prestaciones de Servicios Sociales una modalidad denominada “Servicio de apoyo para la activación del proyecto de vida”, dentro del grupo “Apoyo a la Autonomía Personal” y subgrupo “Promoción de la Autonomía Personal”.

**E. *Guía para la activación del proyecto de vida para la Inclusión Social, editada por la Gerencia de Servicios Sociales, bajo la autoría de Carlos Salgado, 2019.***

Aporta información para entender el modelo teórico de Atención Centrada en lo Importante para la Persona, cómo desarrollarlo con algunas herramientas y algunos ejemplos concretos de casos de personas reales.

**F. *Kit de Herramientas para apoyar el Proyecto de Vida, editado por Plena Inclusión Castilla y León, abril, 2022.***

Propone una metodología y unas herramientas técnicas concretas para operativizar el modelo de atención centrada en lo importante para la persona y prestarle los apoyos para desarrollar su Proyecto de Vida.

**G. *Documento Marco de la Red Integrada de Servicios para personas con discapacidad, aprobado por el Pleno de la Diputación de Valladolid el 19 de febrero de 2021 y publicado en el Boletín Oficial de la Provincia de Valladolid el 2 de marzo de 2021.***

Plantea en su marco de referencia, como fundamentos teóricos por un lado, el modelo de Calidad de Vida, en el que la Autoderminación es una de las dimensiones clave, desde la cual las personas deciden y controlan cómo quieren que sea su vida y por otro, el modelo de apoyos y de Planificación Centrada en la Persona, entendido como una forma de planificación que desde la mejor comprensión de las personas con discapacidad y con un grupo de apoyo de su red social, contribuye a la calidad de vida del individuo según su estilo de vida deseado.

En el capítulo de Identidad de la Red, se señala que el valor central es el de “Orientación a la persona”, definido como la consideración a la diversidad y al derecho que tienen las personas a decidir sobre sus vidas. Este valor está relacionado con los siguientes: respeto, dignidad, libertad, autodeterminación, empoderamiento e individualidad.

Y en los Criterios de Funcionamiento, en el subproceso de Planificación y Evaluación Individual, se especifica que su razón de ser es conocer mejor a cada persona (sus intereses, gustos, preferencias, necesidades, etc.) para ofrecerle los apoyos individuales más eficaces y adecuados, que contribuyan a desarrollar su proyecto vital y, en definitiva, a mejorar su Calidad de Vida.



### 3. MODELO TEÓRICO

El modelo teórico en el que se sustenta la activación de los Proyectos de Vida es la “**Atención Integral y Centrada en la Persona**” (A.I.C.P.), que parte del reconocimiento de la dignidad de cada persona, dignidad que conlleva conceptos como autodeterminación, intervención basada en apoyos, proyecto de vida o calidad de vida, que deben prevalecer sobre otros ligados a cuidados asistenciales. Estos cuidados asistenciales, que continúan siendo necesarios, se constituyen ahora como elementos sometidos a la autodeterminación, al fomento de los afectos y de las relaciones personales, al bienestar emocional, a la inclusión social, al desarrollo personal y a las expectativas y deseos de las personas usuarias (Ley 3/2024).



La Ley 3/2024 insiste en que el modelo de A.I.C.P. tiene que considerar la dignidad de cada persona, sin distinción alguna, fundamentada en el propio valor intrínseco que tiene la persona en cuanto que es valiosa por el mero hecho de nacer, que presenta sueños y valores que, con independencia de sus necesidades de apoyo por sus condiciones individuales físicas o psicológicas o su situación o circunstancias socio personales, tiene derecho a vivir una vida con significado. El modelo plantea empoderar a la persona, centrarse en sus intereses y en lo que es importante para ella, para construir una vida que merece la pena.

Uno de los requisitos que se debe cumplir en este modelo es “*respetar el proyecto de vida y el plan de apoyos de cada persona usuaria*” (Ley 3/2024, artículo 2).

El **Proyecto de Vida** se define como: *el conjunto de expectativas, acciones y decisiones que la persona con discapacidad despliega a lo largo de su vida para alcanzar ciertas metas, orientadas por valores personales y que, desde la base de la ética, la justicia y los derechos humanos universales, sirven de guía para mantener la dirección que la persona desea y tener una vida con significado. El proyecto de vida incluye tanto las metas y acciones que la propia persona se propone y puede realizar por sí misma como aquellas para las que precisaría apoyo por parte de otros* (Ley 1 y Ley 3/2024).

Cuando se habla de “**Vida significativa o vida con sentido**”, se entiende que: *es el proceso de crecimiento personal, en interacción con los demás, en el que la persona se dirige hacia la vida que quiere desarrollar de acuerdo a sus valores* (Ley 1/2024).

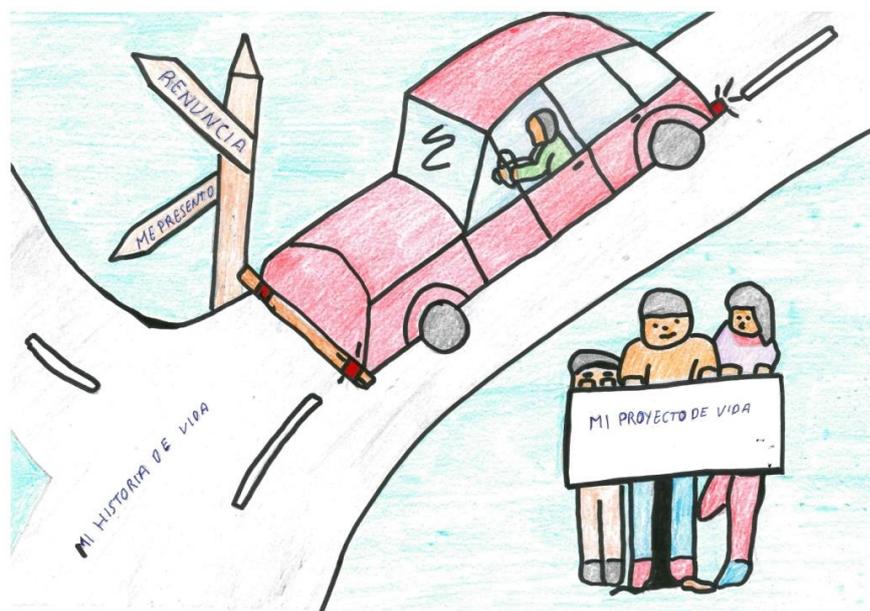
Se definen como “**Valores**” *aquellos aspectos de la esfera personal, familiar y social que son realmente importantes y significativos para la persona con discapacidad y que implican una fuente inagotable de motivación, siendo una guía esencial para construir una vida con significado* (Ley 1/2024).

Y se entiende por **Plan de apoyos**: *el instrumento de intervención de carácter técnico, que debe figurar por escrito, y en el que se reflejan los apoyos que se van a proporcionar a las personas con discapacidad para conseguir su desenvolvimiento en la cotidianidad y su inclusión social, conforme a su proyecto de vida. Incluye tanto los apoyos informales del entorno familiar y social de la persona con discapacidad, como los apoyos existentes en su comunidad y los apoyos proporcionados por los servicios sociales, en coordinación, en su caso, con otros sistemas de bienestar social* (Ley 1/2024 y Ley 3/2024).

## 4. METODOLOGÍA Y HERRAMIENTAS PARA ACTIVAR EL PROYECTO DE VIDA

La activación del proyecto de vida es un proceso que requiere una serie de pasos que se representan en un diagrama (Ver Anexo 5) basado en la propuesta de Plena Inclusión y que, aunque siguen un cierto orden lineal lógico, se pueden adaptar con flexibilidad a la realidad de cada persona. En este diagrama se proponen tres herramientas a utilizar, que son las siguientes:

- Me presento.
- Mi historia de vida.
- Mi proyecto de vida, que a su vez se divide en dos:
  - Lo importante para mí.
  - Mis objetivos y mi plan de apoyos.



### A. ME PRESENTO (Anexo 1)

- Documento recopilatorio de toda la información (generalmente objetiva) de la persona, de identificación, familiares, sociales, sanitarios, escolares, laborales, etc.
- Esta información no define la identidad de la persona ni sus valores, pero puede aportar datos de utilidad para después organizar los apoyos para su proyecto de vida.
- Se recogen en dos hojas de un solo documento en soporte informático que tiene cuatro apartados (hay una hoja de instrucciones para el profesional y/o persona usuaria):

DATOS PERSONALES e IDENTIFICATIVOS	DATOS de SALUD
DATOS SOCIALES, FAMILIARES y de PARTICIPACIÓN	DATOS ESCOLARES, LABORALES y de FUNCIONAMIENTO

- Lo cumplimentará la propia persona usuaria con el apoyo del profesional de referencia o lo rellenará el profesional y lo validará la persona usuaria.
- En el caso de que sea la propia persona la que lo cumplimente se le puede dar la opción de que lo haga “a mano” en distintas hojas, escribiendo o dibujando los datos de cada apartado y posteriormente el profesional de referencia lo transcribirá al modelo digital.
- Cuando se trate de personas con necesidad de apoyo generalizado, este documento se tiene que cumplimentar por el profesional en colaboración con algún referente de su familia o persona prestadora de medidas de apoyo.
- Se pueden incorporar otros informes o escalas disponibles de la persona.

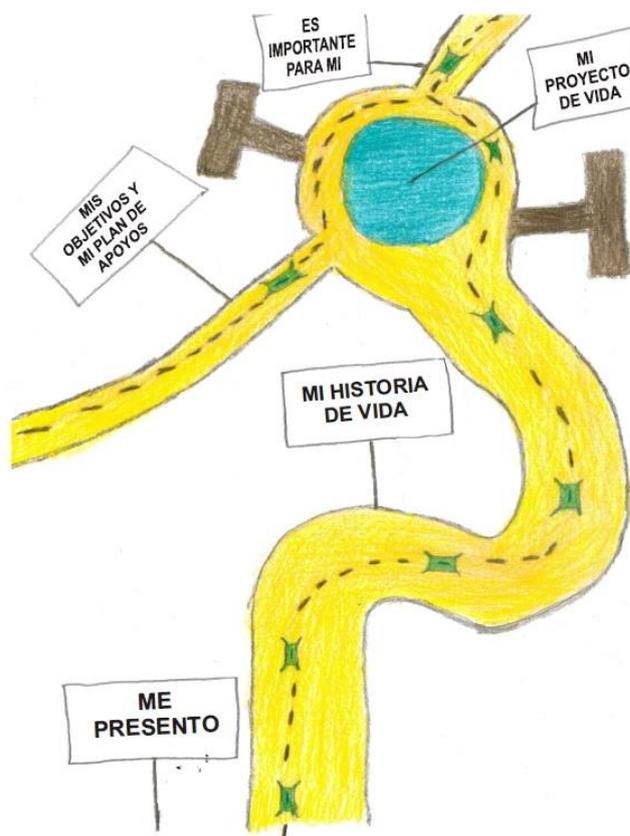
## B. PRESENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA A LA PERSONA

- La aplicación de esta metodología parte de la propia persona por lo que es imprescindible que ésta se implique y participe activamente (en la medida y con el grado de apoyo que precise) porque, de lo contrario, no se puede acceder a lo que es **importante** para esa persona.
- El siguiente paso es presentar la metodología a la persona explicándole el sentido y las fases de este proceso y comprometiéndose con ella a respetar sus decisiones.
- Las fases se pueden representar como un “viaje que vamos a realizar juntos”, en el que vamos en un coche que la persona “conduce” y los demás “guían”. En el camino hay distintas “paradas” y en cualquiera de ellas se puede volver atrás o “bajarse” del vehículo. Una representación gráfica muy sencilla puede ser la siguiente:



Y otras formas de representación son los dibujos realizados por tres personas usuarias de los servicios, que se muestran en la portada y en las páginas 7 y 8 de este manual.

- Es importante que la persona vea este proceso como una oportunidad para expresarse, ser escuchada, tener protagonismo y que se sienta segura e ilusionada por participar en el proceso.
- Hay que asegurar a la persona que se van a respetar y validar todas sus opiniones sin cuestionarlas.
- Es preciso comprometerse a guardar confidencialidad sobre la información obtenida en el proceso.



- Es necesario pedir a la persona que exprese sus preferencias sobre cuál de los profesionales de apoyo directo quiere que sea su profesional de referencia y si quiere que otras personas de su entorno (familiares, amigos, etc.) participen en el proceso.
- Es conveniente preguntar a la persona si tiene dudas sobre el proceso.
- En el caso de que fuera una persona con necesidad de apoyo generalizado se requiere la colaboración de alguna persona de su familia o persona prestadora de medidas de apoyo.
- Finalmente, la persona deberá firmar un documento, bien por sí misma o a través de su persona prestadora de medidas de apoyo, de renuncia expresa o de aceptación a recibir ayuda para activar su Proyecto de Vida (Anexo 6).

### **C. MI HISTORIA DE VIDA (Anexo 2)**

- Es una herramienta que busca conocer y comprender mejor a la persona, su identidad, sus intereses y valores.
- Es importante escuchar a la persona con calidez y de forma activa, para lograr que se sienta escuchada y cómoda y así pueda expresarse libremente, sin temor a ser juzgada o evaluada por el resto.
- Se escribirá el relato de la historia de su vida en distintos momentos (infancia, juventud, madurez, presente), centrándose en los últimos 10 o 15 años, no es necesario completar todos los apartados (no es una biografía), se trata de que emerja lo importante para la persona, da igual que sea positivo o negativo.
- Solamente se recogerá por escrito la información que la propia persona quiera que se comparta, obviando otros aspectos más privados o confidenciales.
- Se escribe en un solo documento de dos páginas en soporte informático que tiene cuatro apartados (hay una hoja de instrucciones para el profesional y/o persona usuaria):

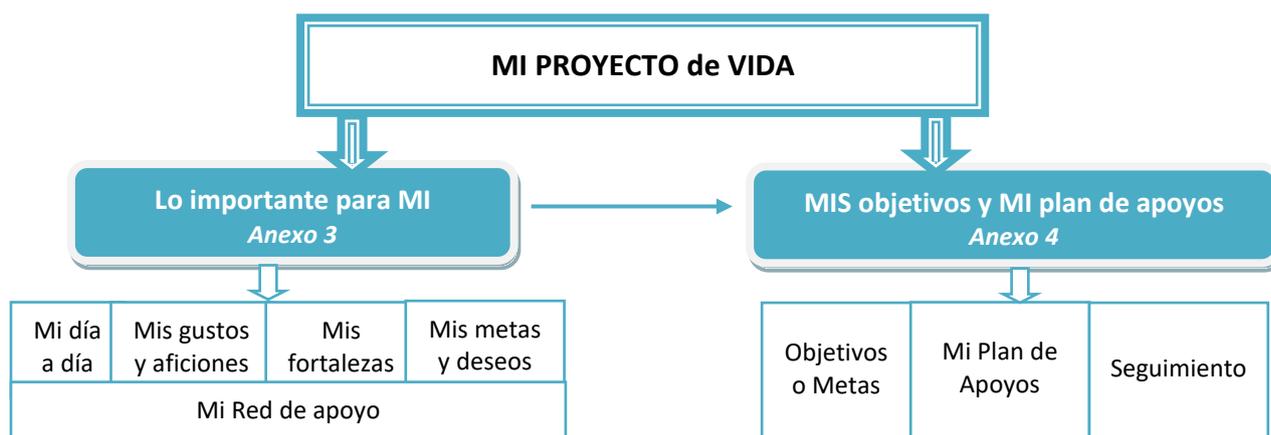
MI INFANCIA	MI JUVENTUD
MI MADUREZ	MI PRESENTE

- Como metodología de trabajo se puede utilizar el documento a modo de entrevista informal, pero también se pueden aprovechar fotos, el libro de vida en los casos en los que se ha realizado, canciones que la persona recuerde, un paseo por el pueblo, un café informal, etc.
- Se redactará en primera persona por el propio usuario/a o por el/la profesional que irá también anotando lo que resulta más importante para la persona usuaria y lo que más valora, para luego incluirlo en la siguiente herramienta.
- Si la persona, en la fase anterior, ha pedido que participe en el proceso alguien de su entorno (familiares, amigos, etc.), se les invitará a colaborar en este momento y en los siguientes.
- En el caso de ser de una persona con necesidad de apoyo generalizado será fundamental contar con la colaboración de algún referente de su familia o persona prestadora de medidas de apoyo.

## D. MI PROYECTO DE VIDA

Esta fase sólo se puede culminar con éxito si se han realizado correctamente las anteriores. Gracias al relato personal de su historia de vida, se asciende en la jerarquía para hacer emerger sus valores para después descender de forma coherente hacia sus objetivos y metas significativas, y de ahí desarrollar las actividades y el plan de apoyos que necesitaría para alcanzar esos objetivos.

Por esto, en esta fase se diferencian dos herramientas o documentos con distintos apartados, que podemos representar con el gráfico siguiente:



### 1. Lo importante para mí (Anexo 3):

- Se trata de identificar los aspectos importantes y valorados por la persona, que inspiran sus deseos y metas y que van a orientar el planteamiento de objetivos (por eso se aconseja seguir este orden y trabajar esta herramienta antes de pasar a la siguiente).
- A continuación, se señala a modo de guía, la información a recoger en cada apartado, aunque todos los elementos están interrelacionados y el profesional tiene que ir ubicando la información que vaya apareciendo en el que corresponda, especialmente en el primero que es el más transversal a todos los demás.
  - **Lo que valoro importante para mí:** lo que me mueve en una determinada dirección, no tienen que ser exclusivamente valores desde el punto de vista “ético” (*solidaridad, honestidad, etc.*) sino más bien lo relacionado con lo que es importante para mi vida y me empuja a realizar determinadas actividades, por ejemplo: *contribuir al bienestar de mi familia, sentirme en conexión con la naturaleza, mantener una vida saludable, ser una persona activa, etc.*
  - **Lo que me gusta y no me gusta en mi día a día:** se refiere más en concreto a lo que me agrada y me disgusta en la vida cotidiana y habitual, en mi rutina diaria, repasando mi horario, etc., por ejemplo: *no me gusta que me hablen alto cuando me acabo de despertar, me gusta ducharme con agua templada, no me gusta que me apaguen la luz sin avisarme, me gusta saber lo que hay para comer, etc.* Es importante tenerlo en cuenta para respetar estas preferencias en la prestación de apoyos, sobre todo en el caso de las personas que no puedan verbalizarlas.

- **Mis gustos y aficiones:** son mis pasiones, hobbies y gustos en general, por ejemplo: *bailar, ir en bici, salir con amigos, hacer crucigramas, etc.*
  - **Mis fortalezas:** son las habilidades, actitudes y otros aspectos que son positivos y me hacen valiosa como persona, por ejemplo: *ser generosa, discreta, colaboradora, habilidosa para hacer manualidades, constante, etc.*
  - **Mis metas y deseos:** son los que me planteo para mantenerme en la dirección y coherencia con mis valores y lo importante para mí y pueden referirse tanto a cuestiones de la vida cotidiana (rutinas diarias, actividades básicas de la vida, etc.) por ejemplo: *fumar menos, hacer más deporte, comer más sano, etc.*, como a propósitos de vida de mayor rango y más significativas, como, por ejemplo: *llevar una vida más sana, tener un trabajo, ser más autónomo, etc.*
  - **Mi red de apoyos:** son los apoyos con los que cuento de forma real y efectiva, y aquí se incluyen los apoyos naturales (familia, amigos, vecinos, etc.), los profesionales y los comunitarios que son los recursos del entorno, como biblioteca, comercios, centro de salud, de ocio, deportivo, etc.
- Al igual que en las herramientas anteriores, se propone que el documento se redacte en primera persona y se cumplimente por la persona usuaria con el apoyo del profesional de referencia o lo rellene el profesional (y la persona valida la información), con la colaboración de otras personas de su entorno (si así lo ha decidido la persona usuaria). En el caso de las personas con necesidades de apoyo generalizado, se necesita la participación de algún referente de su familia o persona prestadora de medidas de apoyo.

## 2. Mis objetivos y mi plan de apoyos (Anexo 4):

---

- Esta herramienta sirve para recoger los objetivos y actividades que componen el proyecto de vida de la persona, señalar qué apoyos necesita para conseguirlos y realizar el seguimiento posterior.
- Es la parte central y más importantes del proceso y enlaza directamente con el apartado “mis metas y deseos” de la herramienta anterior.
- Como en los documentos anteriores se redactará en primera persona y se cumplimentará por la persona usuaria con el apoyo del profesional de referencia o por el profesional (validando la persona la información) y con la colaboración de otras personas de su entorno, si así lo ha decidido la persona usuaria, o en el caso de tener necesidad de apoyo generalizado, con algún referente de su familia o persona prestadora de medidas de apoyo.
- Está formado por tres grandes bloques: Mis objetivos, Mi plan de apoyos y Seguimiento.

### → MIS OBJETIVOS:

- **Objetivos (o metas)**, tienen que ser coherentes y estar alineados con lo que es importante para mí, mis valores, metas y deseos. Elegir objetivos sencillos y concretos y, si son muy amplios, dividirlos en otros pasos intermedios. Si una persona plantea un objetivo que parece difícil de alcanzar en ese momento, es importante reflexionar a qué valor responde, para plantear otros objetivos intermedios.
- **Actividades o Acciones**, a partir de los objetivos identificar y proponer actuaciones específicas para acercarnos a ellos, desgranadas en pequeñas partes, medibles y fácilmente alcanzables, con una temporalidad definida.

Para establecer estas actividades hay que tener en cuenta la información obtenida en la fase anterior respecto a fortalezas, hobbies y apoyos disponibles para la persona.

Es decir, tienen que ser significativas para la persona (alineadas con lo que es importante para ella), motivantes (que conecten con sus gustos y fortalezas) y realistas (considerando su red de apoyos disponibles).

- **Áreas** en las que repercuten los objetivos y actividades y que son: *Social, Psicológica y Funcional y Salud* (similares a las recogidas en la herramienta “Me presento” y las mismas que se establecen para el REPRISS).
- **Dimensiones de Calidad de Vida** en las que se ubican cada uno de los objetivos y acciones, se siguen las señaladas en el Documento Marco, definidas por Schallock y Verdugo, 2002, que son: *Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos*.

#### → **MI PLAN DE APOYOS:**

Es un instrumento de intervención técnica, en el que se describirán cuáles son los apoyos que se van a proporcionar a la persona para alcanzar los objetivos seleccionados y para realizar las actividades o acciones propuestas. Incluye los apoyos informales familiares y sociales cercanos a la persona, los apoyos que existen en su comunidad y los apoyos que proporcionan los servicios sociales, en coordinación, si es necesario, con otros sistemas de bienestar social. Contempla los siguientes apartados:

- ✓ Tipo de apoyo: especificar en qué consiste en concreto el apoyo necesario.
- ✓ QUIÉN presta el apoyo: sabiendo que el apoyo puede ser natural, profesional o comunitario y especificando qué persona se compromete a acompañar el desarrollo de esa acción.
- ✓ CUÁNDO se presta el apoyo: definir cuál va a ser la periodicidad (diario, semanal, mensual, trimestral, puntual, etc.) y en qué momentos se prestarán esos apoyos.
- ✓ OBSERVACIONES: recoger aquellas anotaciones necesarias que expliquen el plan de apoyos.

#### → **SEGUIMIENTO:**

- ✓ Cuantitativo: señalar si el objetivo está conseguido, en proceso, no conseguido o desestimado.
  - ✓ Descriptivo: indicar comentarios cualitativos relacionados con el seguimiento de objetivos y apoyos prestados.
- Esta herramienta se revisará anualmente y se podrán ir añadiendo en filas sucesivas los distintos objetivos que se planteen cada vez.

## 5. TEMPORALIZACIÓN

Aunque este proceso debe de ser flexible y adaptarse a las circunstancias de cada persona, se establecen unos **criterios orientativos** para guiar la implementación y desarrollo de todo el proceso



- Cuando se inicia el proceso con una persona que ya estaba en el servicio y se la conoce bien, se podrá realizar en unas 2 ó 3 sesiones de entre 1 y 2 horas, estimando un periodo de 2 a 4 meses para completar todas las herramientas en las que se recogerán los aspectos que ya se conocen y se han trabajado con la persona en otros soportes (Planificación y Evaluación Individual, PAI, etc.)
- En el caso de las personas usuarias que se incorporen nuevas a un servicio, el proceso tendrá que iniciarse en los seis primeros meses de su incorporación (según se establece en el protocolo de acceso de la Red). Completar las cuatro herramientas puede llevar algo más de tiempo que en el caso anterior, pero no más de 6 meses.
- Se recomienda que los profesionales del servicio se planteen una organización cuatrimestral para la activación de los proyectos de vida que facilite la distribución de las personas usuarias en tres bloques anuales para llegar a las máximas posibles. Si bien cada servicio decidirá cuál es el mejor momento y el ritmo más adecuado para activar los proyectos de vida, según sus propias circunstancias.
- El **seguimiento** de los Proyectos de Vida se realizará anualmente, utilizando la herramienta específica “Mis objetivos y Mi Plan de Apoyos” (Anexo 4) en la que se revisará el cumplimiento de los objetivos y acciones y se podrán establecer otros objetivos desarrollando sus correspondientes acciones y plan de apoyos; también se podrán modificar, si hubiera cambios significativos o si la persona así lo indica, algunos de los elementos recogidos en las otras herramientas: Me Presento, Mi historia de Vida o Lo Importante para Mí.

## 6. PERSONAS IMPLICADAS

Como ya se ha indicado en diferentes apartados de este manual, la aplicación de esta metodología parte de la propia persona usuaria, que es la protagonista y la que tiene que formar parte de modo directo y activo en todo el proceso (con el grado de apoyo que precise o a través de sus traductores vitales).

Si no se hiciera así, no se podría acceder a lo que es importante para esa persona y se continuaría tomando decisiones sobre su vida desde el rol de “expertos” de los profesionales.

Para ayudar a la persona a desarrollar su proyecto de vida, hay tres agentes fundamentales, que son los siguientes:

## A) El Profesional de Referencia:

La Ley 3/2024 tanto en su exposición de motivos como en el artículo 12, establece que el profesional de referencia es el o la **profesional de atención directa** que garantiza la ejecución del proyecto de vida de la persona usuaria y que sus expectativas, deseos y preferencias sean conocidas por el resto de profesionales y personas del entorno involucrados en el plan de apoyos.

Además, señala que es el interlocutor cualificado y cercano a la persona usuaria y quien, sobre la base de una relación de confianza, asume con regularidad y continuidad, el acompañamiento de la persona para ayudarle a vivir de una forma acorde a su proyecto de vida y para que pueda sentirse estimada y valiosa.

Por otro lado, indica que a toda persona usuaria se le asignará un profesional de referencia, quedando pendiente de determinar el número máximo de usuarios asignados a cada profesional en futuros desarrollos normativos de la Ley.

Considerando lo anteriormente expuesto y en base a la realidad de los servicios de la Red Rural Integrada, se dan las siguientes indicaciones en relación a esta figura profesional:

- Tiene que ser un o una profesional de apoyo directo del servicio de día y/o de vivienda.
- Cada persona usuaria, en la medida de lo posible, podrá elegir quién es su profesional de referencia.
- Es un o una profesional que tenga una relación de confianza y un vínculo con la persona.
- Es el interlocutor directo de la persona que garantiza que sus expectativas, deseos y preferencias sean conocidas por los demás profesionales.
- Es el que se encarga de coordinar los apoyos necesarios para posibilitar una vida con significado y velar porque dichos apoyos respeten la voluntad, los valores y los intereses de la persona.
- Es quien programa, coordina, evalúa y realiza el seguimiento del plan de vida de la persona.
- Es por tanto, quien garantiza la ejecución del Proyecto de Vida, en coordinación con el profesional gestor de caso.
- Entre sus principales cometidos le corresponderán los siguientes.
  - Establecer con la persona una relación de apoyo, constituyendo para ella una figura de referencia en el centro, para la atención, canalización y resolución de sus problemas y demandas.
  - Facilitar la coordinación diaria de todas las actuaciones relativas a la persona atendida, la ejecución y el desarrollo de las actividades en las que participe, adecuándolas a los objetivos previstos en su proyecto de vida y orientándolas en beneficio de su desarrollo personal y social.
  - Documentar por escrito las distintas herramientas que forman parte del proyecto de vida de la persona usuaria.

## B) Gestor de Caso:

La Ley 3/2024 también establece en su exposición de motivos y en el artículo 11, el rol del profesional gestor de caso, que define como un profesional técnico que asume la tarea de coordinar los apoyos, dar soporte técnico a los profesionales de atención directa (especialmente al profesional de referencia), realizar las tareas de comunicación con el sistema público de servicios sociales y el sistema público de salud, y gestionar las oportunidades de participación en la comunidad de los usuarios de los centros. En este sentido, realiza labores de programación, coordinación, evaluación y seguimiento de todas las actuaciones del resto de los profesionales técnicos y de atención directa sobre la atención prestada a los usuarios de los centros.

Y al igual que en el caso anterior dice que se deberá asignar a todas las personas usuarias un gestor de caso y que el número máximo de usuarios asignados a un gestor se determinará en la normativa de desarrollo de la ley.

Además, en su artículo 6, señala que el profesional gestor de caso, en estrecha colaboración con el profesional de referencia de cada persona usuaria, será el responsable de la elaboración para cada persona de un plan de apoyos a su proyecto de vida.

En base a estas premisas y a la organización de los profesionales de la Red Rural, se realiza la siguiente propuesta sobre esta figura profesional:

- Es un o una profesional técnico que asume la tarea de coordinar los apoyos y dar soporte técnico a los y las profesionales de atención directa, especialmente al profesional de referencia.
- Realiza la tarea de comunicación con el sistema público de servicios sociales y de salud y de gestión de las oportunidades de participación en la comunidad.
- Podrá asumir esta función, alguno de los siguientes profesionales: trabajador del CEAS de referencia, equipos técnicos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, coordinadora de la vivienda, etc., según los casos y dependiendo del proyecto de vida de cada persona.

## C) Grupo de Apoyo:

Es necesario tener en cuenta la red social más próxima de cada persona, que consistirá básicamente en su familia y amigos, como elementos claves para el desarrollo de su proyecto de vida, por eso se deberá garantizar que la persona usuaria pueda mantener lazos y vínculos con familiares, allegados, y demás grupos y agentes sociales de la comunidad.

Es necesario considerar a los familiares como fuente de valiosa información en relación con la historia de vida, preferencias y valores de la persona y como elemento esencial para el desarrollo de su proyecto de vida y la articulación del plan de apoyos.

Por ello, a cada persona usuaria se le dará la oportunidad de invitar, si así lo decide, a un pequeño número de personas significativas y de confianza para ella (familiares, amigos, vecinos, etc. de su red natural de relaciones y/o otros profesionales) a participar en la activación de su proyecto de vida.



## 7. ALGUNAS RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

Tras realizar algunas experiencias piloto con diferentes personas y en varios servicios, utilizando este manual, se han extraído las siguientes conclusiones a modo de recomendaciones prácticas:

- El desarrollo del proyecto de vida de cada persona puede ser muy **diferente** en extensión y en riqueza de planteamientos según las características de la persona; hay que iniciarlo en cada caso, con mente abierta y sin expectativas previas.
- Es imprescindible crear siempre un **clima** relajado, positivo y de confianza, a ello puede contribuir destacar las fortalezas y aspectos positivos de la persona, que también ayudará a mejorar su autoestima (¡Ojo!, no puede utilizarse el proceso para “reñir” a la persona)
- Hay que estar muy pendiente en todo momento de recordar que el objetivo es que emerja lo **“IMPORTANTE”** para cada persona y centrarse en ello, no en lo que los profesionales o familiares crean que “conviene” a la persona.
- Es muy interesante en sí mismo el **proceso** de desarrollo del Proyecto de Vida, ya que se aprende mucho en él y se consiguen logros en el “camino”, la experiencia ha demostrado al menos, dos utilidades:
  - o Una para los profesionales, ya que ayuda a descubrir información relevante de la persona que no se conocía anteriormente y, por tanto, a comprender mejor a la persona.
  - o Otra para la persona usuaria, que sobre todo, con la herramienta “Mi historia de vida” al no hacer hincapié en recoger sólo los aspectos positivos de la biografía (a diferencia del REVISEP), y al no estar destinada a su “publicación” puede permitir que afloren sentimientos o informaciones que quizás no haya compartido anteriormente.
- Las **herramientas** se pueden y se deben adaptar en formato y extensión a las necesidades de cada persona y además se deben manejar en un formato independiente del Manual, en el que se quite el título y pie de página para tener una visión más “amable” de cada ficha.
- Las **instrucciones** para el profesional son orientativas, pretenden ser una ayuda o guion, no un cuestionario que se deba contestar completamente.
- Es necesario decidir en cada caso y con cada persona **quién completa** cada herramienta, aunque siempre deberá estar redactado en primera persona y ser validado por la persona protagonista.
- En el caso de las **personas con grandes necesidades de apoyo** es muy valioso contar con la participación de alguien de su familia y con otro profesional además de el de referencia, para entre todos valorar qué es lo importante para la persona y pensar cómo apoyarla para desarrollar sus objetivos.
- La herramienta **“Mis objetivos y mi plan de apoyos”** es la más técnica y difícil del proceso por lo que debe de ser cumplimentada por un profesional y revisada o contrastada al menos, con otro. Para cumplimentarla puede ayudar el recuperar las metas planteadas en el documento “Plan Personalizado de Apoyo” elaborado en planificaciones individuales anteriores.
- Para cada **objetivo** o meta, se pueden y deben establecer varias actividades o acciones concretas.

## 8. ANEXOS

ANEXO 1. ME PRESENTO

ANEXO 2. MI HISTORIA DE VIDA

ANEXO 3. LO IMPORTANTE PARA MI

ANEXO 4. MIS OBJETIVOS Y MI PLAN DE APOYOS

ANEXO 5. DIAGRAMA DEL PROCESO

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVAR EL PROYECTO DE VIDA

ANEXO 7. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

## ANEXO 1. ME PRESENTO

### ME PRESENTO: SOY (Nombre como me gusta que me llamen)

#### DATOS PERSONALES e IDENTIFICATIVOS

Nombre y Apellidos:

D.N.I.:

Fecha de nacimiento:

Domicilio actual:

Número de teléfono:

E-mail:

Valoración de dependencia:

Certificado de discapacidad:

Medidas judiciales de apoyo:

#### DATOS SOCIALES, FAMILIARES y de PARTICIPACIÓN

Nombre/s:

Relación:

Domicilio:

Teléfono de contacto:

Vida en el hogar:

Amigos/Pareja:

Habilidades Sociales:

Actividades de Ocio:

Utilización de recursos en la comunidad:

**ME PRESENTO: SOY (Nombre como me gusta que me llamen)**

DATOS de SALUD

Enfermedades:

Medicación:

Alergias:

Dificultades sensoriales:

Movilidad:

Cuidados Especiales:

Estilo de Vida:

Revisiones médicas periódicas establecidas:

Centro de Salud:

DATOS ESCOLARES, LABORALES y de FUNCIONAMIENTO:

Estudios realizados:

Habilidades académico-funcionales:

Experiencia laboral:

Situación laboral, empleabilidad y motivación para el empleo:

Habilidades prácticas:

Fecha de realización:

Fecha de revisión:

Profesionales que lo realizan:

Otras personas que colaboran:

**INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL:** A continuación, se dan algunas orientaciones y ejemplos (en color azul) sobre la información que debe figurar en cada apartado, sabiendo que es una primera herramienta para conocer a la persona y que después se desarrollarán otras si la persona quiere que se realice su proyecto de vida

#### DATOS PERSONALES e IDENTIFICATIVOS

Nombre y Apellidos:

D.N.I.:

Fecha de nacimiento:

Domicilio actual:

Número de teléfono:

E-mail:

Valoración de dependencia: *indicar grado y fecha*

Certificado de discapacidad: *indicar porcentaje, fecha y dictamen técnico si se tiene*

Medidas judiciales de apoyo: *especificar todos los detalles disponibles*

#### DATOS SOCIALES, FAMILIARES y de PARTICIPACIÓN

Nombre/s:

Relación: *(padre, madre, hermano, pareja, hijo, etc.)*

Domicilio:

Teléfono de contacto:

Vida en el hogar: *(tareas domésticas que realiza o en las que colabora, autonomía para permanecer sólo en casa, etc.)*

Amigos/Pareja: *(indicar si tiene amigos o amigas o relación de pareja e indicar el nombre)*

Habilidades Sociales: *(comunicación y expresión, tipo de lenguaje que utiliza, capacidad de hacer amigos y amigas, iniciar y mantener relaciones, resolver conflictos, seguimiento de normas, problemas de conducta, etc.)*

Actividades de Ocio: *(en casa, fuera de casa, gustos, aficiones, etc.)*

Utilización de recursos en la comunidad: *(transporte público, médico, tiendas, biblioteca, polideportivo, piscina, iglesia, bares, etc.)*

#### DATOS de SALUD

Enfermedades: *(indicar las actuales)*

Medicación: *(tratamiento actual, nombre, dosis, administración, control, etc.)*

Alergias: *(alimenticias, ambientales, farmacológicas, etc. y cómo se tratan)*

Dificultades sensoriales: *(vista, oído, etc. y ayudas técnicas)*

Movilidad: *(agilidad, resistencia, si camina o no y qué ayudas técnicas requiere)*

Cuidados Especiales: *(restricción de actividades, recomendaciones, identificación del malestar, etc.)*

Estilo de Vida: *(hábitos de sueño, consumo tabaco y alcohol, dieta, ejercicio, etc.)*

Revisiones médicas periódicas establecidas: *(especificar especialista y frecuencia)*

Centro de Salud: *(indicar Centro de atención primaria y Área de Salud)*

#### DATOS ESCOLARES, LABORALES y de FUNCIONAMIENTO:

Estudios realizados: *(indicar el lugar y los certificados alcanzados)*

Habilidades académico-funcionales: *(lectura, escritura, números, operaciones y problemas matemáticos, etc.)*

Experiencia laboral: *(trabajos desempeñados, realización de prácticas, cursos de formación ocupacionales, habilidades laborales, etc.)*

Situación laboral, empleabilidad y motivación para el empleo:

Habilidades prácticas: *(cuidado personal: aseo, comida, vestido, imagen; control y manejo del dinero, del horario, autonomía para salir solo, elección de ropa, uso de teléfono móvil, ordenador, capacidad de evitar riesgos, conocimiento de dirección actual y teléfono, orientación espacial y temporal, etc.)*

## ANEXO 2. MI HISTORIA DE VIDA

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA: PROFESIONAL RESPONSABLE: OTRAS PERSONAS QUE PARTICIPAN:	FECHA DE REVISIÓN
<b>MI INFANCIA</b>	
<b>MI JUVENTUD</b>	

**MI MADUREZ**

**MI PRESENTE**

**INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL:** A continuación, se plantean algunas preguntas orientativas en distintos momentos temporales, para ir completando el relato de la historia de vida, aunque no es una biografía, sino un instrumento para comprender a la persona, su identidad significativa y conocer lo que valora y es importante para ella.

<b>MI INFANCIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Recuerdo el nombre de mis padres?</i></li> <li>• <i>¿Dónde nací y en qué lugares he vivido?</i></li> <li>• <i>¿Qué lugares recuerdo con especial cariño (rincones, plazas, tiendas, etc.)?</i></li> <li>• <i>¿Qué recuerdo de mi colegio, de mis primeros profesores y compañeros?</i></li> <li>• <i>¿Con qué juguetes jugaba?, ¿todavía conservo alguno?</i></li> <li>• <i>¿A qué jugaba y con quién?, ¿qué canciones sabía?</i></li> <li>• <i>¿Qué recuerdos especiales guardo de mi niñez?, ¿de las reuniones o eventos familiares?, ¿tengo guardados objetos o fotos?</i></li> </ul>
<b>MI JUVENTUD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Recuerdo mis grupos de amigos cuando era joven?, ¿qué hacía en esa época?, ¿dónde nos juntábamos?</i></li> <li>• <i>¿Dónde finalicé mis estudios?, ¿a qué quería dedicar mi vida?</i></li> <li>• <i>¿Cuáles fueron mis primeras experiencias de trabajo?</i></li> <li>• <i>¿Recuerdo mis primeras experiencias románticas y de pareja?</i></li> <li>• <i>¿Qué anécdotas recuerdo con fuerza de ese tiempo?</i></li> <li>• <i>¿Cómo era mi carácter y mi personalidad entonces?</i></li> </ul>
<b>MI MADUREZ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Dónde decidí vivir?, ¿por qué?, ¿compré o alquilé una vivienda?, ¿qué siento al recordar y qué sensaciones me vienen?</i></li> <li>• <i>¿Qué aprendizaje he descubierto en mi recorrido laboral?</i></li> <li>• <i>¿Quiénes son las personas que más me han marcado en el plano afectivo y de amistad?, ¿en qué contexto se han generado estas relaciones y por qué ha sido valiosas?</i></li> <li>• <i>¿Me casé y tuve hijos?</i></li> <li>• <i>¿Qué opción de vida he decidido?</i></li> <li>• <i>¿Qué momentos excepcionales guardo con especial cariño de esa época?</i></li> </ul>
<b>MI PRESENTE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Cómo y con quién vivo?</i></li> <li>• <i>Relaciones importantes.</i></li> <li>• <i>¿Cómo soy a día de hoy?, qué rutinas, costumbre, preferencia o deseos tengo?</i></li> <li>• <i>¿Qué horarios prefiero para levantarme, acostarme, aseo, comida, etc.?, ¿cuál es mi ritmo?</i></li> <li>• <i>¿Qué aficiones tengo y qué me gusta hacer?</i></li> <li>• <i>¿Hay algo que me haga sentir muy feliz?, ¿y que me ponga triste?</i></li> <li>• <i>¿Qué fortalezas tengo y qué miedos e inseguridades?</i></li> <li>• <i>¿Cómo es mi relación con mi familia y con mi entorno?, ¿hay algo que me gustaría mejorar en ese plano?</i></li> <li>• <i>¿Qué necesito actualmente?</i></li> </ul>

### ANEXO 3. LO IMPORTANTE PARA MI

<b>LO IMPORTANTE PARA:</b> (Nombre y Apellidos)  PROFESIONAL RESPONSABLE:  Personas que colaboran:  FECHA DE REVISIÓN:	<b>LO QUE VALORO IMPORTANTE PARA MI (MIS VALORES) ES:</b>
---	---

MI DÍA A DÍA	MIS GUSTOS Y AFICIONES	MIS FORTALEZAS	MIS METAS Y DESEOS	
Lo que ME GUSTA:			Vida Cotidiana:	Propósitos de Vida:
Lo que NO ME GUSTA:				

MI RED DE APOYOS		
APOYOS NATURALES:	APOYOS PROFESIONALES:	APOYOS COMUNITARIOS:

**INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL:** Esta herramienta se completa recogiendo parte de la información de la columna “Mi presente” de la herramienta anterior (Mi historia de vida) a continuación se plantean algunas preguntas orientativas para ir completando cada apartado, aunque posiblemente la persona irá hablando de unos y otros aspectos y será el profesional el que los tenga que incluir en cada apartado

<p><b>LO IMPORTANTE PARA:</b> (Nombre y Apellidos)</p> <p>PROFESIONAL RESPONSABLE:</p> <p>Personas que colaboran:</p> <p>FECHA DE REVISIÓN:</p>	<p><b>LO QUE VALORO IMPORTANTE PARA MI (MIS VALORES) ES:</b></p> <p><i>¿Qué me hace sentir bien?, ¿Qué me hace feliz?, ¿Qué me pone triste o de mal humor?, ¿Qué es lo que más me importa en mi vida?, ¿Y en mi entorno?</i></p>
---	--

MI DÍA A DÍA	MIS GUSTOS Y AFICIONES	MIS FORTALEZAS	MIS METAS Y DESEOS	
<p>Lo que ME GUSTA:</p> <p><i>Si repaso un día normal, desde que me levanto y hasta que me acuesto, ¿qué me gusta hacer y qué no me gusta? ¿Y los fines de semana?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Qué aficiones o hobbies tengo?</i></li> <li>• <i>¿Qué me divierte?</i></li> <li>• <i>¿En qué me entretengo cuando tengo tiempo libre?</i></li> <li>• <i>¿Qué me hace reír?</i></li> <li>• <i>¿Con qué me relajo?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Qué cosas se me dan bien?</i></li> <li>• <i>¿Para qué me piden ayuda los demás?</i></li> <li>• <i>¿Cuáles son mis mejores cualidades o virtudes?</i></li> </ul>	<p>Vida Cotidiana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Qué me gustaría mejorar en mi vida diaria?</i></li> <li>• <i>¿Qué necesito actualmente?</i></li> </ul>	<p>Propósitos de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Qué me gustaría cambiar de cara al futuro?</i></li> <li>• <i>¿En qué querría mejorar como persona?</i></li> <li>• <i>¿Qué cosas cambiaría de mi entorno?</i></li> </ul>
<p>Lo que NO ME GUSTA:</p>				

MI RED DE APOYOS		
<p><b>APOYOS NATURALES:</b></p> <p>Familiares, pareja, amigos, vecinos, compañeros del Taller, etc.</p>	<p><b>APOYOS PROFESIONALES:</b></p> <p>Apoyo directo, trabajadores sociales, técnicos, profesionales sanitarios, etc.</p>	<p><b>APOYOS COMUNITARIOS:</b></p> <p>Recursos del entorno, como biblioteca, comercios, centro de salud, de ocio, deportivo, etc.</p>



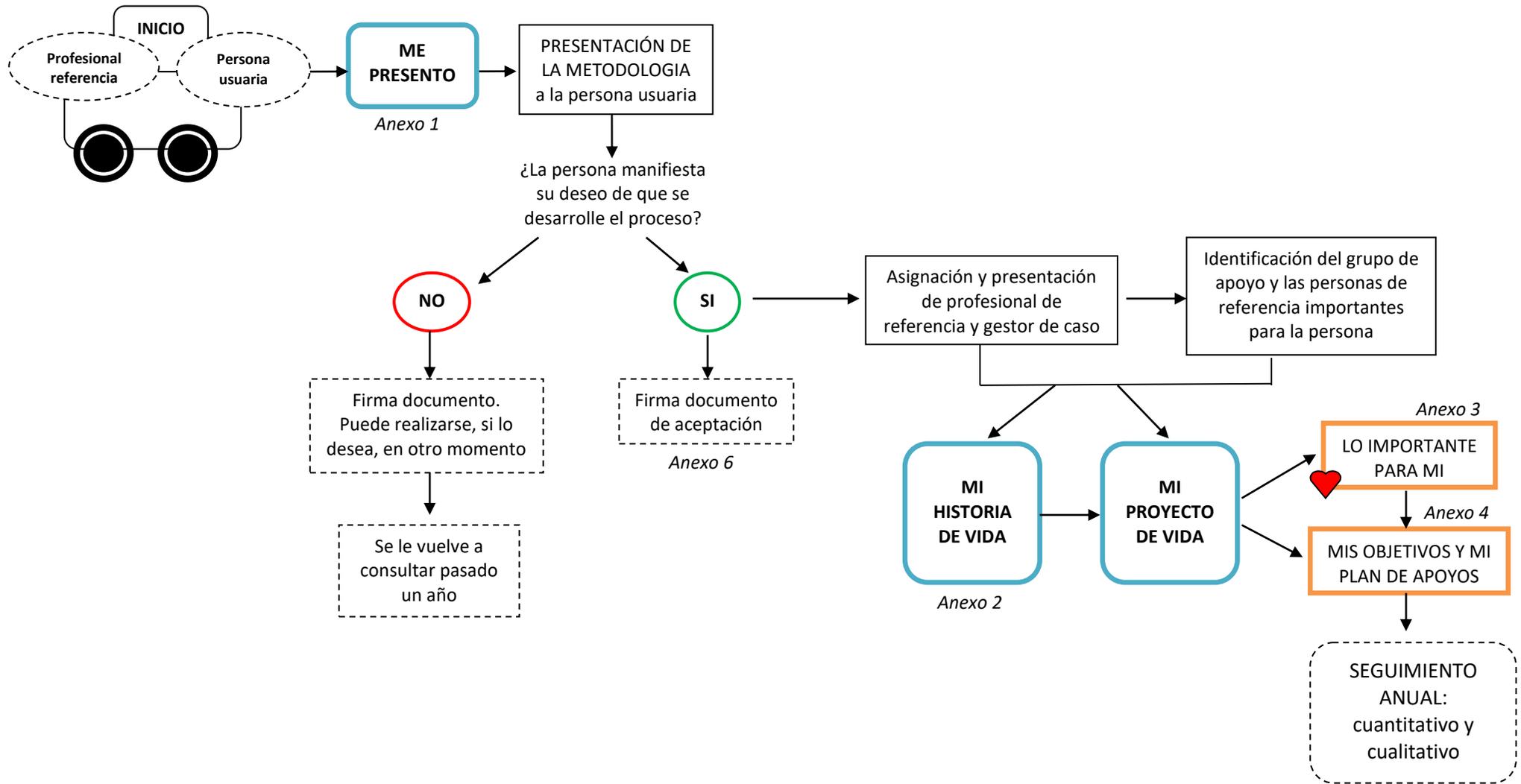
**INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL:** Para completar esta herramienta hay que preguntar a la persona usuaria cuáles son sus objetivos y las metas que quiere conseguir en el próximo año, respetando su ritmo y dándole tiempo a pensar y expresar sus opiniones. Hay que ayudar a la persona a concretar los objetivos lo máximo posible y a dividirlos en pasos intermedios si son muy amplios o difíciles de alcanzar. Si se diera la situación de que a la persona no se le ocurra nada, se le pueden sugerir algunos objetivos, alineados con sus valores, extraídas de la información recogida en las herramientas anteriores. Algunas orientaciones que pueden ayudar a cumplimentar esta herramienta son:

MIS OBJETIVOS			
OBJETIVOS O METAS	ACTIVIDADES / ACCIONES	ÁREA	DIMENSIÓN CALIDAD DE VIDA
<p><i>De las cosas que hemos visto que son importantes para mí y que me hacen sentir bien y de las metas y deseos recogidos en la ficha anterior...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Qué objetivo concreto me gustaría conseguir?</li> <li>– ¿En cuál me podría centrar el próximo año?</li> <li>– ¿En qué podría mejorar específicamente como persona?</li> <li>– ¿En qué meta concreta me gustaría trabajar a partir de hoy?</li> <li>– ¿Qué me gustaría hacer con más frecuencia?</li> <li>– ¿Cómo podría sentirme mejor o más feliz?</li> </ul> <p><i>De los objetivos o metas planteados en anteriores planificaciones o años,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Cuáles ya he conseguido?</li> <li>– ¿Cuáles quiero mantener?</li> <li>– ¿Cuáles quiero desechar?</li> <li>– ¿Qué otras metas nuevas se me ocurren?</li> </ul>	<p><i>De cada objetivo/meta planteada:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Hay otros objetivos anteriores para alcanzar el planteado?</li> <li>– ¿Qué pasos se pueden ir dando para llegar a él?</li> <li>– ¿Qué cosas o actividades concretas puedo hacer para conseguirlo?</li> </ul> <p><i>De cada actividad/acción, especificar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Cuándo la realizaré?, frecuencia, horario, día de la semana, etc.</li> <li>– ¿Cómo la realizaré? (con qué recursos, procedimiento, etc.)</li> <li>– ¿Dónde la realizaré? (lugar, espacio, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <u>Social</u>: se refiere al mantenimiento y fomento de las relaciones sociales, familiares y de participación que son significativas para la persona, así como en el contexto comunitario.</li> <li>– <u>Psicológica y Funcional</u>: promoción, prevención y mantenimiento de las capacidades cognitivas, conductuales y funcionales de la persona.</li> <li>– <u>Salud</u>: promoción, prevención y mantenimiento de la salud de la persona. En esta área se incluyen la evaluación de la necesidad excepcional de adopción de medidas de sujeción, incluyendo la revisión periódica de las mismas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <u>Bienestar Emocional</u>: tiene que ver con la felicidad, la seguridad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, la satisfacción con uno mismo, etc.</li> <li>– <u>Relaciones Interpersonales</u>: sobre las relaciones de afecto, interacciones, amistades, pareja, intimidad, familia, etc.</li> <li>– <u>Bienestar Material</u>: relacionado con el estatus económico, el empleo, las posesiones, las propiedades, la seguridad financiera, etc.</li> <li>– <u>Desarrollo Personal</u>: todo lo relacionado con la adquisición de habilidades, competencias, formación, realización personal, etc.</li> <li>– <u>Bienestar Físico</u>: tiene que ver con la salud, la nutrición, la movilidad, la actividad deportiva, el estilo vida, etc.</li> <li>– <u>Autodeterminación</u>: relacionado con las elecciones, la toma de decisiones, la autorregulación, el control personal, el establecimiento de metas, etc.</li> <li>– <u>Inclusión Social</u>: vinculado al estatus, los roles sociales, la participación en actividades, la integración en la comunidad, etc.</li> <li>– <u>Derechos</u>: algunos ejemplos son privacidad, voto, libertad, protección, acceso a recursos, etc.</li> </ul>

**INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL:** (2ª página):

MI PLAN DE APOYOS				SEGUIMIENTO	
TIPO DE APOYO	QUIÉN PRESTA el apoyo	CUÁNDO SE PRESTA el apoyo	OBSERV.	CUANTITATIVO	DESCRIPTIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Qué tipo de ayuda necesito para conseguir mis objetivos?</li> <li>– ¿Cómo me puede alguien ayudar?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Quién me puede ayudar?</li> <li>– ¿Qué persona me va a acompañar para realizar cada acción?</li> <li>– ¿Quién se compromete a prestar el apoyo?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Cuándo necesito la ayuda?</li> <li>– Establecer frecuencia o momento concreto</li> </ul>	<p>Escribir cualquier información que ayude a aclarar los anteriores</p>	<p>Elegir entre las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <u>Conseguido</u>: totalmente alcanzado, superado y/o instaurado en el caso de hábitos.</li> <li>– <u>En proceso</u>: conseguido parcialmente o habiendo dado pasos intermedios y siendo necesario seguir trabajando en él.</li> <li>– <u>No conseguido</u>: no alcanzado el objetivo propuesto</li> <li>– <u>Desestimado</u>: la persona decide que no quiere seguir trabajando para lograr ese objetivo.</li> </ul>	<p>Señalar algún detalle cualitativo significativo en relación a los objetivos propuestos, las actividades realizadas, las dificultades que han surgido, la consecución de otros objetivos no planificados derivados de los apoyos recibidos, las razones por las que algún objetivo se desestima o no se ha conseguido, etc.</p>

## ANEXO 5. DIAGRAMA DEL PROCESO



## ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVAR EL PROYECTO DE VIDA

D./Dña. ....

con D.N.I nº: ..... que asiste al Taller Ocupacional/ Prelaboral/ Centro de Día de.....,

Y en el caso excepcional, de ser una persona con necesidad de apoyo generalizado, en su nombre y representación, su padre, madre o persona prestadora de medidas de apoyo

D./Dña....., con D.N.I. nº: .....

Manifiesto libre y voluntariamente que, habiendo recibido y comprendido la información para activar el PROYECTO DE VIDA diseñado para apoyar a las personas con discapacidad, y habiendo podido preguntar y aclarar todas mis dudas,

- ACEPTO** desarrollar el proceso
- RENUNCIO** a realizar el proceso

Lo que firmo, a los efectos oportunos,

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

PERSONA USUARIA

PADRE/MADRE/ PERSONA  
PRESTADORA DE MEDIDAS DE APOYO

FDO.: \_\_\_\_\_

FDO.: \_\_\_\_\_

## ANEXO 7. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Profesionales miembros del grupo de trabajo:

- Purificación de Lózar García (Taller Ocupacional de Tordesillas)
- Rocío Hernández Grande (Taller Prelaboral Peñafiel).
- Lucía García Simón (Vivienda Tutelada Peñafiel).
- Ana Vegas Pérez (Taller Prelaboral Rueda)
- Cristina Baeza Benavides (Centro de Día Villalón de Campos)
- Nuria Ramos Granado (Programa EDIS Diputación Provincial)
- Encarna Garrido Rodríguez (Coordinación CEAS Diputación Provincial).
- Elena Miguel Gómez (Equipo Apoyo Fundación Personas).
- Anabel Marín González (Equipo Apoyo Fundación Personas).



Personas usuarias responsables de las ilustraciones:

- José Luis Marcos Álvarez (Taller Ocupacional de Cigales): dibujo portada
- José Félix Gil Renedo (Taller Prelaboral Tudela): dibujo página 7.
- Fernando Frutos Sastre (Taller Prelaboral Tudela): dibujo página 8.