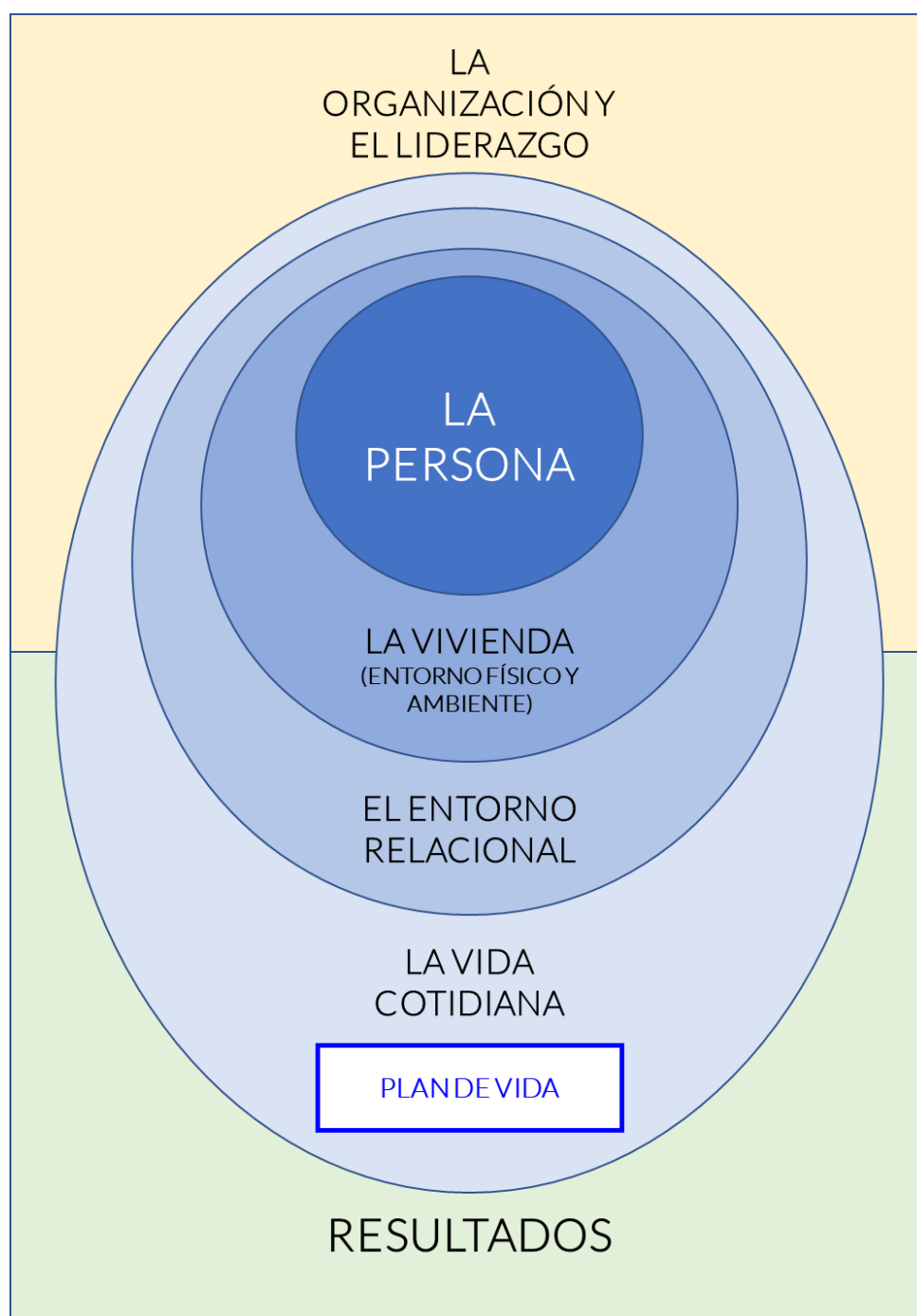


GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE VIDA Y APOYOS (NORBERA)





CONTENIDO

IDEAS CLAVE.....	3
CONTEXTO NORMATIVO.....	4
FIGURAS CLAVE.....	9
ELABORACIÓN DEL “PLAN DE VIDA Y APOYOS”	11
PASO UNO: CONOCER A LA PERSONA CON LA PERSONA.....	12
PASO DOS: PROPUESTA TÉCNICA DEL PLAN DE VIDA Y APOYOS	14
PASO TRES: CONSENSO DEL PLAN DE VIDA Y APOYOS.....	15
PASO CUATRO: IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL “PLAN DE VIDA Y APOYOS”	15
PASO CINCO: EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL “PLAN DE VIDA Y APOYOS”	16
ANEXO-1 PLAN DE VIDA Y APOYOS: DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA.....	17
ANEXO-2 PLAN DE VIDA Y APOYOS: FORMATO	19



IDEAS CLAVE

El Modelo de Participación y Calidad de Vida, de referencia para los centros para personas con diversidad funcional del IFAS, consiste en la dinamización y coordinación del conjunto de apoyos, servicios, programas y tratamientos mediante un proceso de planificación individual de apoyos (planificación centrada en la persona) cuyo protagonista es la propia persona y está orientado a conseguir resultados en cada persona, en sus familias y en el entorno.



El Plan de Vida y Apoyos es el instrumento nuclear para ello, a partir del cual se estructura el día a día de la persona y del centro.

Contiene la planificación personalizada de los apoyos y/o cuidados que precisa la persona teniendo en cuenta sus preferencias, expectativas, costumbres, deseos y valores. Su elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación ha de contar con la participación de la persona y red de apoyo, de manera que se garantice que es ella la dueña de su futuro vital.

El objetivo de este proceso colaborativo es que la persona pueda alcanzar:

- logros en sus metas personales
- resultados satisfactorios en sus dimensiones de calidad de vida
- mantenimiento y mejora en su funcionamiento y autonomía personal

Todo ello desde una perspectiva ética, respetando su dignidad y derechos.

Se elabora desde una mirada multidimensional y se planifica la intervención teniendo en cuenta las dimensiones de calidad de vida de Schalock y Verdugo.



CONTEXTO NORMATIVO

Las principales fuentes normativas respecto al plan de atención son:

- LEY 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.
- DECRETO 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas.
- DECRETO 185/2015, de 6 octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco Servicios Sociales.
- DECRETO 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- DECRETO FORAL 119/2021, de 24 de agosto, de la Diputación foral de Bizkaia, por el que se regula la articulación de unidades convivenciales en la provisión del servicio foral residencial para personas mayores en situación de dependencia.
- RESOLUCIÓN de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE de 11 de agosto de 2022).

La LEY 12/2008, en su artículo 9 (Derechos de las personas usuarias de los servicios sociales) apartado i, establece el derecho de la persona usuaria a que se realice, en plazos razonables de tiempo, una evaluación o diagnóstico de sus necesidades, a disponer de dicha evaluación por escrito, en un lenguaje claro y comprensible, y a disponer, en plazos razonables de tiempo, de un plan de atención personalizada, y a participar en su elaboración cuando, para responder a las necesidades detectadas, se estime necesaria una intervención.

El DECRETO 64/2004, en su artículo 10 (Plan individual de atención) indica:

1. Las personas usuarias de los servicios sociales tienen derecho a disponer, en plazos razonables de tiempo, de un plan individual de atención ajustado a las necesidades detectadas durante la evaluación, siempre que para responder a las mismas se estime necesaria una intervención y que la persona usuaria preste su consentimiento para la misma.
2. La elaboración de un plan individual de atención implica:
 - a) Diseñar el plan por escrito y en un lenguaje de fácil comprensión, adaptado, cuando sea necesario, a las necesidades especiales de las personas usuarias;
 - b) Proveer a las personas usuarias y, si éstas así lo consintieran, a las personas cuidadoras de la red natural de apoyo, de una copia del plan individual de atención
 - c) Describir con precisión los servicios, las prestaciones y las personas que van a intervenir en la atención, así como la función que corresponde ejercer a cada una de ellas y el momento en que les corresponde intervenir;
 - d) Designar a un profesional referente responsable de la adecuada coordinación de las intervenciones;
 - e) Indicar un teléfono de contacto al que poder recurrir en casos de urgencia;
 - f) Indicar la fecha en que se procederá a la revisión de la evaluación de las necesidades y del plan individual de atención con objeto de verificar su adecuación e indicar la vía por la que las personas usuarias y, en su caso, las personas cuidadoras pueden iniciar dicho procedimiento de revisión en fechas distintas a la prevista;



- g) Indicar, en su caso, el importe de las tarifas correspondientes, la forma en que el mismo ha sido calculado, y las posibles modalidades de pago.
- 3. En garantía del derecho de las personas a disponer de un plan individual de atención, los servicios sociales deben ajustar su actuación a plazos razonables de intervención no pudiendo, en ningún caso, sobrepasar el plazo máximo de 30 días hábiles entre la finalización de la evaluación de las necesidades y la elaboración del plan individual de atención.
- 4. Todo plan individual de atención podrá revisarse siempre que lo considere conveniente el profesional referente responsable del caso para garantizar la adecuada atención de la persona usuaria. Así mismo, deberá revisarse siempre que así lo solicite la persona usuaria y, en todo caso, con una periodicidad anual.

El DECRETO 185/2015, en su artículo 20 (Plan de Atención Personalizada (PAP) y seguimiento de la intervención) dice que el Plan de Atención Personalizada definirá el conjunto de servicios y prestaciones cuya intervención se prevé, entre aquellos a los que la valoración y el diagnóstico hayan determinado que la persona solicitante podría acceder. Asimismo, en aras de una atención coherente e integral, tendrá en cuenta otros planes en curso con la misma persona o familia, elaborados en el marco de otros sistemas de atención.

El DECRETO 126/2019, en su artículo 26.2 señala que se prestará una atención personalizada adaptada a las necesidades de cada residente, mediante la elaboración de un plan de atención individualizado (PAI). El artículo 29.8 mueve a facilitar la participación de la familia en el plan de atención. Artículo 31 (Fase de estancia: evaluación de necesidades y Plan de Atención Individualizado) aborda de forma más extensa el PAI:

- 1. La valoración integral y la elaboración de planes de atención individualizada constituyen la base de la atención geriátrica, y la atención personalizada integral debe ser el principio en el que se apoye la filosofía de los servicios para las personas mayores.
- 2. El Plan de Atención Individualizado (PAI), consiste en una programación individual para garantizar la mejor adecuación de la intervención a las necesidades individuales, y se efectuará a partir del documento que se realiza por parte de los Servicios de Base, el Plan de Atención Personalizada (PAP), que pasa así a ser ampliado y personalizado por el personal del centro residencial. En el PAI, se incluirá como mínimo los siguientes contenidos:
 - a) Valoración geriátrica integral (Áreas relevantes de atención: Sanitaria, Psicológica, Social y de actividades de la vida diaria).
 - b) Valoración de capacidades, sus necesidades de apoyo, sus hábitos, preferencias y deseos.
 - c) Planteamiento de objetivos concretos en el ámbito preventivo y asistencial.
 - d) Determinación de programas y actividades para conseguir los objetivos.
 - e) Ejecución de dichas actividades.
 - f) Evaluación periódica de cumplimiento de los objetivos definidos y si es preciso plantear modificaciones y nuevos objetivos.
- 3. La evaluación de necesidades se realizará con instrumentos validados y adaptados al colectivo en cuestión.
- 4. El proceso de valoración deberá ser siempre consensuado y dirigido a conseguir unos objetivos centrados en la persona, y no solo la evaluación de los déficits y enfermedades, sino también en las capacidades, funciones y relaciones positivas.

Se realizarán reuniones periódicas del equipo interdisciplinar con una periodicidad preferentemente semanal y obligatoriamente mensual, para la planificación y el seguimiento de los planes de atención individualizados. Todo ello al objeto de que dicho documento PAI sea algo dinámico/vivo, que recoja en cada momento la situación actual de la persona usuaria.



La composición del equipo interdisciplinar debe garantizar que la totalidad de los profesionales de atención directa (personal técnico, cuidadores y cuidadoras, gerocultores y gerocultoras del equipo de atención directa) de los cuales disponga el centro participen, desde su área de trabajo, en la elaboración de dicho PAI.

Sin menoscabo de los y las profesionales que intervienen en la planificación y ejecución del PAI, cada persona usuaria debe contar, al menos con una persona de referencia que conocerá los detalles de su PAI.

El PAI se elaborará contando con la participación de la persona residente y en su caso con los familiares o personas de referencia.

El PAI por escrito se entregará a la persona usuaria o a la persona de referencia, si así lo deseara dicha persona usuaria. Cuando se entregue, se explicará de forma clara el contenido del mismo.

La valoración de la persona usuaria, por parte de los y las profesionales es conveniente que se complete dentro de los 15 primeros días.

El PAI se completará al cumplirse los dos primeros meses de ingreso efectivo.

5. La revisión del PAI se debe hacer como mínimo con periodicidad anual o siempre que requiera una modificación de los objetivos planteados ante una variación significativa de la situación de la persona usuaria, dejando registro de las revisiones realizadas, incluyendo el resultado de la valoración de la adaptación realizada a los tres meses del ingreso.

Se dispondrá de un sistema de registro de los ajustes del PAI realizados por parte de los y las profesionales entre la revisión anual y la siguiente.

6. En el caso de estancias temporales que no excedan del mes, se deberán establecer los mínimos de atención que se deben cumplir en este tipo de ingresos existiendo a tal efecto un «Plan de Cuidados Básicos» elaborados por los y las diferentes profesionales de las diversas áreas de atención, desde el mismo momento del ingreso, todo ello al objeto de que las personas ingresadas en este tipo de estancias temporales tengan garantizada una atención de calidad.

El DECRETO FORAL 119/2021 en su artículo 6 (Plan de Atención y Vida Personalizado profundiza en lo anterior:

1. El Plan de Atención y Vida Personalizado, que debe incluir necesariamente el Plan de Cuidados Individualizado, tendrá los siguientes contenidos mínimos:
 - a) Una valoración integral de la persona en su entorno, que incluya las capacidades, fortalezas y limitaciones en sus diferentes dimensiones: estado de salud física, nivel de funcionamiento autónomo y/o dependencia, su estado cognitivo, su salud mental y estado emocional, su modo de vida y rutinas, preferencias y deseos, las relaciones sociales y los apoyos sociales con los que cuenta, las aficiones, las creencias y valores y su propia concepción del bienestar y de una vida buena, identificando sus principales fuentes de bienestar y sentido.
 - b) Los apoyos, acompañamiento y cuidados que necesita para atender sus necesidades, considerando tanto las necesidades básicas o instrumentales como las vinculadas al desarrollo de su proyecto de vida.
 - c) Los apoyos y recursos que debemos procurar para mantener sus capacidades, funciones y habilidades, favorecer el cumplimiento de su proyecto vital y facilitar los apoyos necesarios para un proceso de final de vida conforme a sus deseos.
 - d) Las rutinas que deben mantenerse, y las personas y momentos en que se realizarán dichas rutinas.
 - e) Las conductas y acciones a realizar o a evitar para no generar situaciones de sufrimiento o conductas que puedan suponer riesgos y los apoyos y recursos necesarios para mejorar los niveles de satisfacción y bienestar.



- f) Las actividades cotidianas y las actividades específicas propuestas para mejorar su autonomía, identidad y sentido.
 - g) La persona o personas que pueden representarle en las situaciones en que ella no pueda hacerse cargo de sus derechos, en respeto total a su identidad y sus valores.
 - h) Deberá incluir un mecanismo de revisión continua, que permita incorporar las adaptaciones que sean necesarias a medida que la persona va cambiando en sus capacidades, gustos, necesidades e intereses.
2. El Plan de Atención y Vida Personalizado se elaborará dando cumplimiento a los siguientes requerimientos:
- a) Se elaborará en diálogo y consenso con la persona residente, que participará en todos los aspectos en que pueda hacerlo. Si fuera necesario se recurrirá, igualmente, a su representante. Finalmente, además, requerirá el consentimiento de las personas interesada o de su representante.
 - b) Se elaborará partiendo del conocimiento de la persona y su historia de vida personal, respetando especialmente aquellos acontecimientos, relaciones, rutinas, valores y creencias que hayan marcado su identidad y sus decisiones.
 - c) La persona destinataria o su representante deberá recibir información completa y comprensible del mismo.
 - d) Se establecerá con claridad que aspectos del plan son confidenciales y por tanto no deben darse a conocer más que a aquellas personas que necesiten la información para evitar riesgos o procurar los apoyos necesarios para llevarlo a cabo.

Finalmente, la RESOLUCIÓN de 28 de julio de 2022 hace una extensa conceptualización que incluye lo siguiente:

1. Las entidades prestadoras de servicios deberán disponer de Guía de elaboración de planes personales de atención y de apoyo, donde se describe cómo se diseñan, planifican y evalúan los planes, así como los roles y funciones que desempeña cada persona en el proceso, incluida la persona usuaria, su familia y/o personas allegadas, y su coordinación con otros profesionales y ámbitos.
2. El plan personal de atención y apoyo es un proceso en el que se ayuda a la persona para que decida (con los apoyos y personas que precise) qué aspectos significativos de su vida quiere mejorar y mantener, así como los apoyos y oportunidades que necesita para hacerlo. En este proceso se decide, planifica y evalúa cómo esos apoyos contribuyen a que la vida de la persona mejore. Se materializa en un documento donde se describen las acciones de apoyo necesarias para alcanzar los objetivos y metas que se establezcan, siempre de acuerdo con la voluntad y preferencias de cada persona y contando con la participación de otras personas de su familia o allegadas que la conozcan bien. Este es un documento clave para promover procesos de atención centrados en la persona. Para su verdadera aplicación debe ser complementado con prácticas profesionales centradas en las personas que garanticen la aplicación práctica de lo que en estos planes se decide y redacta. El plan debe ser revisado y actualizado de forma periódica y contribuye también a la propia planificación y programación de las actividades del centro, de forma que estas respondan de forma más ajustada a las necesidades e intereses de las personas y no sólo a las prioridades organizacionales.
3. Los planes personales de atención y de apoyo son una de las estrategias clave para la personalización de los cuidados, así como para avanzar hacia una gestión centrada en las personas. Deberán contribuir a proporcionar a las personas residentes un lugar para vivir donde sus preferencias, su intimidad y sus derechos están en el centro de la atención.
4. Cada persona residente tendrá un plan personal de atención y de apoyos en el que se planificarán y se hará seguimiento de los apoyos que recibe para el desarrollo y disfrute de su proyecto y estilo de vida. Este plan recogerá, entre otras cuestiones, las preferencias y voluntad



de la persona respecto a cómo quiere vivir, así como sobre las cuestiones que son significativas para ella y que deberán conocer y respetar todas las personas que participen en su sistema de apoyos y cuidados.

5. La persona residente participará y tendrá un papel central en el diseño, ejecución y seguimiento de su plan, así como otras personas de su elección, que son importantes para ella. En el caso de que la persona tenga dificultades a nivel cognitivo y/o de comunicación para la participación y la toma de decisiones, se activarán los recursos y herramientas necesarias para que su voluntad y preferencias sean respetadas, tal y como facilitan las metodologías de planificación centrada en la persona, haciendo partícipes de este proceso a aquellas personas que ostenten su representación legal o a sus familiares y/o personas allegadas de referencia. Estos procesos deberán garantizarse en todos los momentos de la vida, especialmente en aquellos más sensibles en la toma de decisiones, como es el final de la vida.
6. En el diseño de los planes se tendrá en cuenta la historia de vida de la persona como fuente de conocimiento central para el diseño de su sistema de cuidados y apoyos.
7. Las personas residentes tendrán acceso a su plan en un formato accesible que garantice su comprensión y participación en el mismo. Se asegurará que toda la documentación relativa a las personas usuarias sea respetuosa con su dignidad y promueva una visión positiva de ellas. Se contará con procedimientos de protección de la confidencialidad y protección de datos de las personas y se pondrán en práctica.
8. Estos planes deben incorporar, no sólo una visión centrada en la persona y en sus fortalezas, sino también un enfoque de derechos humanos que sirva de garantía de todos aquellos aspectos que promueven un trato digno y respetuoso en las relaciones de apoyo y cuidado. También deberán orientarse a potenciar la participación de la persona en su entorno comunitario.
9. Los planes deben acompañarse de un sistema de seguimiento y evaluación frecuente que evidencie cómo el centro contribuye a la calidad de vida de las personas y a mejorar sus resultados personales y/o evitar el empeoramiento. Así mismo, estos planes contribuirán a la planificación y gestión de los cuidados y apoyos de cada persona y a la promoción de una gestión y planificación del recurso centrada en la persona.
10. Siempre que la persona residente lo considere adecuado, se invitará a la familia y/o personas allegadas para que participen en el diseño de su plan personal de atención y de apoyos.
11. La persona profesional de referencia sea cual sea su específico rol profesional, será un referente cuando se elabore o se realice el seguimiento y revisión del plan personal de atención y de apoyos de la persona residente, de manera que se tenga en cuenta la visión global de la persona, sus expectativas, preferencias y estilo de vida.
12. Durante la elaboración del plan personal de atención y de apoyos, se ofrecerá la posibilidad de redactar el documento de instrucciones previas conforme a lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, para contribuir a mejorar la atención cuando se acerca el final de la vida y a que se respeten la voluntad y preferencias de las personas residentes.
13. Los centros de atención residencial y centros de día deben tener un compromiso formal respecto a la atención libre de sujeciones y coerciones que se acreditará mediante la existencia de un Plan de atención libre de sujeciones que contemplará la supresión total y segura de las sujeciones siendo únicamente posible su utilización de manera excepcional en la forma en que contempla el presente Acuerdo. Además, el Plan que debe regirse por los principios contenidos en el presente Acuerdo valorando las preferencias de la persona residente, contendrá medidas alternativas de apoyo preventivo, positivo y respetuoso que minimicen el uso de medidas restrictivas, como las sujeciones.



FIGURAS CLAVE

1. LA PERSONA

La persona participará y tendrá un papel central en el diseño, ejecución y seguimiento de su plan, así como otras personas de su elección, que son importantes para ella. En el caso de que la persona tenga dificultades a nivel cognitivo y/o de comunicación para la participación y la toma de decisiones, se activarán los recursos y herramientas necesarias para que su voluntad y preferencias sean respetadas, tal y como facilitan las metodologías de planificación centrada en la persona, haciendo partícipes de este proceso a aquellas personas que ostenten su representación legal o a sus familiares y/o personas allegadas de referencia. Estos procesos deberán garantizarse en todos los momentos del Plan de Vida y Apoyos y especialmente en aquellos más sensibles en la toma de decisiones.

La persona tendrá acceso a su plan en un formato accesible que garantice su comprensión y participación en el mismo. Se asegurará que toda la documentación relativa a la persona sea respetuosa con su dignidad y promueva una visión positiva de ellas.

Estos planes deben incorporar, no sólo una visión centrada en la persona y en sus fortalezas, sino también un enfoque de derechos humanos que sirva de garantía de todos aquellos aspectos que promueven un trato digno y respetuoso en las relaciones de apoyo y cuidado. También deberán orientarse a potenciar la participación de la persona en su entorno comunitario.

2. LA FAMILIA Y/O PERSONAS ALLEGADAS

La familia y/o las personas allegadas tienen un importante papel de apoyo tanto en el plano afectivo como colaborando en los cuidados.

En el caso de personas con grandes necesidades de apoyo a nivel cognitivo y/o de comunicación para la participación y la toma de decisiones, se hará la mejor interpretación posible de su voluntad y preferencias contando para ello con la participación de aquellas personas que mejor la conocen.

Se implementarán canales de comunicación permanente con las familias y/o personas allegadas y se celebrarán reuniones periódicas para intercambio de información con el equipo de atención directa y persona profesional de referencia, asegurando que la persona residente está presente siempre que esta lo desee, salvo cuando, por alguna razón excepcional, no se considere oportuno.

Siempre que la persona residente lo considere adecuado, se invitará a la familia y/o personas allegadas para que participen en el diseño de su plan personal de atención y de apoyos.

Se informará a la familia y/o personas allegadas sobre intervenciones específicas o ante dificultades detectadas o conflictos que puedan alterar la convivencia normalizada.

3. LA PERSONA PROFESIONAL REFERENTE

Los y las profesionales referentes son las personas responsables de promover un apoyo personalizado a cada persona en su día a día. Son quienes coordinan el Plan de Vida y Apoyos y se comunican y planifican con el resto de personal que apoya a la persona en el día a día, así como con su familia, cuando la persona lo elige, y velan por su cumplimiento y desarrollo.

La persona profesional referente, sea cual sea su específico rol profesional, será un referente cuando se elabore o se realice el seguimiento y revisión del Plan de Vida y Apoyos de la persona, de manera que se tenga en cuenta la visión global de la persona, sus expectativas, preferencias y estilo de vida.

Asimismo, se coordinará con el resto de las entidades de las que la persona es también usuaria para acordar las metas y trabajar en las estrategias de apoyo y para dotar de coherencia y cohesión al plan. También será la encargada de implicar a la familia y demás integrantes del grupo de apoyo en las actividades propuestas en el “PLAN DE VIDA Y APOYOS” con el fin de animar a la participación de la persona, buscar sus capacidades y mejorar sus relaciones.



Si bien la figura de la persona profesional de referencia no está ligada a ninguna categoría profesional, sí deberá estar asociada al personal de atención directa.

4. EL EQUIPO Y LAS REUNIONES INTERDISCIPLINARES

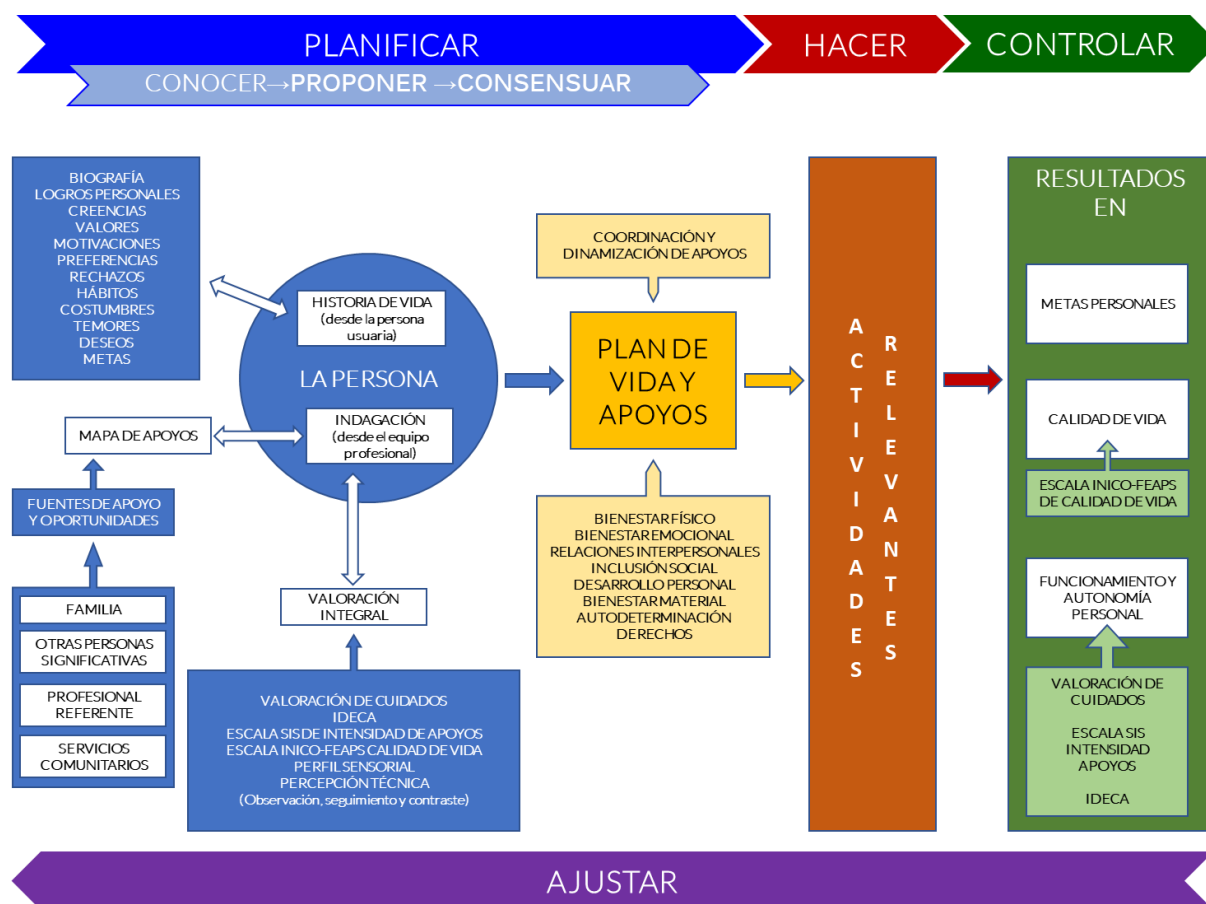
El acompañamiento a la persona en su proyecto de vida ha de ser acometido de forma interdisciplinar por los profesionales de atención directa, actuando como equipo de forma coordinada. Independientemente de los roles, el proyecto de vida de la persona atañe a todos y todos han de participar de manera activa.

La composición del equipo interdisciplinar debe garantizar que la totalidad de los roles profesionales de atención directa participen, desde su área de trabajo, en la elaboración, seguimiento, evaluación y revisión de los planes de vida y apoyos ya que cada profesional, con su formación y desde su disciplina, aporta una visión importante para la mejora de la vida de las personas. La atención centrada en la persona impulsa el rol de quienes conviven día a día con la persona y afianza la sintonía de dicho trabajo con el de las y los técnicos.

Con el objeto de trasladar esa visión interdisciplinar a los planes de vida y apoyos, se realizarán reuniones periódicas de equipo con una periodicidad preferentemente semanal y obligatoriamente mensual, para la planificación y el seguimiento de dichos planes.



ELABORACIÓN DEL “PLAN DE VIDA Y APOYOS”



El “PLAN DE VIDA Y APOYOS” se estructura sobre las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y defensa de derechos.

Ya que los proyectos vitales de las personas tienen una proyección amplia en el tiempo, el Plan de Vida y Apoyos ha de propiciar una línea de trabajo de largo recorrido, por lo que se propondrá a la persona usuaria que tenga una vigencia de cuatro años, si bien su duración se adaptará al deseo de la persona usuaria. Su implementación se llevará a cabo en planes de acción anuales en los que se definirán las metas, estrategias de apoyo, responsables y plazos, para ese periodo. De esta forma, se revisará y renovará anualmente, pudiendo hacerlo antes si hubiese cambios significativos o la persona nos lo requiriese.

En su elaboración diferenciamos tres fases:

- Conocer a la persona con la persona
- Propuesta técnica del Plan de Atención y Vida
- Consenso del Plan de Atención y Vida

Una vez definido, se prestarán los apoyos y cuidados definidos y se realizarán las actividades relevantes que recoja con el fin de que la persona pueda alcanzar el logro en sus metas personales, así como resultados satisfactorios en las dimensiones de calidad de vida y el mantenimiento o mejora en su funcionamiento y autonomía personal.

Periódicamente habrá que controlar si se alcanzan o no los objetivos planteados y en base a ello, ver si hay que introducir ajustes en el plan.



PASO UNO: CONOCER A LA PERSONA CON LA PERSONA

En este paso es la figura de Profesional Referente la que tiene especial relevancia. Puesto que el objeto es conocer a la persona, el /la profesional referente ha de generar un clima de confianza y siempre que se reúna con ella lo hará en un ambiente cómodo y tranquilo, habiéndole explicado el proceso que se va a seguir para recoger la información.

En aquellos casos en los que la persona cuente con grandes dificultades a la hora de comunicarse, utilizaremos soportes de comunicación alternativos y recabaremos información con la participación de la familia y resto de profesionales que mediante la observación y el acompañamiento diario tienen un amplio conocimiento de la persona.

Para elaborar el “Plan de Vida y Apoyos” deberemos conocer a la persona:

- desde una visión **integral**, teniendo en cuenta los aspectos que nos constituyen como personas
- desde una visión **personalizada**, considerando los apoyos que precisa la persona según sus deseos y preferencias

Todo ello ha de ser **enfocado desde las ocho dimensiones de calidad de vida**, conociendo su situación en cada una de ellas, sus deseos y metas personales.

En cada dimensión se incluyen unos ámbitos de indagación sobre los que exploraremos la importancia y el significado que tiene para la persona ese ámbito, (¿qué significa para mí?), y si es algo que ya tiene o le gustaría tener.

Con el fin de ayudar en la recogida de la información, se aportará una breve descripción de cada una de las dimensiones y algunos de los ámbitos sobre los que indagar.

En este proceso, la profesional referente podrá identificar las metas más relevantes para la persona y que ámbitos son importantes y desea tener.

Para ello debemos conocer la visión que tiene la persona de sí misma, a través de la Historia de vida, y complementarlo con la información que aporta la indagación técnica a través de la valoración integral y el mapa de apoyos.

En la historia de vida, recogemos información desde la óptica de la persona y abarca tanto aspectos biográficos, trayectoria y relatos de vida, como aspectos concretos de su vida cotidiana actual:

- hábitos, costumbres y rutinas
- gustos y preferencias
- valores
- miedos y preocupaciones
- deseos y metas
- relaciones significativas
- aspectos que considera confidenciales y con quién quiere compartirlos

Esta valoración la realiza el/la profesional de referencia con la información proporcionada por la propia persona, y en su caso con la ayuda de la familia y/o personas allegadas de referencia. Contará también con la información que el/la trabajador/a social y otros profesionales puedan aportar, así como con la que puedan proporcionar otros servicios o centros a los que la persona acude.

En la valoración integral hemos de recabar información relevante de la persona desde diferentes ópticas y valoraciones correspondientes a los distintos profesionales que intervienen en el proceso de atención, combinando herramientas objetivas y validadas con percepciones técnicas de carácter más subjetivo. Entre las distintas herramientas que se pueden utilizar se consideran imprescindibles las siguientes:



- Valoración de cuidados de Trebetu
- IDECA o similar
- Escala SIS de intensidad de apoyos
- Escala de calidad de vida INICO-FEAPS
- Perfil sensorial
- Percepción técnica: Observación, seguimiento, contraste de información

En el mapa de apoyos se indagará sobre las fuentes de apoyo y oportunidades en los siguientes ámbitos:

- la propia persona y sus capacidades, poniéndolas en valor y creando oportunidades para descubrirlas, fomentando la mayor autonomía y autodeterminación
- la familia y personas significativas, como facilitadoras en el acompañamiento, deben de tener su espacio de manera que se visibilicen las potencialidades, responsabilidades y límites
- los servicios, programas o tratamientos externos a los que acude, ya que han de tenerse en cuenta otros planes que pueda tener en otros servicios con el fin de integrarlos
- los recursos y oportunidades del entorno.

El plazo para la ejecución de este paso es el siguiente:

- en el caso de personas con diversidad funcional, 40 días hábiles desde el ingreso
- en el caso de personas mayores, 15 días naturales desde el ingreso.



PASO DOS: PROPUESTA TÉCNICA DEL PLAN DE VIDA Y APOYOS

En este paso es el equipo multidisciplinar (profesional referente, auxiliar, TIS, enfermería, psicóloga, trabajadora social, dirección...) el que adquiere más relevancia.

El equipo comparte la información que cada profesional aporta. La persona profesional referente aportará el conocimiento de la persona adquirido a través de la indagación de su historia de vida y el resto de profesionales la evaluación de las diferentes valoraciones que han realizado. Con toda esta información y el conocimiento de las capacidades y fortalezas de la persona, se elabora la propuesta del “PLAN DE VIDA Y APOYOS”.

Esta propuesta se estructura en base a las ocho dimensiones de calidad de vida, por lo que siguiendo ese esquema se hace un recorrido por cada dimensión recogiendo cómo se ve la persona en cada una de ellas, qué es importante para ella, y las **necesidades de apoyo** que la persona tiene en cada dimensión.

Con esta información, se identifican las **metas** vinculadas a las necesidades de apoyo, priorizando las metas que la persona señale como más importantes en su actual proyecto de vida y, asimismo, se establecerá un plazo para la consecución de cada una. Las metas han de ser medibles y alcanzables.

Por último, se concretan las **estrategias de apoyo** que se llevarán a cabo para conseguir las metas propuestas, así como un responsable de cada estrategia.

Es importante señalar que tenemos que hablar de la persona usuaria no desde lo que necesita, sino desde lo que le gusta.

También hay que tener en cuenta que se trata del “PLAN DE VIDA Y APOYOS” de la persona, por lo que se redactará en **primera persona** visualizando así su autonomía, voluntad y dignidad. Para incidir en este aspecto, en el documento del “PLAN DE VIDA Y APOYOS” se incluye una breve presentación de la propia persona, “*qué has de saber de mí*”, en la que se recogen los aspectos más destacables que las demás personas deberían conocer y que son esenciales para la comunicación y el buen trato: *cómo quiero que me llames y me trates, cómo soy yo, cuál es mi lengua habitual, si tengo dificultades de visión y audición, sistemas de comunicación que utilizo habitualmente, otras cosas que creo que debes saber de mí.*

En la elaboración del plan se utilizará un **lenguaje claro y comprensible**, adaptándolo a las necesidades que la persona pudiese tener.

No debemos olvidar que toda la información que se recoge en el “PLAN DE VIDA Y APOYOS” pertenece a la persona y por esta razón, la profesional referente tendrá que **consensuar esta información con ella**, así como los aspectos confidenciales que no deben darse a conocer más que a aquellas personas que necesiten la información para evitar riesgos o procurar los apoyos para llevarlo a cabo.



PASO TRES: CONSENSO DEL PLAN DE VIDA Y APOYOS

En este paso se **presentará la propuesta del “PLAN DE VIDA Y APOYOS” a la persona** para su consenso y aprobación.

La presentación la hará la persona profesional referente y la persona estará acompañada de su familia o representante cuando tenga dificultades a nivel cognitivo y/o de comunicación para la toma de decisiones. En el caso de personas que cuenten formalmente con representación se actuará conforme a lo que legalmente está establecido.

Se utilizarán los soportes de comunicación necesarios para facilitar la comprensión de la propuesta de “PLAN DE VIDA Y APOYOS” y se contrastará el mismo buscando un consenso que redunde en el bienestar de la persona.

Si no hubiese acuerdo, se introducirán los cambios propuestos, recogiendo los compromisos y acuerdos alcanzados.

Asimismo, se acordará la duración del plan y la periodicidad de revisión. Se recomienda que el plan lo sea a largo plazo (4 años) con revisiones anuales. Estas lo serán con mayor frecuencia si hubiese un cambio significativo que suponga nueva valoración de las metas propuestas o estrategias de apoyo. La duración y fecha prevista de revisión se incluirá en el plan.

Alcanzado el consenso se procederá a su firma, facilitando una copia a la persona, a su representante legal o a quien ella consienta. Una copia escaneada se guardará en Trebetu.

El plazo para haber llegado al consenso sobre el Plan de Vida y Apoyos es el siguiente:

- en el caso de personas con diversidad funcional, 30 días hábiles desde la finalización del paso uno.
- en el caso de personas mayores, 2 meses desde el ingreso.

PASO CUATRO: IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL “PLAN DE VIDA Y APOYOS”

La profesional referente realizará un seguimiento del “PLAN DE VIDA Y APOYOS” asegurando su cumplimiento por parte de todos los profesionales, y estará atenta a los cambios que puedan surgir para incorporarlos al plan, realizando las modificaciones necesarias con la participación de la persona usuaria y/o familia, con el fin de buscar la maximización del proyecto de vida de la persona.

La observación, compartir información entre los profesionales y realizar una escucha activa con la persona y/o familia son los elementos principales que se utilizarán para llevar a cabo el seguimiento del “PLAN DE VIDA Y APOYOS”.

El seguimiento puede llevar a introducir ajustes que no impliquen la modificación del plan y que habrán de ser registrados para que quede constancia de ellos.



PASO CINCO: EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL “PLAN DE VIDA Y APOYOS”

El “PLAN DE VIDA Y APOYOS” se revisará anualmente, debiendo revisarse antes en los siguientes casos:

- Cuando la persona o su representante legal lo solicite.
- Cuando haya un cambio importante en la persona o el entorno que conlleve un replanteamiento de las metas o estrategias propuestas inicialmente.

En la revisión se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Evolución del funcionamiento y autonomía personal
 - Valoración de cuidados
 - Escala SIS de intensidad de apoyos
 - IDECA
- Consecución de metas, celebrando las conseguidas y analizando los factores que han obstaculizado la consecución en el caso de las no conseguidas.
- Resultados en calidad de vida
 - Escala INICO-FEAPS de calidad de vida
- Satisfacción
- Participación



ANEXO-1 PLAN DE VIDA Y APOYOS: DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

1. AUTODETERMINACION

Debemos de recordar que el crecimiento personal tiene lugar cuando se es actor del propio desarrollo y no mero espectador

Tomo mis decisiones. Puedo elegir, por ejemplo, la decoración de mi habitación, dónde vivo, dónde voy de vacaciones, con quién salgo y con quién paso mi tiempo libre, con quién comparto mi habitación, o qué cosas quiero hacer en mi vida. Conozco mis puntos fuertes y débiles.

- Tengo metas y objetivos personales.
- Sé lo que me gusta y lo que prefiero.
- Sé qué cosas son buenas para mí y me convienen.
- Tomo mis propias decisiones en mi vida diaria.
- Soy capaz de hacer cosas por mi cuenta y sé cuidarme.
- Hablo con otras personas sobre mis derechos

2. DERECHOS

Puedo tener mis opiniones y deseos. Por ejemplo, puedo opinar sobre qué quiero comer, a dónde quiero ir, cómo quiero divertirme o con quién quiero estar.

- Tengo mi espacio propio y las demás personas lo respetan. Por ejemplo, mi habitación/mis objetos personales, correo ...
- Siento que la gente me respeta. Por ejemplo, mis compañeros y compañeras y las personas de apoyo, con su tono y su manera de hablarme.
- Conozco mis derechos y pido que la gente los respete.
- Conozco mis responsabilidades y obligaciones y las respeto. Por ejemplo, cuidar los lugares comunes, tratar a la gente con educación o hacer las tareas que me corresponden.

3. BIENESTAR EMOCIONAL

Siento seguridad, tranquilidad y relajación. No siento siempre nervios ni preocupaciones. Estoy alegre, me siento feliz, me gusta cómo soy. Disfruto de mi vida y del día a día.

- Estoy a gusto conmigo, me siento bien la mayor parte del tiempo, me gusto como soy.
- Recibo feedback positivo de los profesionales que están conmigo
- Tengo la medicación en los niveles más bajos posible.
- No suelo pensar en cosas malas que puedan ocurrir (ambientes predecibles)
- Me doy cuenta de las cosas buenas que me pasan.

4. INCLUSION SOCIAL

Puedo ir a los sitios de mi barrio, pueblo o ciudad donde van otras personas, por ejemplo, restaurantes y bares, centros comerciales, cines, discotecas, parques o tiendas. Puedo participar en las mismas actividades que las demás personas: fiestas populares, eventos o excursiones.

- Conectar con redes de apoyo (voluntariado)
- Puedo participar en actividades que me gustan. Defensa personal (ambientes normalizados e integrados, aunque no se trata tanto de acceder a entornos normalizados como de construir entornos capaces de incluir en ellos a todas las personas independientemente de sus capacidades)
- Puedo usar medios de transporte: metro, tren, autobús o tranvía.



5. DESARROLLO PERSONAL

Aprender y mejorar como persona. Tengo los apoyos, oportunidades y facilidades que necesito para aprender.

- Conozco las cosas que me cuesta hacer en mi día a día: limitaciones.
- Conozco las cosas que hago bien en mi día a día, mis capacidades.
- Puedo usar móvil, ordenador, tableta y otros aparatos: nuevas tecnologías.
- Puedo manejar el dinero en ciertas cantidades.
- Puedo aprender cosas, tareas, actividades nuevas y puedo asistir a cursos (formación)
- Sé cómo comportarme en muchas situaciones. Por ejemplo, sé qué hacer si tengo un problema o cuando estoy con gente desconocida.

6. RELACIONES INTERPERSONALES

Todo el mundo necesita relacionarse con otras personas; por ejemplo, amigos y amigas, familiares, compañeros/as de trabajo, vecinos y vecinas o personas de apoyo.

- Permitir la intimidad en las relaciones /afecto
- Me relaciono con personas diferentes (promover amistades)
- Visito a diferentes personas o recibo visitas (fomentar interacciones)
- Me relaciono con mis familiares (fortalecer /crear vínculos familiares)
- Tengo pareja y/o tengo relaciones sexuales

7. BIENESTAR MATERIAL

Tengo dinero para poder comprar lo que me hace falta; por ejemplo, ropa, ir de vacaciones, salir con amigos y amigas o ir al cine. También puedo comprar cosas que me gustan.

- Estoy a gusto en mi centro (fomentar ambientes seguros)
- Estoy a gusto en el trabajo/taller. Puedo ahorrar dinero. Puedo comprarme caprichos de vez en cuando. Puedo regalar (empleo con apoyo)
- Me parece bien cuánto dinero gano (seguridad financiera)
- Tengo las cosas que necesito (permitir la propiedad)

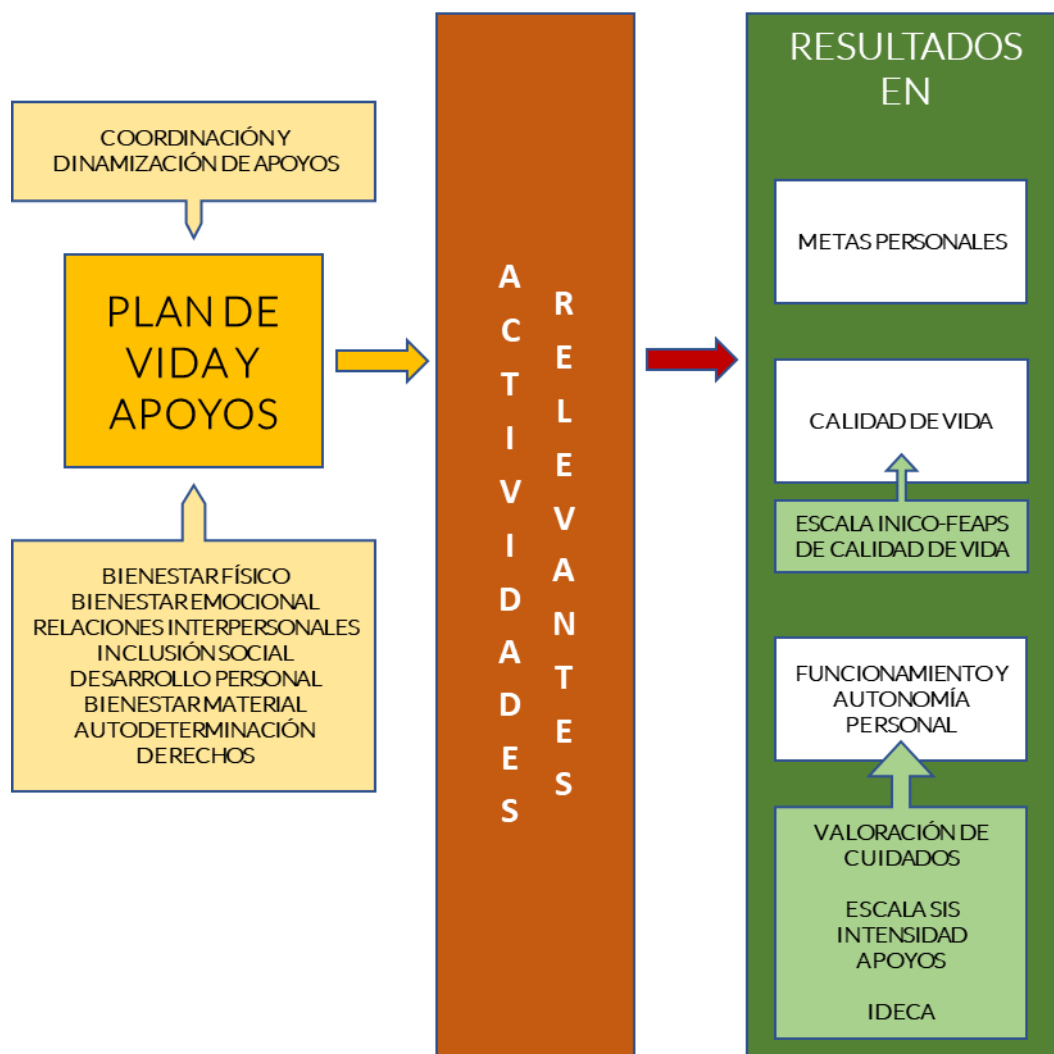
8. BIENESTAR FISICO

Tengo buena salud y estoy ágil. Como alimentos sanos y me encuentro bien. Hago ejercicio. No siento dolores ni tengo enfermedades.

- Duermo bien.
- Como alimentos que me sientan bien y que me gustan (nutrición adecuada)
- Me siento con buena salud y fuerte (estilos de vida saludables)
- Si tengo una enfermedad, recibo ayuda, voy al ambulatorio o al hospital (asegurar cuidado de la salud)
- Durante el día, hago actividades diferentes: paseo, trabajo o deporte (maximizar la movilidad, tiempo libre significativo)



ANEXO-2 PLAN DE VIDA Y APOYOS: FORMATO





PLAN DE VIDA Y APOYOS DE (Nombre y apellidos)	
MI CENTRO ES:	
MI PROFESIONAL DE REFERENCIA ES:	
ESTE PLAN COMIENZA EL DÍA:	(DD/MM/AAAA)
SU DURACIÓN ES DE:	(CUATRO) AÑOS. Se establecen las metas y estrategias de apoyo para cada año de vigencia.
¿CUÁNDO LO REVISAMOS?:	• 1ª revisión anual: (DD/MM/AAAA) • 2ª revisión anual: (DD/MM/AAAA) • 3ª revisión anual: (DD/MM/AAAA) • Revisión final: (DD/MM/AAAA) Podrá revisarse antes: • Cuando yo o mi representante legal lo solicitemos. • Cuando haya un cambio importante en mí o en el entorno que conlleve un replanteamiento de las metas o estrategias propuestas.

Cosas que has de saber de mí
<i>(Aspectos a destacar sobre mi persona que son esenciales para la comunicación y el buen trato)</i> - Cómo quiero que me llames y me trates - Cómo soy yo -Cuál es mi lengua habitual - Si tengo dificultades de visión y audición - Sistemas de comunicación que utilizo habitualmente - Otras cosas que creo que debes saber de mí

Autodeterminación: Mi capacidad de decidir
NECESIDADES DE APOYO
METAS
ESTRATEGIAS DE APOYO



Derechos: Mi ejercicio de derechos
NECESIDADES DE APOYO
METAS
ESTRATEGIAS DE APOYO

Bienestar emocional: Cómo me siento
NECESIDADES DE APOYO
METAS
ESTRATEGIAS DE APOYO

Inclusión social: Cómo participo en actividades dentro y fuera del centro
NECESIDADES DE APOYO
METAS
ESTRATEGIAS DE APOYO



Desarrollo personal: Mi capacidad de hacer, aprender y mejorar
NECESIDADES DE APOYO
METAS
ESTRATEGIAS DE APOYO

Relaciones interpersonales: Mi relación con otras personas
NECESIDADES DE APOYO
METAS
ESTRATEGIAS DE APOYO

Bienestar material: Las cosas que tengo
NECESIDADES DE APOYO
METAS
ESTRATEGIAS DE APOYO



Bienestar físico: Mi salud
NECESIDADES DE APOYO
METAS
ESTRATEGIAS DE APOYO

Observaciones

Firmamos y nos comprometemos con este plan en a de de

(firma)	(firma)	(firma)	(firma)
Persona usuaria (Nombre y apellidos)	Representante de la persona usuaria (Nombre y apellidos)	Profesional referente (Nombre y apellidos)	Director/a del centro (Nombre y apellidos)



MIS METAS PARA EL AÑO XXXX

1. (META 1)
 - a. Apoyos:
 - b. Plazo:
 - c. Profesional/es responsable/s:
2. (META 2)
 - a. Apoyos:
 - b. Plazo:
 - c. Profesional/es responsable/s:
3. (META 3)
 - a. Apoyos:
 - b. Plazo:
 - c. Profesional/es responsable/s:

(firma)	(firma)	(firma)	(firma)
Persona usuaria (Nombre y apellidos)	Representante de la persona usuaria (Nombre y apellidos)	Profesional referente (Nombre y apellidos)	Director/a del centro (Nombre y apellidos)

EVALUACIÓN DE MIS METAS PARA EL AÑO XXXX

1. (META 1)
 - a. (Evaluación)
 - b. Profesional/es responsable/s:
2. (META 2)
 - a. (Evaluación)
 - b. Profesional/es responsable/s:
3. (META 3)
 - a. (Evaluación)
 - b. Profesional/es responsable/s: