

Elaboración del plan de trabajo en la unidad convivencial

INTRODUCCIÓN

El servicio de atención domiciliaria (SAD) es un servicio personalizado donde se hace necesaria la estructuración de una planificación general en la que se identifiquen las necesidades, se definan los objetivos que se quieren conseguir para solventar dichas necesidades, se especifiquen las actividades que se desarrollarán, se concreten las tareas que cada profesional debe llevar a cabo y se marquen las metas que quieren lograrse en función de las expectativas del usuario. Todo ello es lo que constituye el plan de trabajo en la unidad convivencial.

- Elementos que constituyen el plan de trabajo. Características. Procedimientos de elaboración
- Factores que determinan las necesidades y demandas que hay que cubrir en el domicilio
- Tareas domésticas diarias
- Planificación del trabajo diario
- Aprecio por la planificación

OBJETIVOS

- Elaborar el plan de trabajo en el domicilio, adaptando las actuaciones de intervención a las necesidades de la unidad convivencial.
- Enumerar los factores que determinan las necesidades y demandas que se deben cubrir en el domicilio
- Describir las necesidades y demandas de apoyo domiciliario, en diferentes unidades convivenciales, teniendo en cuenta el número de componentes y las necesidades específicas de cada uno de ellos.





- Enumerar y secuenciar las tareas domésticas diarias que se han de realizar en el domicilio, en función de las necesidades detectadas y, si existe, de la adaptación del programa de intervención diseñado por el equipo interdisciplinar.
- Ante diferentes tipos de unidades convivenciales:
 - Identificar las tareas que se deben realizar.
 - Pautar su distribución a lo largo de un día/semana.
 - Determinar si la secuencia establecida para la ejecución de las actividades se ajusta a una buena rentabilización de tiempo y esfuerzos.
 - Fomentar la participación de la persona en la realización de las actividades para promover su autonomía, siguiendo las instrucciones del plan de actuación establecido.

El plan de trabajo en la unidad convivencial es una herramienta de registro e información en la que se anotan las actuaciones e intervenciones que van a efectuarse en esta unidad a través de una serie de tareas distribuidas entre los componentes del equipo interdisciplinar en relación con las necesidades y demandas de los usuarios. Su elaboración se hace de forma conjunta entre todos los profesionales que componen el equipo, teniendo en cuenta, además, las aportaciones que puedan hacer aquellas otras personas implicadas en el cuidado (cuidadores no profesionales, voluntarios, etc.) e incluso el propio usuario, con el fin de que los objetivos que se establezcan puedan conseguirse.

La figura del auxiliar de ayuda a domicilio (AAD) o asistente domiciliario en el plan de trabajo es de vital importancia, pues es el profesional de atención directa. Es quien va a tener una relación estrecha con todos los miembros de la unidad convivencial y, a través de sus valoraciones, intervenciones, actuaciones y registros va a aportar información al resto del equipo para que se tomen las medidas pertinentes.

Las unidades convivenciales son el ámbito donde pueden convivir, en el mismo domicilio, una o varias personas, sea cual sea su afinidad o parentesco, pudiendo estar vinculadas o no por lazos familiares. Estas personas conviven compartiendo todos o parte de los gastos o ingresos económicos. Estas unidades pueden ser familiares y no familiares y entre sus funciones destacan:

- Garantizar una red de apoyo y cohesión social en la sociedad.
- La socialización de sus miembros.
- La integración social de las personas en situación de dependencia (PSD).
- Atender las necesidades de las PSD para que puedan seguir en su domicilio.
- Proporcionarles la atención necesaria para desenvolverse en su vida diaria.

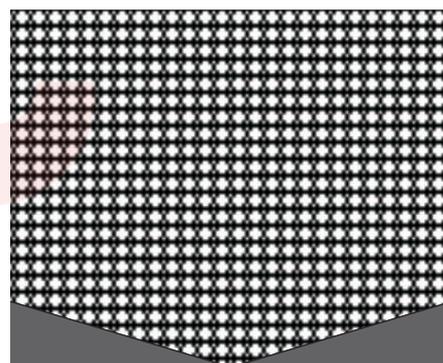
1. ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN EL PLAN DE TRABAJO. CARACTERÍSTICAS. PROCEDIMIENTOS DE ELABORACIÓN

1.1 Elementos

El plan de trabajo debe dar unas respuestas adecuadas a la especificidad de la situación del usuario: no es lo mismo la intervención con un anciano dependiente que con un menor de edad con dependencia o con una persona con una enfermedad mental. Igualmente, en su ejecución, el plan de trabajo ha de ser dinámico y flexible mediante el diálogo participativo y el acercamiento entre los puntos de vista de la persona usuaria del servicio y del profesional.

En líneas generales, podemos establecer que está constituido por los siguientes elementos:

- **Objetivos:** son la finalidad de nuestra intervención, es decir, qué es lo que queremos alcanzar con la acción que hemos determinado y planificado. Pueden ser:
 - Objetivos generales o a largo plazo.
 - Objetivos específicos: son más concretos y se alcanzan a corto plazo.
- **Recursos:** es un apartado muy importante a la hora de elaborar un plan de trabajo. Pueden ser humanos o materiales y van dirigidos a alcanzar los objetivos propuestos.
- **Actividades:** deben planificarse considerando los recursos existentes. Irán dirigidas a la realización de los cuidados y abarcan los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. Vienen a ser los actos que llevan a la consecución de los objetivos.
- **Reparto de tareas:** es la fase en la que se decide cómo se va a distribuir el trabajo, además de decidir los mecanismos a través de los cuales se va a coordinar la actuación y las funciones de cada uno.



TOMA NOTA

Los objetivos nos han permitido estructurar el trabajo, las actividades determinan lo que hay que hacer, cómo, con qué medios, cuándo y por quién.

- **Ejecución:** consiste en llevar a la práctica las actividades del plan de trabajo. Estas instrucciones deben ser detalladas, específicas y por escrito. La ejecución se realizará teniendo en cuenta la elección de las alternativas, la aceptación y participación del usuario y familia, los objetivos identificados y los recursos humanos y materiales. En relación con esto último, el uso adecuado de los recursos es fundamental. Un plan bien ejecutado es aquel en el que se utilizan los recursos existentes de forma eficaz. La consecución de los objetivos propuestos mediante la ejecución del plan de trabajo dependerá en gran medida de los conocimientos del AAD, del usuario y/o familia y de los demás miembros del equipo profesional. Las formas de actuación del AAD son:
 - Realizando funciones propias: cuidados que contribuyan al bienestar del usuario.
 - Realizando actividades derivadas y delegadas del equipo profesional.
 - Delegando a otro miembro del equipo, no olvidando que se delega la tarea, pero no la responsabilidad.
 - Derivando a otro profesional.
- **Contrato:** uno de los instrumentos que pueden utilizarse para concluir el plan de acción es el contrato, aunque es una herramienta opcional. Este debe recoger una introducción general acerca de lo que pretende el servicio, incluyendo los derechos y deberes de los usuarios, los objetivos acordados, las actividades a realizar por cada uno de los implicados, los horarios y otros aspectos de interés.
- **Seguimiento:** se llevará a cabo mediante instrumentos de recogida de información. El auxiliar usa unas plantillas donde reflejará su asistencia al domicilio, el horario, las tareas que desempeña y otras observaciones. El trabajador social utilizará fichas de seguimiento donde se refleja la intervención desarrollada en cada caso, centrada más en aspectos cualitativos, como técnicas de intervención, evolución del usuario, etc. El seguimiento, en definitiva, está enfocado hacia la comprobación de los resultados obtenidos a través de la aplicación de las estrategias y actuaciones recogidas en el plan de trabajo.



EJEMPLO

- **Número de expediente identificador del usuario:** es un número identificativo asociado a cada usuario dependiente que solicita el SAD y a la unidad de convivencia. Su validez es interna y tiene por finalidad hacer más operativa la localización e identificación de cada caso, por parte del equipo interdisciplinar.
- **Datos personales del usuario:** constarán de los datos identificativos del usuario (nombre y apellidos, DNI, fecha de nacimiento, dirección postal y teléfono).
- **Situación económica de la persona dependiente:** en este apartado se refleja el nivel económico actual disponible del usuario.
- **Estado de salud:** se reflejará el estado de salud del asistido. Para ello, nos apoyaremos siempre que sea posible en informes médicos, certificados de discapacidad, grado de dependencia, etc., así como cualquier otro documento que posea la persona.
- **Situación de la vivienda:** en este apartado reflejaremos el régimen de la vivienda (alquiler, propiedad, etc.). Igualmente, haremos mención acerca de su habitabilidad y accesibilidad.
- **Características de la unidad convivencial:** destacaremos el número de miembros que la conforman, tipo de familia, datos identificativos de cada uno de los miembros, relaciones, situación laboral, apoyo social, etc.
- **Periodo de vigencia del plan:** al tratarse de un proceso dinámico, habremos de reflejar las fechas de inicio, de finalización o de revisión del plan de trabajo.
- **Profesionales implicados en la asistencia domiciliaria:** nombre y apellidos de los profesionales intervinientes, cargo o categoría y un número de teléfono para su localización en caso de necesidad o urgencia.
- **Objetivos del plan de trabajo:** deben ser adecuados a la realidad, claros, medibles, evaluables y acordes con los recursos de los que se dispone.
- **Reparto de actividades y tareas:** recogeremos las actividades, tareas e intervenciones que se llevarán a cabo, así como el nombre de la persona responsable que las ejecutará. Las principales tareas que han de realizarse en el ámbito de la ayuda domiciliaria son: tareas de atención personal (las relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria), domésticas (limpieza, preparación de comidas, etc.), de cuidados especiales (toma de medicación, cambio de pañales, ayuda para la movilidad del usuario, etc.), de apoyo psicosocial (acompañamiento social, escucha activa, estimulación, fomento de la comunicación, etc.) y de apoyo en la vida relacional y social (resolución de gestiones, control de la documentación, compras, etc.).
- **Hoja de registro:** es un documento operativo y dinámico en el que se constatan las anotaciones sobre aspectos de la vida diaria de la persona dependiente referidos, principalmente, a la salud, a la alimentación, a la higiene y a las actividades de índole social y relacional. También se registrarán las incidencias o cambios importantes que modifiquen la marcha normal de la atención (hospitalización, cambio de domicilio, etc.).
- **Contrato de compromiso:** puede ser optativo. Surge para evitar malentendidos o desacuerdos entre el usuario y el profesional o los profesionales que van a llevar a cabo el servicio de atención domiciliaria. En él se recogen los objetivos, actividades y tareas, profesionales a cargo, horarios, derechos y deberes de los usuarios y todos aquellos aspectos que sean de interés para el desarrollo del plan. Varía en función de las necesidades y cumple la función de acuerdo o consenso entre ambas partes.

- **Evaluación:** tiene por objeto la medición de los resultados obtenidos relacionados con las metas marcadas tras las actuaciones, con el fin de introducir las correcciones necesarias dentro del plan de trabajo. Sus objetivos deben definirse considerando aspectos como:

- La idoneidad, la oportunidad y la viabilidad de un programa.
- Los logros y deficiencias del programa, localizando los factores que influyen positiva o negativamente en la consecución de objetivos.
- El proceso de la toma de decisiones.
- Aportar criterios para determinar qué actividades se deben de priorizar.
- Poner de manifiesto las prácticas, metodologías, técnicas y recursos más adecuados en función de los objetivos de la intervención.

The image shows two overlapping forms. The top form is a 'Plan de trabajo' (Work Plan) for a social worker. It includes sections for 'Datos de expediente', 'Plan de trabajo', 'Actividades', and 'Responsable'. The 'Actividades' section is a table with columns for 'Actividad', 'Fecha de inicio', 'Fecha de finalización', 'Objetivo', and 'Responsable'. The 'Responsable' column lists roles like 'Auxiliar de ayuda a domicilio', 'Fisioterapeuta', and 'Trabajador social'. The bottom form is a 'Hoja de registro' (Registration Sheet) for 'Alimentación' (Nutrition) and 'Higiene' (Hygiene), with a section for 'Actividades de índole social y relacional' (Social and relational activities) and 'Incidencias' (Incidents).

Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Objetivo	Responsable
Realizar preparaciones culinarias controladas.			Facilitar la movilidad del usuario a la hora de desplazarse local y en el barrio, en la higiene personal y ropa usada.	Auxiliar de ayuda a domicilio
Realizar ejercicios físicos controlados.			Mejorar la elasticidad de los músculos para estar sentados durante mucho tiempo, de pie, acostados.	Auxiliar de ayuda a domicilio
Coordinar las reuniones de trabajo.			Mejorar la elasticidad de los músculos para estar sentados durante mucho tiempo, de pie, acostados.	Fisioterapeuta
Tomar y gestionar la documentación administrativa que sea necesaria.			Coordinar las reuniones de trabajo.	Trabajador social
Realizar visitas de control del servicio.			Comprobar la adecuación del servicio.	Trabajador social

Dentro del SAD la evaluación deberá ser continua y sumativa:

- La evaluación sumativa hace referencia al estudio de los resultados y efectos de la intervención social, valorando el producto final. Investiga los productos obtenidos y los compara con las necesidades de los usuarios.
- La evaluación continua se lleva a cabo durante la intervención. La intervención del AAD va a tener un peso importante en cuanto a la evolución del proceso, los objetivos alcanzados, la idoneidad de las actuaciones, etc.

La evaluación del programa consistirá, por tanto, en valorar si se han conseguido o no los objetivos propuestos, así como la eficiencia y eficacia del programa. Esta función se llevará a cabo por todo el equipo interdisciplinar a través de distintas herramientas, como las reuniones periódicas (para estudiar y hacer un seguimiento de los casos), a través de fórmulas de coordinación interna y externa, mediante análisis de recursos, etc., de manera que contengan todas las propuestas de mejora que se pueden haber detectado en las intervenciones que se habían planteado.

1.2 Características

Las características del plan de trabajo en la unidad convivencial indican la importancia de establecer una organización sistemática e individualizada, puesto que va orientado a un usuario concreto, especificando detalladamente los profesionales, las tareas que se quieren llevar a cabo y la intensidad con la que se van a desarrollar. Las citadas características son:

- Individualizado: orientado a las circunstancias biopsicosociales de cada usuario.
- Consecuente: surge según el proceso evaluativo.
- Resuelto: proporciona unos cuidados de calidad centrados en el cliente.
- Lógico: que exista el pensamiento antes que la acción.
- Flexible: se adapta a los intereses de la persona a la que va dirigido y a los problemas o contingencias que puedan surgir y que no hayan sido previstos.
- Coordinado: evita el solapamiento de recursos y actuaciones profesionales. Pretende concordar entre sí y según los planes establecidos, las actividades, los medios y los recursos para conseguir, de forma óptima, los objetivos planteados.
- Abierto: reajutable al modo de asumir los problemas y a la exigencia de las circunstancias. Debe estar estrechamente ligado con la capacidad de fluencia, tratando de convertir los problemas en nuevas oportunidades.
- Eficaz: orientado a cumplir los objetivos planteados.
- Efectivo: produce resultados válidos y de eficacia claramente perceptible, es decir, que va bien para conseguir el fin para el que se ha dirigido.
- Eficiente: trata de cumplir los objetivos con el menor coste posible.

- Descentralizado: diseñado según el colectivo al que se dirige y descentralizado de las entidades administrativas.
- Periódico: goza de continuidad a lo largo de su elaboración y ejecución. Implica que se debe hacer una evaluación continuada durante su ejecución en la unidad convivencial, valorando en todo momento las actuaciones realizadas por todas las personas implicadas y la necesidad de efectuar cambios o modificaciones en el mismo para lograr alcanzar los objetivos propuestos.
- Sistemático: implica la utilización de un enfoque organizado para lograr sus propósitos, mejorando la calidad y evitando los problemas que conllevan la intuición o la tradición.
- Integral: pretende satisfacer las necesidades del usuario en todos los ámbitos (social, sanitario, cultural, familiar, laboral, etc.).
- Dinámico: implica un cambio continuo centrado en las respuestas cambiantes del usuario a lo largo de la relación con su profesional.
- Interactivo: las etapas del proceso están estrechamente relacionadas entre sí, cada una depende de la precisión de la etapa que le precede. Esta naturaleza interactiva se basa en las relaciones recíprocas existentes entre profesional, cliente, familia y otros.
- Evaluable: se lleva a cabo una evaluación durante todo el proceso planificador.
- Participativo: favorece la interacción entre todas las personas que forman parte del plan, desde el equipo interdisciplinar hasta el usuario, pasando por familiares, allegados, voluntarios, etc.
- Autogestionado: permite que sean los propios profesionales los que realicen y dirijan eficazmente las actividades o tareas hasta la consecución de los objetivos propuestos en el plan de trabajo.
- Interdisciplinario: se ajusta a diferentes áreas que convergen en la intervención. Se refiere a profesionales de distintas disciplinas que trabajan armónicamente asumiendo criterios metodológicos y objetivos comunes. Conforman este equipo: el médico, la enfermera, el fisioterapeuta, el técnico auxiliar en cuidados de enfermería, el psicólogo, el trabajador social, los auxiliares de ayuda a domicilio, el terapeuta ocupacional, etc.
- Real: adaptado a la realidad y las circunstancias del usuario.

1.3 Procedimientos de elaboración

Con anterioridad al plan de trabajo se ha llevado a cabo por parte del equipo interdisciplinar un plan de intervención que dará lugar a la planificación del plan de trabajo. El proceso de planificación pretende ordenar de forma previa y racional la intervención definiendo sus objetivos. Así, los elementos que vienen a definir la intervención son:

- Demanda: la expresa el usuario o viene derivada de otras instituciones sociales o sanitarias. Entre las demandas de los usuarios destaca: información, orientación sobre recursos, gestión de recursos, prestaciones, asesoramiento técnico, desahogo o consejo, aceptación personal o refuerzo para la resolución de un problema.

- Investigación: es la fase en la que se realiza un análisis profundo de la situación del individuo, identificando todas las variables que inciden en el problema o las relaciones que mantiene con su entorno (familia, comunidad, etc.). El fin de esta fase es delimitar las áreas de intervención y las personas y recursos que necesita.
- Valoración y diagnóstico: es la fase en la que se intenta comprender la situación del sujeto, las necesidades percibidas, las prioridades, los recursos con los que cuenta, los recursos institucionales y sociales que se relacionan con el caso y las posibles alternativas. El papel del AAD es fundamental, pues a través de su trabajo y contacto diario con los usuarios valora los cambios que se van produciendo con su intervención.

El procedimiento de elaboración del plan de trabajo se inicia a partir de la solicitud, demanda o necesidad de la persona dependiente que puede llegar por diferentes vías, bien mediante la propia persona dependiente, bien a través de familiares o de cualquier otra entidad o servicio y, además de la documentación sobre el estado de salud o los ingresos económicos de la unidad convivencial, indica la necesidad y los motivos de la petición del servicio. Esta solicitud debe incluir: un informe médico, la declaración de la renta, el justificante de ingresos, la fotocopia del documento de alquiler o hipoteca (si los hubiere), el certificado de empadronamiento y los documentos de identidad de todos los miembros de la unidad convivencial. Si hubiese otros documentos de interés, como es el caso de certificados de incapacidad o invalidez, también se adjuntarán (es reseñable que la documentación para cumplimentar la solicitud puede variar de una entidad a otra).

Posteriormente, el trabajador social (profesional que recepciona la demanda del servicio domiciliario) realiza una visita domiciliaria para recabar, in situ, la información que precise para la elaboración del diagnóstico y la consiguiente identificación de necesidades del usuario.

TOMA NOTA

Entendemos por plan de intervención la actuación de los profesionales que se dirige a unos objetivos concretos.

Actividad 1

Entre las características del plan de trabajo en la unidad convivencial se indica que este ha de ser eficaz, efectivo y eficiente. Trata de establecer las diferencias de estos términos según sus definiciones.

En esta fase diagnóstica y de identificación de necesidades, el trabajador social detecta y estudia la situación problemática del dependiente en su unidad de convivencia, valora si se cumplen los requisitos para el acceso al servicio, considera los recursos disponibles y emite una resolución por la que se concede o deniega el servicio.

Para llevar a cabo esta fase hay que utilizar una serie de instrumentos y técnicas de recogida de la información, entre las que destacan:

A. Entrevista

Mediante esta técnica no solo obtenemos datos de interés para la práctica diaria, sino que también nos ofrece la oportunidad de establecer una relación con el usuario que favorezca la aplicación de los planes de trabajo y la educación sanitaria que precise. La entrevista:

- Nos permite obtener información específica para el diagnóstico y la planificación.
- Facilita la relación profesional/paciente.
- Permite al usuario recibir información y participar en la identificación de problemas y fijación de objetivos.
- Ayuda al profesional a determinar áreas de investigación específica durante los otros componentes del proceso de valoración.

B. Observación directa

La observación sistemática implica el uso de los sentidos para adquirir información relativa al usuario. Los datos obtenidos mediante la observación tienen que ser más estudiados, pudiendo justificar o negar las impresiones iniciales para la obtención de información. Aunque se utiliza preferentemente la vista, todos los demás sentidos también están implicados. Es una técnica consciente y deliberada, desarrollada a través del esfuerzo y de un enfoque organizado.

En esta fase inicial, la persona que va a acudir al hogar del dependiente para valorar, observar y analizar su situación real es el trabajador social. Por su parte, el AAD informará de los cambios o las alteraciones que no hubiesen sido detectadas o que fuesen apareciendo con posterioridad derivadas de la evolución de la enfermedad o de cualquier otra circunstancia.



C. Cuestionarios

La clinimetría es la herramienta que nos permite emplear cuestionarios, test e índices para medir y valorar las necesidades de los usuarios y los cuidadores familiares, a la vez que respalda a los profesionales en el uso de instrumentos homogéneos. Estos instrumentos son interprofesionales, es decir, de uso compartido por los distintos profesionales. Son herramientas a disposición de los profesionales para su aplicación e interpretación y con necesidad de utilizarlos para conocer mejor la situación de los usuarios con respecto a un problema real o potencial.

En toda valoración funcional es necesario no solo hacer una medición actual de la capacidad funcional del anciano, sino también una valoración temporal: cuándo ha dejado de realizar algunas de las actividades, cuándo ha aparecido ese cambio, etc. A continuación, se exponen las escalas más usuales:

a. Escalas de valoración funcional

- Para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD):
 - Índice de Barthel: mide la dependencia o independencia en diez ítems: alimentación, baño, vestido, aseo, uso del retrete, micción, deposición, transferencias cama-sillón, deambulación y escaleras, siendo la puntuación de máxima dependencia 0 puntos y de máxima independencia 100 puntos; calificando los cambios de 5 en 5 puntos.
 - Índice de Katz: es una escala sencilla y muy empleada que mide, de forma jerárquica, seis actividades: baño, vestirse, uso de retrete, movilidad, continencia y alimentación, tratando de reflejar la secuencia de la pérdida habitual de estas habilidades y clasificando a los pacientes de A a G: siendo A el de mayor independencia y G el más dependiente.
 - Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja: esta escala mide las ABVD haciendo especial hincapié en la movilidad y la continencia. Clasifica a los pacientes en seis grados: de 0 a 5, siendo 5 el de máxima dependencia.
- Para las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD): la escala más utilizada es la de Lawton. Es concisa, sencilla, rápida y fácil de usar.
- Para las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): aunque existen algunas escalas que miden las actividades de tipo social, no está demostrada su utilidad clínica.

b. Escalas de valoración mental

- Valoración cognitiva:
 - El cuestionario abreviado de Pfeiffer: es una prueba sencilla y útil en la detección del deterioro cognitivo en ancianos. Puntúan los errores en la contestación a diez preguntas básicas, considerándose cinco errores el punto de corte más adecuado entre deterioro cognitivo o no. Es uno de los test más utilizados en la detección selectiva de pacientes, tanto ambulatorios como hospitalizados.
 - El Mini Examen Cognoscitivo de Lobo: es igualmente sencillo y rápido de pasar, más completo y estructurado. Necesita de entrenamiento previo. Valora 35 ítems: puntuaciones inferiores a 23/24 significan deterioro cognitivo. Presenta limitaciones para aplicarlo en personas con bajo nivel educativo, así como para detectar deterioros cognitivos leves.