



Asociación
de Familiares de Enfermos de Alzheimer
"VITAE"
San Fernando

MEMORIA TÉCNICA

CENTRO DE DIA 2020

INDICE

Contenidos	Página
1. Entidad	2
2. Denominación del programa	2
3. Definición del programa	2
4. Localización Territorial	2
5. Colectivo objeto de atención	2
6. Objetivos del programa	2
7. Plazo de ejecución	3
8. Programas Prestados	3
- Usuarios	3
- Reducción de la Carga Familiar	7
- Área Funcional	7
- Escalas de Gradación	8
- Deterioro Cognitivo	10
- Estimulación Cognitiva Tradicional (Lápiz y Papel)	14
- Estimulación Cognitiva Nuevas Tecnologías (GRADIOR)	17
- Actividades Lúdico-Recreativas	19
- Fisioterapia	21
- Atención Social	24

1.- ENTIDAD

ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER "VITAE".

2.- DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA

"MEMORIA TECNICA" Centro de Día "Dolores Castañeda", Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer "VITAE".

3.- DEFINICIÓN DEL PROGRAMA

Centro destinado a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un grado de dependencia física o psíquica.

4.- LOCALIZACIÓN TERRITORIAL

El ámbito de actuación de la Asociación es COMARCAL, abarcando territorialmente la Bahía de Cádiz.

5.- COLECTIVO OBJETO DE ATENCIÓN

Los programas están diseñados y elaborados para atender prioritariamente a personas cuidadoras y personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, en cualquier fase de la enfermedad, así como a otras demencias neurodegenerativas relacionadas con el envejecimiento.

6.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivo general

Servir a las necesidades sociales, terapéuticas y asistenciales del enfermo de Alzheimer y su familia, garantizándonos así una mejor calidad de vida para ambos.

Objetivos específicos

- Favorecer la permanencia del enfermo en el contexto sociofamiliar.
- Recuperar y mantener el máximo grado de independencia personal.
- Prevenir un posible incremento de la dependencia, gracias a las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras.
- Ofrecer un marco adecuado donde se puedan desarrollar relaciones y actividades sociales.
- Realizar un seguimiento del deterioro cognitivo, funcional y de la salud del enfermo.
- Servir de prótesis social a la persona mayor dependiente y a su familia.

7.- PLAZO DE EJECUCIÓN

El Programa de Actividades de AFA Vitae abarca el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020.

En el mes de marzo de este año, se decretó el estado de alarma debido a la alerta sanitaria por el COVID y como consecuencia se ordenó el cierre del centro de día. Debido a esta circunstancia, toda la atención prestada normalmente a usuarios y a sus familiares se realizó de manera telemática. Tras la reapertura del centro de día en julio de este año, se retomó la actividad con los usuarios (con todas las medidas sanitarias y de seguridad), no así la atención a sus familiares de manera presencial en nuestro centro, por ello se continuó realizando de manera telefónica.

No obstante, y a pesar de estas circunstancias se han seguido realizando las intervenciones programadas para este año, excepto las salidas de ocio y tiempo libre.

8.- PROGRAMAS PRESTADOS

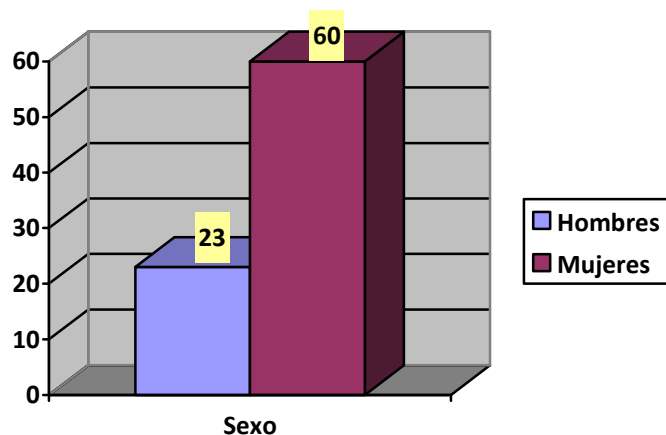
Durante el año 2020 hemos ofrecido a familiares y usuarios afectados de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, un compendio de actividades y servicios destinados a mantener y retrasar en lo máximo posible el proceso degenerativo de la enfermedad mediante terapias rehabilitadoras a la vez de proporcionar un tiempo de respiro a las familias y en especial al cuidador principal.

Así, con una intervención integral de todas nuestras actuaciones garantizamos la mejora de la calidad de vida del enfermo y su entorno familiar más cercano. El Programa actual de actividades y servicios que se recogen en la Unidad de Estancia Diurna está estructurado de la siguiente manera:

- Estimulación Cognitiva Tradicional (lápiz y papel).
- Estimulación Cognitiva Nuevas Tecnologías (GRADIOR-NeuronUP).
- Actividades Lúdico-Recreativas.
- Fisioterapia/Psicomotricidad.
- Atención Social.

USUARIOS

En el presente año han sido **beneficiarios** de este servicio un total de **83** usuarios. Durante el año 2020, la prevalencia del sexo femenino como viene siendo habitual supera al masculino, siendo la proporción de un 70,87% (60 usuarias) para las mujeres y un 29,12% (23 usuarios) para los hombres, tal y como se refleja la figura que se muestra a continuación:



La **distribución mensual** de usuarios en función del sexo se puede apreciar en las siguientes tablas:

Hombres:

	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Inicio	23	21	22	21	19	19	18	18	18	18	17	17
Final	21	22	21	19	19	18	18	18	18	17	17	19

Mujeres:

	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Inicio	51	48	48	48	45	44	41	40	36	35	34	34
Final	48	48	48	45	44	41	40	36	35	34	34	35

La **media de usuarios atendidos** a lo largo del año es 59,58 pudiéndose observar la evolución mensual en la siguiente tabla.

Empiezan el mes:

Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
74	69	67	65	65	65	62	56	53	53	52	52

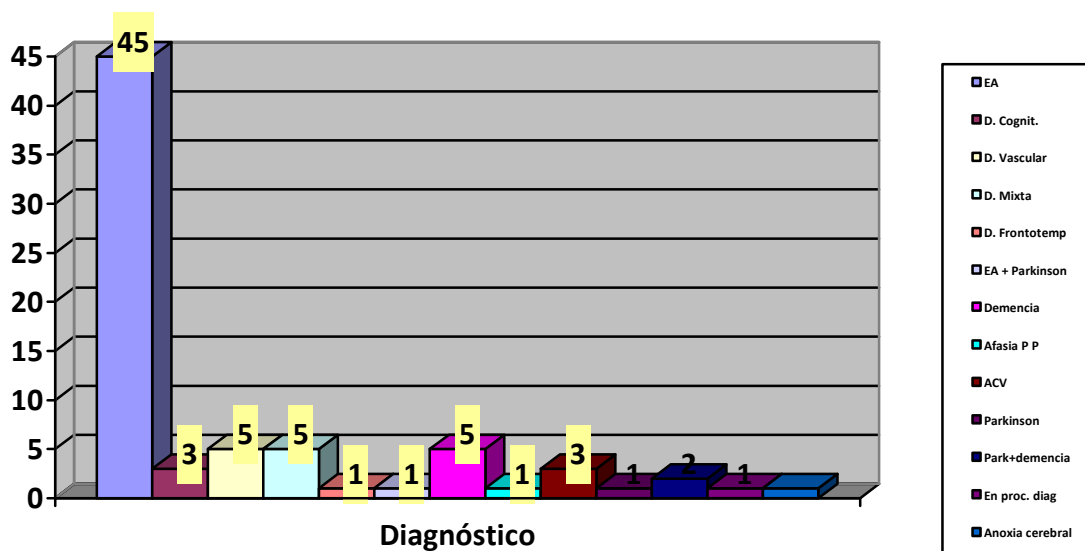
Finalizan el mes:

Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
69	65	65	65	65	62	56	53	53	52	52	54

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS:

Las **categorías diagnósticas** de los **74** usuarios que han usado este servicio son las siguientes: **45** Enfermedad de Alzheimer, **3** Deterioro Cognitivo, **5** Demencia Vascular, **5** Demencia Mixta, **1** Demencia Frontotemporal, **1** Enfermedad de Alzheimer y Parkinson, **5** Demencia, **3** Deterioro Cognitivo de origen vascular (ACV), **1** Afasia progresiva primaria, **1** Parkinson, **2** Parkinson y demencia, **1** anoxia cerebral y **1** en proceso diagnóstico.

Los datos se resumen a continuación en el siguiente **gráfico**:



Con respecto al número y distribución de las **altas y bajas** que se han producido en todo este año, tenemos los siguientes datos:

***ALTAS:** Se han producido un total de 12 altas a lo largo del presente año, distribuidas de la siguiente forma.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	4	3

***BAJAS:** Se han producido un total de 29 bajas, con la siguiente distribución.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
4	2	2	0	3	5	3	4	1	2	3	0

Los **motivos** por los que causaron **baja** los usuarios, fueron los siguientes:

Motivo	Número	Porcentaje
Ingreso en residencia	5	24.13
Fallecimiento	6	27.5
Deterioro	3	41,3
Traslado	3	41,3
Voluntaria	3	41,3
Problemas adaptación	0	0

ASISTENCIA:

La media de asistencia ha sido del 94,15 %.

EDADES:

	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<55	1	1,8	1	5,5	0	0
55-60	0	0	0	0	0	0
61-65	1	1,8	1	5,5	0	0
66-70	7	12,96	4	22,22	3	8,33
71-75	6	11,11	2	11,11	4	9,72
76-80	10	18,51	3	16,6	7	18,05
81-85	14	25,92	4	22,22	11	30,5
86-90	12	22,22	2	11,11	10	27,77
> 90	3	5,55	1	5,5	1	2,7

NIVEL DE ESTUDIOS:

	Superiores		Secundarios		Básicos		Analfabeto	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Total	6	11,11	11	20,37	30	55,55	7	12,96
Hombres	3	16,66	6	33,33	9	50	0	0
Mujeres	2	5,55	5	13,88	22	61,11	7	19,44

ESTADO CIVIL:

	Casado/a		Viudo/a		Soltero/a		Separado/a		Pareja de Hecho	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Total	26	48,14	24	44,44	2	3,70	2	3,70	0	0
Hombres	14	77,77	3	16,66	0	0	1	5,55	0	0
Mujeres	12	33,33	21	58,33	2	5,55	1	2,77	0	0

GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA:

	Fr	%
GRADO 1	3	5,55
GRADO 2	20	37,03
GRADO 3	24	44,44
TRAMITÁNDOSE	7	12,96
NO TRAMITADA	0	0

REDUCCION DE CARGA FAMILIAR

Para medir el grado de Carga que soporta el familiar o cuidador principal al ingreso del usuario en el Centro y al finalizar el año, se ha utilizado la "Entrevista sobre la Carga del Cuidador, de Zarit". Esta escala se lleva a cabo anualmente, por lo que la comparativa se establece entre la puntuación obtenida al inicio y final de 2020. Por tanto, sólo se tendrán en cuenta para dicha medición los familiares de los usuarios que cuentan con dos puntuaciones en esta escala (**44** familiares).

Los datos reflejan que la media inicial es de **35,47** y la final es de **36,04**. Se ha producido un mantenimiento en la categoría de **No Sobrecarga**.

Puntuación	Inicio	Final
< 47 (No Sobrecarga)	29 (65,90%)	29 (65,90%)
47-55 (Sobrecarga Leve)	7 (15,90%)	7 (15,90%)
>55 (Sobrecarga Intensa)	8 (18,18%)	8 (18,18%)

Observando los datos por frecuencias observamos que los familiares se mantienen en el mismo nivel de sobrecarga.

Acudir a la Unidad de Estancia Diurna protege a las personas cuidadoras de sentir un alto nivel de sobrecarga, siendo más del **75%** los familiares que o bien, no se sienten sobrecargados o perciben la sobrecarga por el cuidado de su familiar enfermo en un nivel leve.

AREA FUNCIONAL

La valoración funcional se actualiza anualmente, por tanto, para tales comparativas se contabilizan los usuarios que habiéndose incorporado durante el año hayan finalizado el mismo dado de alta en el servicio (de los que contamos con dos puntuaciones), en total **47** usuarios.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Se ha evaluado con el Índice de Barthel, obteniendo una puntuación media inicial de **51,14** y una puntuación media final de **41,87**. Existe una involución de **-9,27** puntos entre las medias inicial y final. A pesar de este descenso se mantiene el nivel de dependencia en moderado.

	UED
Media Inicial	51,14
Media Final	41,87
Evolución	-9,27

	UED
Situación Inicial	Dependencia moderada
Situación Final	Dependencia moderada

La distribución inicial y final por número de usuarios y tantos por ciento es la siguiente:

Puntuación	UED	
	Inicio	Final
< 20	11 (23,40%)	14 (29,78%)
20-35	7 (14,89%)	7 (14,89%)
40-55	7 (14,89%)	10 (21,27%)
>/= 60	18 (38,29%)	12 (25,53%)
100	4 (8,51%)	4 (8,51%)

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria AIVD: Se ha evaluado con la Escala de Lawton y Brody, con una puntuación que oscila entre 0 y 8 puntos (máxima dependencia a máxima independencia). Este tipo de actividades son de las primeras en verse afectadas cuando la enfermedad va avanzando, así lo demuestran las puntuaciones que a continuación se adjuntan. La media inicial es **0,53** y la final **0,38**.

	S. UED
Media Inicial	0,53
Media Final	0,38
Evolución	-0,15

Puntuación	Servicio de UED	
	Inicio	Final
0	35 (76,46%)	36 (76,59%)
1	7 (14,89%)	7 (14,89%)
2	2 (4,25%)	3 (6,38%)
3	0 (0,00%)	0 (0,00%)
4	2 (4,25%)	0 (0,00%)
5	0 (0,00%)	0 (0,00%)
6	1 (2,12%)	1 (2,12%)
7	0 (0,00%)	0 (0,00%)
8	0 (2,00%)	0 (0,00%)

ESCALAS DE GRADACIÓN

Las escalas de Gradación o Estadiaje de la Demencia están específicamente diseñadas para pormenorizar la gravedad de la Demencia y para el seguimiento evolutivo de la misma. Aquí vamos a referir datos de dos de las escalas que más uso tienen en la Enfermedad de Alzheimer.

La **ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS) de Reisberg** establece una mayor especificación de la enfermedad con la distinción de 7 estadios que van desde la ausencia de alteración cognitiva o normalidad (GDS 1) hasta el defecto cognitivo muy grave (GDS 7). Es importante aclarar que las fases 1 y 2 no se refieren a la enfermedad de Alzheimer y la fase 3 se considera como un Deterioro Cognitivo Leve, barrera entre la normalidad y la Enfermedad de Alzheimer. Los estadios 4 al 7 correlacionan con una fase clínica con características propias y definitorias que equivalen a diferentes diagnósticos dentro de la enfermedad de Alzheimer (leve, moderada, moderada-severa, severa).

Se evalúan cuatro aspectos del paciente: Cognición, Lenguaje, Estado de ánimo y conducta, Función motora. A continuación, se detalla un breve resumen de la correlación existente entre cada estadio con la fase clínica correspondiente y con el diagnóstico en relación con la enfermedad de Alzheimer obviando por motivos de espacio la descripción de las características de cada estadio.

Estadio	Fase clínica	Diagnóstico relación EA
1. Ausencia alteración cognitiva	Normal	Normal
2. Déficit cognitivo muy leve	Olvidos	Normal para su edad
3. Déficit cognitivo leve	Estadio confusional temprano	Compatible con EA
4. Déficit cognitivo moderado	Estadio confusional temprano	EA leve
5. Déficit cognitivo moderado-grave	Demencia temprana	EA Moderada
6. Déficit cognitivo grave	Demencia media	EA Moderada-severa
7. Déficit cognitiva muy grave	Demencia tardía	EA severa

La distribución inicial y final por número de usuarios y tantos por ciento es la siguiente:

Grado GDS	UED	
	Inicial	Final
3	0 (0,00%)	0 (0,00%)
3-4	0 (0,22%)	0 (0,00%)
4	5 (11,90%)	5 (11,90%)
4-5	2 (4,76%)	1 (2,38%)
5	14 (33,33%)	12 (28,57%)
5-6	4 (9,52%)	6 (14,28%)
6	13 (30,95%)	10 (23,80%)
6-7	2 (4,76%)	2 (4,76%)
7	2 (4,76%)	6 (14,28%)

La **FUNTIONAL ASSESSMENT STAGING OF AD –FAST- de Reisberg y cols.**, está diseñada como escala complementaria a la escala GDS, facilitando con ello la clasificación de la demencia tipo Alzheimer en los siete estadios posibles. En esta escala se especifican los estadios de la enfermedad y sus características en relación a un diagnóstico clínico. Permite determinar tanto el diagnóstico clínico como el curso y progresión de dicha enfermedad. En esta escala se especifican 7 estadios cuyas características son las siguientes:

1. Ausencia de déficits funcionales objetivos o subjetivos (adulto normal).
2. Déficit funcional subjetivo (adulto normal de edad). Deterioro cognoscitivo muy leve.
3. Déficit en tareas ocupacionales y sociales que requieren actuaciones específicas y que generalmente lo observan familiares y amigos (EA incipiente). Deterioro cognoscitivo leve.
4. Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales, planificación de comidas... (EA leve). Déficit cognoscitivo moderado.
5. Decremento en la habilidad para escoger la ropa adecuada, en cada estación del año o según las ocasiones. (EA moderada). Déficit cognoscitivo moderado grave.
6. Decremento de la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse. Se especifican diferentes subestadios. (EA Moderada-Grave). Déficit cognoscitivo grave.
7. Pérdida del habla y la capacidad motora. Se especifican diferentes subestadios. (EA Grave). Déficit cognoscitivo muy grave.

La distribución inicial y final por número de usuarios y tantos por ciento es la siguiente:

FAST	UED	
	Inicial	Final
3	0 (0,00%)	0 (0,00%)
4	2 (4,16%)	2 (4,16%)
5	2 (4,16%)	2 (4,16%)
6a	0 (0,00%)	0 (0,00%)
6b	2 (4,16%)	3 (6,25%)
6c	4 (8,33%)	3 (6,25%)
6d	13 (27,08%)	11 (22,91%)
6e	9 (18,75%)	7 (14,58%)
7a	2 (4,16%)	3 (6,25%)
7b	1 (2,08%)	1 (2,08%)
7c	12 (25,00%)	12 (25,00%)
7d	1 (2,08%)	3 (6,25%)
7e	0 (0,00%)	0 (0,00%)
7f	0 (0,00%)	1 (2,08%)

DETERIORO COGNITIVO

En cualquier programa de rehabilitación que se precie la evaluación neuropsicológica juega un papel de relevancia preponderante. Los objetivos principales de esta evaluación son:

- Establecimiento de un programa de rehabilitación individualizado.
- Determinación de forma objetiva de los progresos de cada paciente y valoración de la eficacia de los diferentes tratamientos.
- Identificación de los factores de pronóstico tanto de la evolución como del nivel de recuperación que se puede alcanzar a largo plazo.

De forma habitual en nuestra Unidad de Estancia Diurna se aplican este tipo de pruebas 3 veces al año (en el primer cuatrimestre, al semestre y tercer cuatrimestre del año) a fin de pormenorizar la evolución de los usuarios y modificar los programas de intervención para hacerlos acordes a sus capacidades.

Para tal fin se ha utilizado el CAMCOG, sección cognitiva del CAMDEX (Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination: Examen Cambridge para trastornos mentales en la vejez) de Roth M; Tym E; Mountjoy CG et al... El Examen Cognitivo –CAMCOG- incluye la evaluación de un número elevado de funciones cognitivas que se encuentran alteradas en la enfermedad de Alzheimer: Memoria, Orientación, Lenguaje, Praxias, Atención, Pensamiento Abstracto, Percepción, Cálculo.

Al igual que en la valoración funcional, para tales comparativas tan sólo se contabilizan los usuarios que habiéndose incorporado durante el año hayan finalizado el mismo dado de alta, pudiendo disponer de dos puntuaciones en dicha prueba. Asimismo, es necesario tener en cuenta el nivel de deterioro que presenta el usuario, ya que, si el deterioro es severo, probablemente no será posible realizar las evaluaciones neuropsicológicas oportunas y el usuario será no evaluable.

En este caso contamos con **16** usuarios evaluables que tienen dos puntuaciones en esta prueba de evaluación a lo largo del año. La media inicial en dicha prueba ha sido de **63,37** puntos y la final **63,18** puntos. Se aprecia un descenso de **0,19** puntos que no resulta significativo.

	S. Residencia
Media Inicial	63,37
Media Final	63,18
Evolución	-0,19

El perfil **CAMCOG** que aquí se adjunta describe los siguientes valores:

- Las funciones conservadas (FC).
- Las funciones en proceso de deterioro (FPD).
- Las funciones deterioradas entrenables (FDE), es decir funciones que aún mantienen cierto grado de conservación y por tanto aún son trabajables, inicial y finalmente.
- Las funciones deterioradas (FD).

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Función Cognitiva / Submodalidad Cognitiva	FC	FPD	FDE	FD
	100-81%	80-46%	45-16%	15-0%
ORIENTACIÓN				
En persona				
Espacial				
Temporal				
MEMORIA				
Verbal a corto plazo (MIS)				
Episódica 7M				
ATENCIÓN				
Dígitos directos				
Dígitos inversos				
Visuográfica				
GNOSIAS				
Imágenes superpuestas				
Apareamiento de caras				
PRAXIAS				
Gesto simbólico orden Derecha				
Gesto simbólico orden Izquierda				
Constructiva gráfica a la copia				
Constructiva a la orden (Reloj)				
FUNCIÓN EJECUTIVA				
Evocación categorial de animales				
Evocación categorial palabras "P"				
Abstracción verbal				
Comprensión-abstracción				
LENGUAJE				
Denominación				
Lectura				
Automático series Directo				
Automático series Inversas				

Claves: **FC:** Función Conservada (aciertos entre 81-100%). **FPD:** Función Semi-Conservada en proceso de deterioro (aciertos entre 46-80%). **FDE:** Función Deteriorada pero que aún puede ser estimulada (aciertos entre 16-45%). **FD:** Función Deteriorada (aciertos entre 0-15%).

Observaciones:

Igualmente, se hace un seguimiento en el primer cuatrimestre del año (C1-19) y en el último (C3-19), empleando el Test de screening Minimental (Versión española) y la batería neuropsicológica "VITAE", diseñada por el departamento de Psicología, con ajuste normativo propio.

De la batería neuropsicológica "VITAE", se elabora un perfil neuropsicológico que recoge los resultados obtenidos en las diferentes submodalidades cognitivas. El perfil es el que a continuación se muestra:

Función Cognitiva/ Submodalidad Cognitiva	Puntuación Directa			Escala Categórica			
				0	1	2	3
ORIENTACIÓN							
En persona				0-1	2-3	4-6	7
Espacial				0-1	2-3	4	5
Temporal							
Abierta							
Barcelona				0-3	4-10	11-18	19-23
MMSE*				0-1	2-3	4	5
TOB				0-17	18-51	52-90	91.113
MEMORIA							
Verbal a corto plazo (MIS)*				0-1	2-3	4-6	7-8
Episódica 7M*	T:	RL:	RF:	0-2	3-6	7-13	14-16
ATENCIÓN							
Dígitos directos				0-1	2-4	5-7	8-9
Dígitos inversos				0-1	2-3	4-6	7-8
Visuográfica	D:	C:	I:				
GNOSIAS							
Imágenes superpuestas				0-3	4-9	10-16	17-20
Apareamiento de caras*				0-1	2	3-4	5-6
PRAXIAS							
Gesto simbólico orden Derecha				0-1	2-4	5-8	9-10
Gesto simbólico orden Izquierda				0-1	2-4	5-8	9-10
Constructiva gráfica a la copia				0-1	2-5	6-9	10-12
Constructiva a la orden (Reloj)				0-1	2-3	4-6	7
FUNCIÓN EJECUTIVA							
Evocación categoría animales				0-4	5-14	15-24	25-31
Evocación categoría palabras letra P				0-4	5-14	15-24	25-31
Abstracción verbal				0-1	2-5	6-9	10-12
Comprensión-abstracción				0-1	2-5	6-9	10-12
LENGUAJE							
Denominación*				0-2	3-6	7-13	14-16
Lectura*				0	1-2	3	4
Automático-control mental series D				0	1	2	3
Automático-control mental series I				0	1	2	3

Obtención Escala Categórica: **0.** Cuando obtiene entre el 0-15% de las respuestas correctas (Función Deteriorada). **1.** Cuando obtiene entre el 16-45% de las respuestas correctas (Función Deteriorada aún Entrenable). **2.** Cuando obtiene entre el 46-80% de las respuestas correctas (Función Semi-Conservada en Proceso de Deterioro). **3.** Cuando obtiene entre el 81-100% de las respuestas correctas (Función Conservada).

Una de las pruebas estandarizadas más utilizadas por su brevedad y simplicidad de interpretación, además de estar validada en la población española es el **MMSE**. La puntuación media de los **25** usuarios que son valorables con esta prueba, es de **20,2** puntos en la evaluación inicial y en la final **19,8**. Lo que supone un mantenimiento de funciones cognitivas, ya que el decremento de **0,4** puntos en la prueba no es significativo, puesto que entra dentro de los parámetros de normalidad de evolución de la enfermedad.

Puntuación MMSE	Servicio Centro de día
Inicial	20,2
Final	19,8
Evolución	-0,4

La distribución por frecuencias de las puntuaciones de estos usuarios se expone en la siguiente tabla:

Punt. MMSE	Servicio Centro de día	
	Inicial	Final
25-30	5 (20,00%)	7 (28,00%)
20-24	10 (40,00%)	8 (32,00%)
15-19	4 (16,00%)	2 (8,00%)
10-14	4 (16,00%)	7 (28,00%)
5-9	2 (8,00%)	1 (4,00%)
0-4	0 (0,00%)	0 (0,00%)

En definitiva, podemos concluir que estos talleres logran el **objetivo de mantener** las funciones cognitivas de las personas usuarias.

ESTIMULACIÓN COGNITIVA TRADICIONAL (LÁPIZ Y PAPEL) TERAPIA OCUPACIONAL

DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA

Es un programa destinado a promover la mejora y/o el mantenimiento de las capacidades cognitivas mediante talleres de estimulación, los cuales han sido previamente programados y evaluados para adaptarse al nivel cognitivo y a las capacidades de nuestros usuarios.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivos generales

- Mantener las capacidades cognitivas durante el mayor tiempo posible.
- Ralentizar el avance de la enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida y aumentar el grado de autonomía de las personas con déficit y/o deterioro cognitivo.

Objetivos específicos

- Facilitar el entrenamiento cerebral.
- Aumentar la autoestima.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Tras revisar la evaluación neuropsicológica realizada por el área de Psicología, se realiza un perfil del usuario con las áreas cognitivas conservadas, las áreas cognitivas que se han comenzado a deteriorar y las áreas cognitivas deterioradas. A partir de este perfil se establece un plan de tratamiento trabajando las áreas cognitivas conservadas y reforzando las áreas cognitivas en proceso de deterioro, no trabajando las áreas cognitivas deterioradas, ya que estas son imposibles de recuperar por las características de la enfermedad. Con este perfil se seleccionan las fichas de trabajo que el usuario va a trabajar diariamente y que serán motivo de evaluación y seguimiento. Las funciones cognitivas a trabajar, en función del estadio de cada usuario y las posibilidades del Centro serán:

- Funciones Evaluables y con Seguimiento.

- Orientación
- Atención
- Lenguaje
- Funciones Ejecutivas
- Praxias
- Memoria

- Funciones Evaluables y Sin Seguimiento

- Gnosias
- Esquema Corporal
- Cálculo
- AVD's

Este taller se lleva a cabo lunes, miércoles y viernes, en horario de 10:00 a 13:00.

USUARIOS

El número de usuarios que se han **beneficiado** de la actividad han sido **37**. La **distribución mensual** de usuarios en función del sexo se puede apreciar en la siguiente tabla:

Hombres:

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
13	12	13	13	13	13	13	12	12	12	12	12

Mujeres:

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
20	19	20	20	20	20	20	9	9	9	10	9

Con respecto al número y distribución de las **altas y bajas** que se han producido en todo este año, tenemos los siguientes datos:

***ALTAS:** Se han producido un total de 4 altas a lo largo del presente año, distribuidas de la siguiente forma.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

***BAJAS:** Se han producido un total de 15 bajas, con la siguiente distribución.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2	0	0	0	0	0	12	0	0	0	1	0

RESULTADOS OBTENIDOS

En función de los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas previamente, se establece continuar el tratamiento con seguimiento o sin seguimiento.

Para ellos las puntuaciones de las hojas mensuales se traspasan a las hojas de registro de las hojas semestrales y se comparan con las evaluaciones semestrales del departamento de psicología, y por consenso se decide si el usuario continúa con el seguimiento o no.

DESVIACIÓN RESPECTO A LOS OBJETIVOS PREVISTOS

No han existido desviaciones respecto a los objetivos previstos.

CONCLUSIONES

Resaltar el beneficio que se obtiene con dichos talleres, alcanzando una mayor calidad de vida y potenciando de forma integral, las capacidades intelectuales, emocionales y relacionales del enfermo de Alzheimer.

ESTIMULACIÓN COGNITIVA A TRAVÉS DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.

DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA

Se trata de utilizar una herramienta que permite la psicoestimulación cognitiva a través del ordenador, el software Grador. El programa Grador es un sistema multimedia de evaluación y estimulación neuropsicológica por ordenador que permite la realización de programas de entrenamiento y recuperación de funciones cognitivas superiores en personas que presentan déficits y/o deterioros cognitivos.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivos generales

- Mantener las capacidades cognitivas durante el mayor tiempo posible.
- Ralentizar el avance de la enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida y aumentar el grado de autonomía de las personas con déficit y/o deterioro cognitivo.

Objetivos específicos

- Facilitar el entrenamiento cerebral ya que permite establecer un completo programa individualizado de rehabilitación.
- Aumentar la autoestima.

ACTIVIDADES REALIZADAS

La actividad realizada es la interacción directa del usuario con el ordenador de forma individual. El usuario interactúa con una pantalla táctil y sigue una serie de instrucciones visuales y/o sonoras hasta completar cada una de las tareas cognitivas propuestas en cada sesión de trabajo.

USUARIOS

El número de usuarios que se han **beneficiado** de la actividad son 23. La **distribución mensual** de usuarios en función del sexo se puede apreciar en las siguientes tablas:

Hombres:

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
9	9	10	10	10	10	9	9	10	10	10	10

Mujeres:

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
7	7	7	7	7	7	3	4	4	4	4	4

Con respecto al número y distribución de las **altas y bajas** que se han producido en todo este año, tenemos los siguientes datos:

***ALTAS**: Se han producido un total de 3 altas a lo largo del presente año, distribuidas de la siguiente forma.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0

***BAJAS**: Se han producido un total de 9 bajas, con la siguiente distribución.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
4	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0

RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos por los usuarios se reflejan en tres tipos de puntuaciones: % de aciertos, % fallos por omisión (sin respuesta) y fallos por comisión (respuesta errónea). Las medias de los resultados obtenidos, en cada una de las tres puntuaciones, son las siguientes:

	INICIAL	FINAL
% ACIERTOS	73, 76%	74,56%
% FALLOS POR OMISIÓN	3, 99%	4,46%
% FALLOS POR COMISIÓN	22,25%	20, 98%

Observando los resultados, podemos concluir que existe un incremento en el porcentaje de aciertos entre la puntuación inicial y final. Esta diferencia no es significativa en cuanto a que se haya producido una mejora en las funciones cognitivas, pero si un mantenimiento de las mismas.

DESVIACIÓN RESPECTO A LOS OBJETIVOS PREVISTOS

No se han producido desviaciones respecto a los objetivos previstos.

ACTIVIDADES LÚDICO-RECREATIVAS.

DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se trata de un programa con el que pretendemos que los usuarios que acuden al centro, realicen actividades de carácter lúdico para ocupar el tiempo libre y evitar el aislamiento.

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD

Objetivos generales

- Lentificar la evolución y desarrollo de la enfermedad en cuanto a pérdida de capacidades cognitivas.
- Mantener la capacidad funcional y evitar el aislamiento.

Objetivos específicos

- Orientar a los usuarios en espacio, tiempo y persona.
- Potenciar la ejecución de movimientos con los que se pretende llegar a un fin determinado (praxias).
- Activar las funciones de memoria.
- Ejercitar la capacidad de percepción y reconocimiento.
- Disminuir la dependencia.
- Estimular la capacidad ejecutiva (razonamiento lógico y abstracto...).
- Disminuir la ansiedad y estrés.
- Devolver la autoestima y motivación.
- Minimizar las consecuencias de la enfermedad.

CONTENIDOS DE LA ACTIVIDAD

Se han realizado salidas al exterior del centro, excursiones, fiestas y visitas... que se programan coincidiendo con diferentes épocas del año y festividades. (Este año por motivo de la pandemia por Covid-19, se suspenden todas las actividades a partir del 14 de marzo).

- Fiestas en el Centro
 - Fiesta de Reyes (3 enero).
 - Pasacalles de Carnaval niños de infantil CEIP Camposoto (21 febrero).
 - Taller de Caretas de Carnaval. CEIP Camposoto (24 febrero).
 - Fiesta de disfraces (26 febrero).
 - Taller de arteterapia (3 marzo).
- Salidas y Visitas
 - Visita Panteón de marinos Ilustres (31 enero)
 - Visita Yacimiento Gadir. Cádiz. (6 marzo)

USUARIOS

El número de usuarios que se han **beneficiado** de la actividad han sido **37**.

La **distribución mensual** de usuarios en función del sexo se puede apreciar en la siguiente tabla:

Hombres:

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
12	13	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Mujeres:

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
19	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Con respecto al número y distribución de las **altas y bajas** que se han producido en todo este año, tenemos los siguientes datos:

***ALTAS:** Se han producido un total de 2 altas a lo largo del presente año, distribuidas de la siguiente forma.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

***BAJAS:** Se han producido un total de 2 bajas, con la siguiente distribución.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RESULTADOS OBTENIDOS

Las personas que participan de estas actividades mejoran su calidad de vida, en cuanto a disminución del aislamiento y a ocupación del tiempo libre. El grado de aceptación, motivación y participación en las actividades propuestas es alto, algo que refieren los usuarios de manera continuada al finalizar las actividades.

DESVIACIÓN RESPECTO A LOS OBJETIVOS PREVISTOS

Como ya hemos comentado anteriormente, debido a la situación de pandemia por el covid-19, a partir del mes de marzo se anularon todas las actividades en el exterior.

CONCLUSIONES

Este tipo de actividades son muy beneficiosas para los usuarios ya que previenen el aislamiento social, aumentan la autoestima y ocupan el tiempo libre. Además también se estimula la cognición.

FISIOTERAPIA

DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Rehabilitación en el Centro de día.

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD

El objetivo general del área de fisioterapia es frenar el proceso involutivo propio de la enfermedad, así como de la edad e incentivar la inclusión de los usuarios del Centro en el proceso holístico del envejecimiento activo. Para ello, nos propondremos los siguientes objetivos específicos:

- Conservar las capacidades psicomotoras
- Evitar y/o minimizar las rigideces articulares y retracciones miotendinosas propias de la inmovilidad.
- Mantener el equilibrio estático y dinámico, así como preservar la deambulación.
- Promover la higiene postural fisiológica.
- Recuperar y readaptar la funcionalidad tras patologías traumatológicas e implantación de prótesis y órtesis.
- Luchar contra procesos inflamatorios, así como aliviar el dolor neuropático.

CONTENIDOS DE LA ACTIVIDAD

El área de fisioterapia trabaja con objetivos individuales y es por eso que planifica, tras una valoración exhaustiva, tratamientos individualizados para cada usuario y patología. Los instrumentos que utiliza el área en las valoraciones que se realizan periódicamente y se reflejan en el Plan de Atención Individualizada son los siguientes:

- Escala Tinetti de equilibrio y marcha.
- Escala Norton modificada de movilidad general.
- Escala FAC de deambulación funcional.

Tomamos como referencia para los resultados obtenidos la escala Tinetti, la cual valora el equilibrio y la marcha sobre un total de 28 puntos, de forma que se considerará que:

- El usuario ha conseguido mantener su estado anterior si en dicha valoración ha variado su puntuación anterior en +/- 2 puntos.
- El usuario empeora su estado anterior si su puntuación disminuye en 3 o más puntos.
- El usuario mejora su estado anterior si aumenta en 3 o más puntos.

CARACTERÍSTICAS DE LA SALA DE FISIOTERAPIA

- Amplia
- Techos altos
- Suelo antideslizante
- Despejada

- Luminosa
- Aireación natural*

* Característica especialmente importante este año 2020 debido a la COVID-19

MATERIAL UTILIZADO

- Camilla.
- Barras paralelas.
- Autopasivos.
- Mesa de manos.
- Andador.
- Lámpara de infrarrojos.
- Ultrasonidos.
- Microondas o radar.
- Bolsa frío/calor.
- Aceites y cremas.

CARACTERÍSTICAS DE LA SESIÓN

La sesión está diseñada en función de la valoración individual realizada a cada usuario.

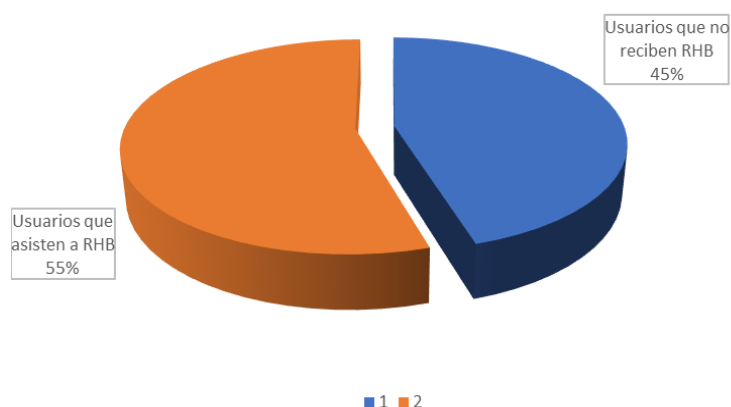
- Duración: variada en función del tratamiento a aplicar y las capacidades del usuario.
- Lugar de intervención: los tratamientos se llevan a cabo tanto en la sala de fisioterapia, como en las zonas comunes del Centro.
- Personal necesario: puede ser necesaria la intervención de uno o dos Fisioterapeutas. (Ratio 1/1 o Ratio 2/1) *

*Debido a la medida para evitar contagios derivados de la COVID-19, se ha llevado a cabo la sectorización del servicio de fisioterapia, este servicio en la Unidad de Estancia Diurna solo cuenta actualmente con un fisioterapeuta, por lo que la ratio 2/1 no es posible.

USUARIOS

Durante el año 2020 el registro de usuarios que asiste al servicio de Rehabilitación se detalla a continuación, existiendo un número bastante dispar debido a que durante los meses de marzo, abril, mayo y junio el Centro de Estancia Diurna permaneció cerrado.

- Media de usuarios del Centro: 42
- Media de usuarios tratamiento de rehabilitación: 23



RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos del análisis de los datos registrados reflejan que:

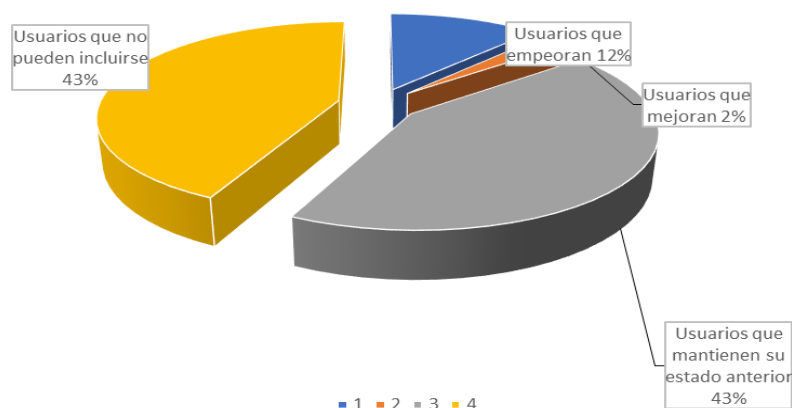
- 1 usuario ha mejorado su estado anterior.
- 5 usuarios han empeorado su estado anterior.
- 18 usuarios han conservado su estado anterior.
- 12 usuarios obtienen la puntuación mínima en la escala de valoración, sin capacidad de mejora, por lo que no son reevaluados.
- 6 usuarios no pueden ser incluidos en la estadística de seguimiento, ya que solo cuentan con una valoración.

DESVIACIÓN RESPECTO A LOS OBJETIVOS PREVISTOS

Observamos que un 11.9% de los usuarios han empeorado, mientras que un 2.4% han mejorado su estado notablemente.

El 42.85% de los usuarios han mantenido su estado anterior.

Por otro lado, el 42.86% de los usuarios no han podido ser incluidos en la estadística de evolución anual, ya que solo cuentan con una valoración o bien no se reevalúan.



CONCLUSIONES

- La fisioterapia mejora la calidad de vida de los usuarios.
- Ayuda a mantener las capacidades psicomotoras, así como la movilidad en general de los usuarios, facilitando al cuidador su asistencia diaria.

ATENCIÓN SOCIAL

DENOMINACION DE LA ACTIVIDAD

Atención Social en Unidad de Estancia Diurna.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Información, tramitación y gestión de prestaciones y recursos destinados al colectivo de personas mayores y discapacitados, colectivo entre los que se encuentran a caballo la mayor parte de nuestros usuarios.

Seguimiento telefónico junto al equipo multidisciplinar para realización de seguimiento durante el cierre del centro debido al confinamiento decretado por el gobierno, y durante el cierre en el periodo de brote debido al COVID.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el año 2020 se han atendido a un total de 120 familias beneficiarias del Programa de Unidad de Estancia Diurna, ofreciendo los servicios que a continuación se detallan:

- Valoraciones y expedientes personales
- Elaboración de Informes sociales
- Tramitación de minusvalía
- Elaboración de certificados para solicitudes de dependencia
- Búsqueda de Ayudas Técnicas
- Tramitación de tarjeta 65
- Tramitación del Servicio de Teleasistencia
- Tramitación de cambio de médico
- Consultas de asesoramiento
- Visitas domiciliarias

USUARIOS

- **Número de beneficiarios:** 120
- **Media de usuarios:** 10 usuarios /mes.
- **Sexo:** 90 mujeres (75%) y 30 hombres (25%).
- **Edades:** La edad media de usuarios atendidos oscila los 65 años de edad.
- **Nivel de Estudios:** Básicos.
- **Estado Civil:** Casado

RESULTADOS OBTENIDOS

Durante el año 2020 se han realizado las siguientes tramitaciones:

- Valoraciones y expedientes personales; 54
- Elaboración de Informes sociales y actualizaciones; 100
- Tramitación de minusvalía; 15
- Elaboración de certificados para solicitudes de dependencia; 10

- Tramitación de dependencia; 14
- Búsqueda de Ayudas Técnicas; 7
- Tramitación de tarjetas 65; 5
- Tramitación del Servicio de Teleasistencia; 0
- Tramitación de cambio de médico; 25
- Tramitación de solicitudes Ayudas ISFAS; 0
- Tramitación de PNC; 0
- Tramitación tarjeta Aparcamiento; 1
- Tramitación solicitud UED: 0
- Consultas de asesoramiento; 95
- Visitas domiciliarias; 0
- Facturas ISFAS; 0

DESVIACION RESPECTO A LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

La tramitación de certificados, tanto de minusvalía como dependencia o cualquier otra índole, se ha visto afectada por la imposibilidad de gestión presencial debido a la pandemia por COVID, que estamos viviendo actualmente. Se tramita por medio del familiar, facilitándole los documentos y ayudando a rellenar con datos personales, pero la tramitación tenía que ser por la persona representante del usuario y pidiendo cita en la entidad correspondiente.

Las tareas debido a este motivo se han visto afectadas, y durante los periodos de tiempo que el Centro ha permanecido cerrado, se ha realizado un seguimiento telefónico casi diario a las personas usuarias, cuidadores y a sus familias.

CONCLUSIONES

Mediante este servicio se han conseguido atender las necesidades sociales demandadas por cada una de las 120 familias usuarias del servicio.

Yolanda Vidal Sánchez
Directora del Centro de Día