



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

MEMORIA TÉCNICA

CENTRO RESIDENCIAL 2021

INDICE

Contenidos	Página
1. Entidad	2
2. Denominación del programa	2
3. Localización Territorial	2
4. Colectivo objeto de atención	2
5. Objetivos previstos y cuantificados	2
6. Plazo de ejecución	2
7. Relación de actividades realizadas	2
- Usuarios	3
- Área Funcional	5
- Escalas de Gradación	6
- Deterioro Cognitivo	8
- Estimulación Cognitiva Tradicional (Lápiz y Papel)	9
- Estimulación Cognitiva Nuevas Tecnologías (GRADIOR)	12
- Actividades Lúdico-Recreativas	14
- Fisioterapia	16
- Atención Social	19

1.- ENTIDAD

ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER "VITAE".

2.- DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA

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

3.- LOCALIZACIÓN TERRITORIAL

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

4.- 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.

5.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Atender a personas mayores en situación de dependencia durante las 24 horas del día, con el objetivo entre otros, de impulsar y mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas mayores, así como mejorar la calidad de vida de sus cuidadores.

6.- PLAZO DE EJECUCIÓN

El Programa de Actividades de AFA Vitae abarca el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021.

7.- RELACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS

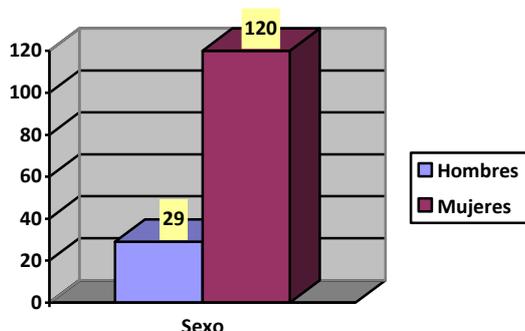
Mediante este programa, se realizarán las actividades de la vida diaria, acompañamiento, manutención y alojamiento, favoreciendo que mejoren o mantengan el nivel de autonomía de las personas usuarias, favoreciendo su calidad de vida, así como la de sus familiares.

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

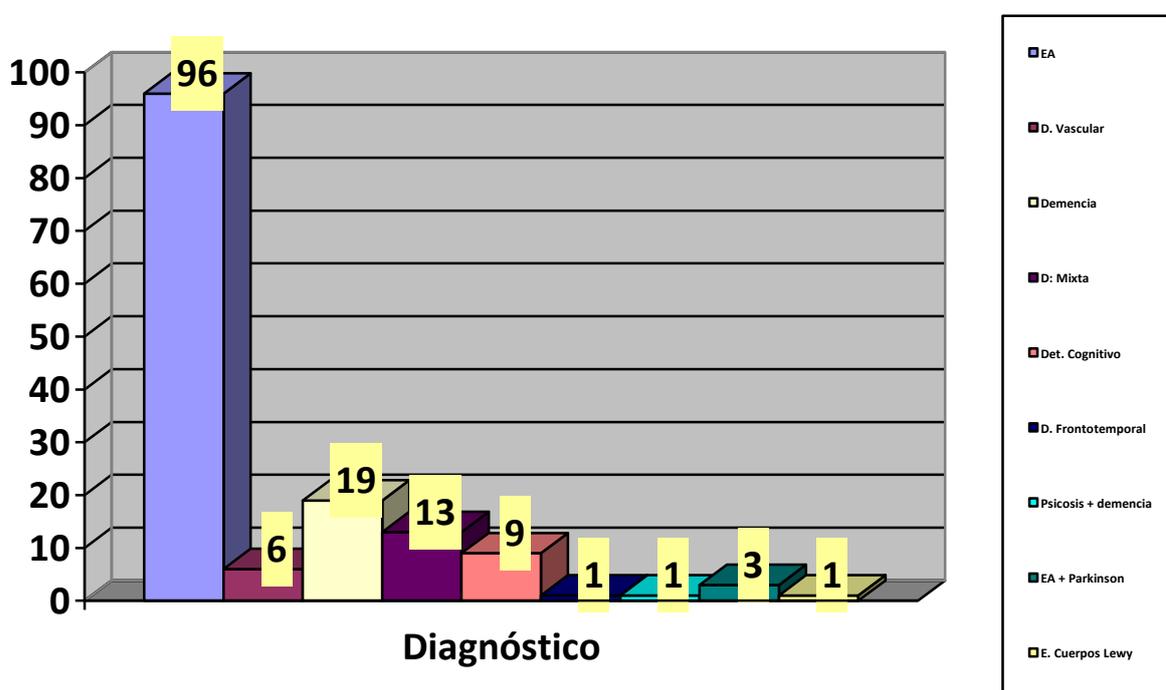
USUARIOS

En el presente año han sido **beneficiarios** de este servicio un total de **149** personas usuarias.

Durante el año 2021 la prevalencia del sexo femenino es superior al masculino, siendo la proporción de un 19,46% (29 usuarios) para los hombres y un 80,53% (120 usuarias) para las mujeres, tal y como se refleja en la siguiente figura.



Las **categorías diagnósticas** de las **149** personas usuarias que han usado este servicio son las siguientes: 96 enfermedad de Alzheimer, 6 demencia vascular, 19 demencia, 13 demencia mixta, 9 deterioro cognitivo, 1 demencia Frontotemporal, 1 psicosis y demencia, 3 enfermedad de Alzheimer y Parkinson, 1 enfermedad por Cuerpos de Lewy. Los datos, se observan 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 46 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	1	12	3	5	5	0	2	4	6	2	6

***BAJAS:** Se han producido un total de 49 bajas, con la siguiente distribución.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
18	8	2	7	4	1	0	2	1	1	2	3

Los **motivos** por los que causaron **baja** las personas usuarias, fueron los siguientes:

Motivo	Número	Porcentaje
Fallecimiento	46	93,88 %
Traslado	2	4,08 %
Voluntaria	1	2,04 %

EDADES:

	TOTAL		MUJERES		HOMBRES	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
55-60	0	0 %	0	0 %	0	0 %
61-65	0	0 %	0	0 %	0	0 %
66-70	3	2,01%	1	0,67%	2	1,34%
71-75	13	8,72%	9	6,04%	4	2,68%
76-80	25	16,77%	14	9,39%	11	7,38%
81-85	35	23,49%	28	18,79%	7	4,70%
86-90	48	32,21%	44	29,53%	4	2,68%
>90	25	16,77%	25	16,77%	0	0 %

NIVEL DE ESTUDIOS:

	Superiores		Secundarios		Básicos		Analfabeto	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Total	8	5,36%	23	15,43%	118	79,19%	0	0%
Hombres	8	5,36%	16	10,73%	13	8,72%	0	0%
Mujeres	0	0%	7	4,70%	105	70,46%	0	0%

ESTADO CIVIL:

	Casado/a		Viudo/a		Soltero/a		Separado/a	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Total	31	20,80%	103	69,12%	9	6,04%	6	4,02%
Hombres	18	12,08%	7	4,70%	0	0%	3	2,01%
Mujeres	13	8,72%	96	64,42%	9	6,04%	3	2,01%

AREA FUNCIONAL

Para el análisis de los resultados del área funcional, se han contemplado exclusivamente los datos de las personas usuarias que cuentan con dos puntuaciones, la de inicio y finalización del año en el servicio de residencia, concretamente **78 usuarios**.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Se ha evaluado con el Índice de Barthel, obteniendo una puntuación media inicial de **27,37** y una puntuación media final **17,94** de puntos.

	S. Residencia
Media Inicial	27,37
Media Final	17,94
Evolución	-9,43

	Servicio Residencia
Situación Inicial	Dependencia grave
Situación Final	Dependencia total

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

Puntuación	Servicio de Residencia	
	Inicio	Final
< 20	30 (38,46%)	45 (57,69%)
20-35	22 (28,20%)	18 (23,07%)
40-55	17 (21,79%)	10 (12,82%)
>/= 60	7 (8,97%)	4 (5,12%)
100	2 (2,56%)	1 (1,28%)

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). La puntuación media inicial fue de **0,08** y la final es de **0'02**. De las 88 personas usuarias que tienen dos puntuaciones para poder realizar una comparativa, observamos que inician y finalizan el año con puntuaciones de **máxima dependencia**.

	S. Residencia
Media Inicial	0,01
Media Final	0,00
Evolución	-0,01

Puntuación	Servicio de Residencia	
	Inicio	Final
0	77 (98,71%)	78 (100,00%)
1	1 (1,28%)	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0

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 con 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	Servicio Residencia	
	Inicial	Final
3	0	0
3-4	0	0
4	1 (1,44%)	0
4-5	0	2 (2,89%)
5	12 (17,39%)	7 (10,14%)
5-6	18 (26,08%)	10 (14,49%)
6	12 (17,39%)	16 (23,18%)
6-7	5 (7,24%)	7 (10,14%)
7	21 (30,43%)	27 (39,13%)

La **FUNTIONAL ASSESSMENT STAGING OF AD –FAST- de Reisberg y cols., 1982** 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	Servicio Residencia	
	Inicial	Final
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	2 (2,53%)	2 (2,53%)
6a	1 (1,26%)	0
6b	1 (1,26%)	0
6c	15 (18,98%)	8 (10,12%)
6d	10 (12,65%)	5 (6,32%)
6e	17 (21,51%)	17 (21,51%)
7a	8 (10,12%)	9 (11,39%)
7b	2 (2,53%)	0
7c	13 (16,45%)	21 (26,58%)

7d	8 (10,12%)	12 (15,18%)
7e	1 (1,26%)	3 (3,79%)
7f	1 (1,26%)	2 (2,53%)

DETERIORO COGNITIVO

Al igual que en el servicio de unidad de estancia diurna, en el centro residencial también se lleva a cabo un programa de rehabilitación cognitiva. Para realizar dicho programa se necesita hacer previamente una evaluación neuropsicológica del usuario que vaya a participar en el mismo. 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.

Se aplican este tipo de pruebas 3 veces al año (en el primer cuatrimestre, al semestre y tercer cuatrimestre del año) a fin de observar 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 las personas usuarias 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 presentan, ya que, si el deterioro es severo, probablemente no será posible realizar las evaluaciones neuropsicológicas oportunas y la persona será no evaluable. Por ejemplo, en este caso sólo contamos con **9** personas usuarias evaluables que tienen dos puntuaciones en esta prueba de evaluación a lo largo del año.

La media inicial en dicha prueba ha sido de **48,88** y la final de **46,66**.

	S. Residencia
Media Inicial	48,88
Media Final	46,66
Evolución	-2,22

Igualmente, se hace un seguimiento en el primer cuatrimestre del año (C1-21) y en el último (C3-21), empleando la Batería neuropsicológica "VITAE", diseñada por el departamento de Psicología, con ajuste normativo propio, y el MMSE.

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 las **43** personas usuarias que son valorables con esta prueba, es de **11,83** puntos en la evaluación inicial y en la final **8,81**. Hay un decremento de **3,02** puntos en la prueba, lo que supone una evolución esperada de la enfermedad.

Puntuación MMSE	Servicio Residencia
Inicial	11,83
Final	8,81
Evolución	-3,02

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

Punt. MMSE	S. Residencia	
	Inicial	Final
25-30	0	1 (2,32%)
20-24	5 (11,62%)	1 (2,32%)
15-19	7 (16,27%)	5 (11,62%)
10-14	14 (32,55%)	10 (23,25%)
5-9	14 (32,55%)	16 (37,20%)
0-4	3 (6,97%)	10 (23,25%)

ESTIMULACIÓN COGNITIVA TRADICIONAL (LÁPIZ Y PAPEL)

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

- Funciones Evaluables y Sin Seguimiento
 - o Gnosias
 - o Esquema Corporal
 - o Cálculo
 - o AVD's

Este Taller se lleva a cabo los 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 **15**. 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
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3

Mujeres:

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
10	11	11	11	11	11	11	11	10	10	10	11

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 5 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	1

***BAJAS**: Se han producido un total de 5 bajas, con la siguiente distribución.

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	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 ello 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 ha sido 8. La **distribución mensual** de usuarios se puede apreciar en la siguiente tabla:

Hombres:

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

Mujeres:

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

*BAJAS: Se han producido un total de 1 bajas, con la siguiente distribución.

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

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	67,52%	63,47%
% FALLOS POR OMISIÓN	5,34%	7,81%
% FALLOS POR COMISIÓN	27,14%	28,72%

Observando los resultados, podemos concluir que existe un decremento 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.

CONCLUSIONES

Este programa de estimulación cognitiva resulta muy beneficioso para los usuarios que residen en el centro, ya que además de estimular a nivel cognitivo, consigue mejorar su autoestima y motivación hacia la tarea.

ACTIVIDADES LÚDICO-RECREATIVAS

DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se trata de un programa con el que pretendemos que los usuarios que residen en el 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 realizan salidas del centro, excursiones, fiestas y visitas... que se programan coincidiendo con diferentes épocas del año y festividades.

- Fiestas en el Centro
 - Olimpiadas (26-30 Julio).
 - Fiesta "Tosantos" (29 Octubre).
 - Taller de repostería navideña (1 Diciembre).
 - Intercambio de tarjetas navideñas. CEIP Camposoto (20 Diciembre).
- Salidas y Visitas
 - Salida a la playa de Camposoto (29 y 30 Junio).
 - Comida navideña Venta Vargas (17 Diciembre).

USUARIOS

El número de usuarios que se han **beneficiado** de la actividad ha sido **15**. La **distribución mensual** de usuarios se puede apreciar en la siguiente tabla:

Hombres:

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

Mujeres:

Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
10	11	11	11	11	11	11	11	10	10	10	11

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

No todos los usuarios pueden beneficiarse de estas actividades, debido al nivel de deterioro que presentan.

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.

PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Rehabilitación en Residencia.

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD

El objetivo general del área de fisioterapia en Residencia 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, tras una valoración exhaustiva, planifica tratamientos individualizados.

Los instrumentos que se utilizan para las valoraciones periódicas son los siguientes:

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

- Escala FAC de deambulaci3n funcional.
- Escala de riesgo de ca3da J.H. Downton.

Dichas escalas se reflejan tambi3n en el Plan de Atenci3n Individualizada.

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 considerar3 que:

- El usuario ha conseguido mantener su estado anterior si en dicha valoraci3n ha variado su puntuaci3n anterior en +/- 2 puntos.
- El usuario empeora su estado anterior si su puntuaci3n disminuye en 3 o m3s puntos.

El usuario mejora su estado anterior si aumenta en 3 o m3s puntos.

CARACTERÍSTICAS DE LA SALA DE FISIOTERAPIA:

- Amplia
- Techos altos
- Suelo antideslizante
- Despejada
- Luminosa
- Aireaci3n natural*

* Característica especialmente importante este a1o 2021 debido a la COVID-19.

MATERIAL UTILIZADO:

- Camilla
- Barras paralelas
- Autopasivos
- Mesa de manos
- Andador
- L3mpara de infrarrojos
- Ultrasonidos
- Microondas o radar
- Bolsa fr3o/calor
- Aceites y cremas

CARACTERÍSTICAS DE LA SESI3N

La sesi3n est3 dise1ada en funci3n de la valoraci3n individual realizada a cada usuario.

- Duraci3n: variada en funci3n del tratamiento a aplicar y las capacidades del usuario.
- Lugar de intervenci3n: 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 intervenci3n de uno o dos Fisioterapeutas (Ratio 1/1 o Ratio 2/1).

USUARIOS

Durante el a1o 2022 el registro de usuarios que asiste al servicio de Rehabilitaci3n se detalla a continuaci3n:

- Media de usuarios de Residencia: 99
- Media de usuarios en tratamiento de rehabilitación: 57



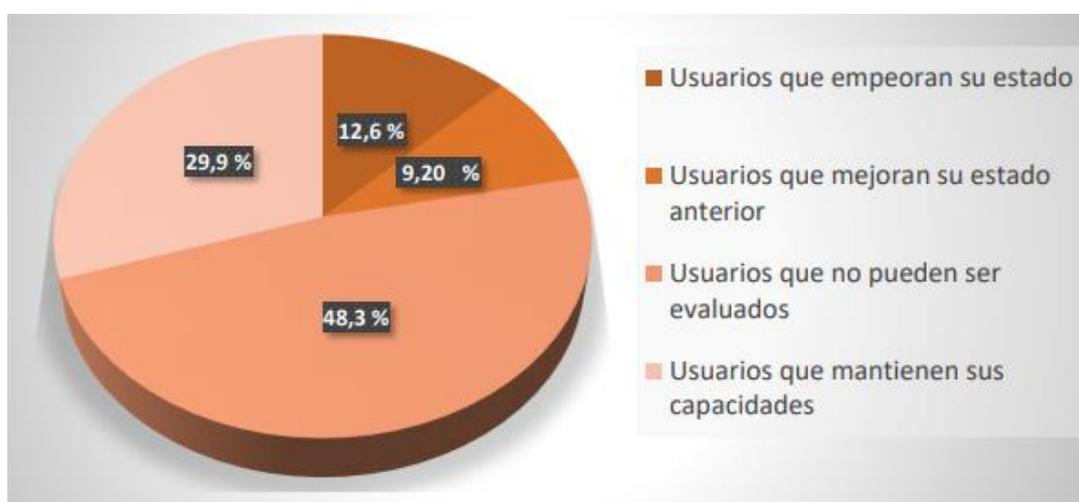
RESULTADOS OBTENIDOS

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

- 8 usuarios han mejorado su estado anterior.
- 11 usuarios han empeorado su estado anterior.
- 26 usuarios han conservado su estado anterior.
- 21 usuarios obtienen la puntuación mínima en la escala de valoración, sin capacidad de mejora, por lo que no son reevaluados.
- 21 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 9.2% de los usuarios han empeorado, mientras que un 12.6% han mejorado su estado notablemente. El 29.9% de los usuarios han mantenido su estado anterior. Por otro lado, el 48.3% 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. Podemos concluir que 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 Centro Residencial.

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.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el año 2020 se han atendido a un total de 127 familias beneficiarias del Programa de Centro Residencial, 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 cambio de médico
- Consultas de asesoramiento

USUARIOS

- **Número de beneficiarios:** 127
- **Media de usuarios:** 18,58/mes.
- **Sexo:** 100 mujeres (78,74%) y 27 hombres (21,25%).
- **Edades:** La edad media de usuarios atendidos oscila entre los 80-85 años de edad.
- **Nivel de Estudios:** Básicos.
- **Estado Civil:** 18,11% Casado, 68,52% viudos y 13,57% otros.

RESULTADOS OBTENIDOS

Durante el año 2021 se han realizado las siguientes tramitaciones;

- Valoraciones y expedientes personales; 27
- Elaboración de Informes sociales y actualizaciones; 127

- Tramitación de minusvalía; 21
- Elaboración de certificados para solicitudes de dependencia; 14
- Tramitación de dependencia; 14
- Búsqueda de Ayudas Técnicas;9
- Tramitación de cambio de médico; 27
- Consultas de asesoramiento;131

Con resolución de cada una de las solicitudes presentadas.

DESVIACION RESPECTO A LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

No se observan desviaciones relevantes con respecto a los objetivos propuestos.

CONCLUSIONES

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

Roberto Suárez Canal
Director Centro Residencial